



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

---

**CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE NO BLOCO OPERATÓRIO:  
SUBSÍDIOS PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE**

Ricardo Luís Amorim Parente da Silva





Instituto Politécnico  
de Viana do Castelo

Ricardo Luís Amorim Parente da Silva

**CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE NO BLOCO OPERATÓRIO:  
SUBSÍDIOS PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE**

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Dissertação efetuada sob orientação

Professora Doutora Clara de Assis Coelho Araújo

Professor Doutor Luís Carlos Carvalho da Graça

Novembro de 2019



## RESUMO

A cultura de segurança do doente é um requisito essencial à qualidade dos cuidados de saúde e está relacionada com as atitudes, crenças, valores e premissas que influenciam a forma como os profissionais percebem e agem sobre as questões de segurança de uma organização. Um baixo índice de cultura de segurança do doente pode levar à ocorrência de eventos adversos potencialmente evitáveis, resultando na descrença das organizações e dos profissionais de saúde, além de representarem um pesado ónus social e económico. A Organização Mundial de Saúde e a União Europeia recomendam que o ciclo de melhoria contínua da qualidade passe pela avaliação da cultura de segurança do doente através da identificação, avaliação e hierarquização dos riscos, promovendo ações de melhoria nas áreas problemáticas.

O objetivo desta investigação passou pela análise dos fatores associados da perceção dos profissionais de saúde, que exercem funções no bloco operatório, relativamente à cultura de segurança do doente neste serviço. Foi efetuado um estudo de abordagem quantitativa, descritivo-correlacional e transversal, onde se aplicou a versão portuguesa do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* a uma amostra de 113 profissionais de saúde de um hospital da região Norte do Serviço Nacional de Saúde.

A análise dos resultados seguiu a metodologia dos autores da versão original do instrumento de colheita de dados. Observou-se que a dimensão com maior número de respostas positivas foi o *Trabalho em equipa dentro das unidades* (64,38%). Nas dimensões *Transições*, *Abertura da comunicação*, *Trabalho em equipa entre unidades*, o número de respostas positivas situou-se entre os 40-50%. Com valores intermédios (20-30%) encontraram-se as dimensões *Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente*, *Perceção geral da segurança do doente*, *Aprendizagem organizacional – melhoria contínua*, *Resposta não punitiva ao erro*, *Dotação de profissionais*, *Comunicação e feedback acerca do erro* e *Apoio da gestão hospitalar para a segurança do doente*. A dimensão com valor mais baixo de respostas positivas foi a *Frequência da notificação de eventos/ocorrências* com 12,98%.

Em síntese, os resultados sugerem uma cultura de segurança do doente problemática em várias dimensões, com grande potencial de melhoria. Este estudo pretende dar o contributo da investigação à melhoria contínua da prestação de cuidados e ao desenvolvimento da profissão de enfermagem, sustentando a sua *praxis* numa tomada de decisão científica, técnica e eticamente fundamentada.

**Palavras Chave:** Cultura de segurança, Segurança do doente, Bloco operatório, Evento adverso, Enfermagem perioperatória



## ABSTRACT

The patient's safety culture is an essential requirement for the quality of health care and is related to the attitudes, beliefs, values and assumptions that influence the way professionals perceive and act on the security issues of an organization. A low patient safety culture index can lead to potentially avoidable adverse events resulting in disbelief of organizations and healthcare professionals, as well as a heavy social and economic burden. The World Health Organization and the European Union recommend that the cycle of continuous quality improvement should include assessing the patient safety culture by identifying, assessing and prioritizing risks and promoting actions to improve problematic areas.

The aim of this investigation was to analyze the factors related to the perception of health professionals, who perform functions in the operating room, regarding the patient's safety culture in this service. A quantitative, descriptive-correlational and cross-sectional study was carried out, where the Portuguese version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture was applied to a sample of 113 health professionals from a hospital in the northern region of the National Health Service.

The analysis of the results followed the methodology of the authors of the original version of the data collection instrument. The dimension with the highest number of positive responses was *Teamwork within units* (64.38%). In the *Transitions, Communication Openness, Teamwork between units dimensions*, the number of positive responses was between 40-50%. With intermediate values (20-30%) the dimensions *Expectations of supervisor/manager and actions that promote patient safety, General perception of patient safety, Organizational learning - continuous improvement, Non-punitive error response, Staffing, Communication and feedback about the error and Hospital management support for patient safety* were found. The dimension with the lowest value of positive responses was the *Frequency of notification of events/occurrences* with 12.98%.

In summary, the results suggest a problematic patient safety culture in various dimensions with great potential for improvement. This study aims to make the contribution of research to the continuous improvement of care delivery and the development of the nursing profession, supporting its praxis in a scientific, technical and ethically grounded decision making.

**Keywords:** Safety culture, Patient safety, Operating room, Adverse event, Perioperative nursing.





## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus orientadores, Professora Doutora Clara de Araújo e Professor Doutor Luís Graça, por se prontificarem na supervisão e orientação da presente dissertação e me conduzirem neste percurso de forma assertiva, disponível, encorajadora e desafiadora.

Ao Conselho de Administração e respetivas direções de serviço que autorizaram e proporcionaram a recolha de dados.

Aos profissionais de saúde que aceitaram colaborar nesta investigação, um agradecimento especial.

À Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo e aos seus colaboradores docentes e não docentes, que direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste projeto profissional,

Aos meus colegas de turma, que viram em mim o vosso delegado de turma, e me apoiaram quando não me julgava à altura do desafio, em especial à Ana Faria, Fábio Linhares, Isabel Miranda e Joana Ferreira,

Aos demais, que apesar de não mencionados, estiveram presentes quando deles precisei,

A minha palavra de apreço, estima e agradecimento.



## **DEDICATÓRIA**

À minha esposa Sofia e filha Mariana pela compreensão, paciência e carinho demonstrados mesmo quando as privei dos momentos a que estavam habituadas,

À minha família, em especial ao meu falecido pai, por não ter tido a oportunidade de me ver crescer e tornar na pessoa e profissional que certamente o deixaria orgulhoso onde quer que ele esteja.



## PENSAMENTO

*Não podemos mudar a condição humana, mas podemos mudar as condições em que os humanos trabalham.*

*James Reason, 2000*



## **ABREVIATURAS**

**DP** Desvio-padrão

**et al.** *Et alii* (e outros)

**n.º** Número

**p.** Página

**Vs.** *Versus*





## **SIGLAS E ACRÓNIMOS**

<b>ACSS</b>	Administração Central do Sistema de Saúde
<b>AESOP</b>	Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses
<b>AHRQ</b>	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
<b>BO</b>	Bloco Operatório
<b>CES</b>	Comissão de Ética para a Saúde
<b>CIT</b>	Contrato Individual de Trabalho
<b>CTFP</b>	Contrato de Trabalho em Funções Públicas
<b>DGS</b>	Direção Geral da Saúde
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>HSPSC</b>	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
<b>ICN</b>	<i>International Council of Nurses</i>
<b>ISO</b>	<i>International Organization for Standardization</i>
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estatística
<b>ISBAR</b>	<i>Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation</i>
<b>LVCS</b>	Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica
<b>MRA</b>	Modalidade Remuneratória Alternativa
<b>MRC</b>	Modalidade Remuneratória Convencional
<b>OE</b>	Ordem dos Enfermeiros
<b>RCN</b>	<i>Royal College of Nursing</i>
<b>SAQ</b>	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
<b>SEP</b>	Sindicato dos Enfermeiros Portugueses
<b>SIGIC</b>	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
<b>SINAS</b>	Sistema Nacional de Avaliação em Saúde
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Saúde
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
<b>WHO</b>	<i>World Health Organization</i>



## **ÍNDICE GERAL**

RESUMO

ABSTRACT

AGRADECIMENTOS

DEDICATÓRIA

PENSAMENTO

ABREVIATURAS

SIGLAS E ACRÓNIMOS

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE TABELAS

**INTRODUÇÃO ..... 21**

### **CAPÍTULO I – SEGURANÇA DO DOENTE NO BLOCO OPERATÓRIO: NOVAS**

**EXIGÊNCIAS, NOVOS DESAFIOS..... 27**

1.1. SEGURANÇA DO DOENTE – A DIMENSÃO DO RISCO ..... 29

1.1.1. A REALIDADE INTERNACIONAL..... 30

1.1.2. A REALIDADE NACIONAL..... 31

1.1.3. RESILIÊNCIA NA SEGURANÇA DO DOENTE..... 32

1.2. O CONTEXTO DIFERENCIADO DO BLOCO OPERATÓRIO..... 36

1.2.1. INSTALAÇÕES FÍSICAS..... 36

1.2.2. RECURSOS HUMANOS..... 37

1.2.3. ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS PERIOPERATÓRIOS..... 38

1.3. A ENFERMAGEM E A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO DOENTE ..... 40

1.4. QUALIDADE NA SAÚDE – MAIOR GANHO PELO MENOR RISCO ..... 44

1.4.1. PRINCÍPIOS NA GESTÃO DA QUALIDADE ..... 45

1.4.2. SEGURANÇA DO DOENTE - COMPROMISSO E ESTRATÉGIA PARA O  
DESENVOLVIMENTO ..... 48

1.5. IMPORTÂNCIA DA CULTURA ORGANIZACIONAL ..... 51

1.5.1 CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE ..... 52

1.5.2. TRABALHO EM EQUIPA ..... 58

1.5.3. O PAPEL DA LIDERANÇA NAS ORGANIZAÇÕES..... 60

1.5.4. NOTIFICAÇÃO DO ERRO..... 62

1.5.5. COMUNICAÇÃO: SINERGIA NAS EQUIPAS DE SAÚDE..... 65

1.5.6. DOTAÇÕES SEGURAS..... 67

**CAPÍTULO II - OPÇÕES METODOLÓGICAS..... 71**

2.1. OBJETIVOS E FINALIDADES .....	73
2.2. TIPO DE ESTUDO .....	74
2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	74
2.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	76
2.5. TRATAMENTO DE DADOS .....	82
<b>CAPÍTULO III - RESULTADOS.....</b>	<b>83</b>
<b>CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO .....</b>	<b>95</b>
<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>115</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>121</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>143</b>
ANEXO I – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE .....	145
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>149</b>
APÊNDICE I – AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA DO HSPSC.....	151
APÊNDICE II – HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE – VERSÃO PORTUGUESA .....	155
APÊNDICE III – CORRESPONDÊNCIA DAS DIMENSÕES E ITENS DO HSPSC.....	169
APÊNDICE IV – AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO DO DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA.....	173
APÊNDICE V – AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO DO BLOCO OPERATÓRIO.....	177
APÊNDICE VI – AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO DO DEPARTAMENTO DE CIRURGIA .....	181
APÊNDICE VII – TESTES DE NORMALIDADE.....	185
APÊNDICE VIII – TESTES DA HOMOGENEIDADE DE VARIÂNCIAS.....	189

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

FIGURA 1 - DIMENSÕES DA QUALIDADE SEGUNDO O INSTITUTE OF MEDICINE.....	46
FIGURA 2 - TRÍADE DE DONABEDIAN PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE .....	47
FIGURA 3 - ESTRUTURA CONCEPTUAL DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL SOBRE A SEGURANÇA DO DOENTE.....	56
FIGURA 4 - HIERARQUIA DOS FATORES CAUSAIS DE EVENTOS ADVERSOS .....	57

## ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - BENCHMARKING DO ALPHA DE CRONBACH NAS 12 DIMENSÕES .....	80
TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS CONFORME CARATERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS (N=113).....	85
TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS CONFORME CARATERÍSTICAS SOCIOPROFISSIONAIS (N=113) .....	86
TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS CONFORME CARATERÍSTICAS SOCIOPROFISSIONAIS (N=43)	87
TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS MÉDICOS CONFORME ESPECIALIDADE (N=70) .....	87
TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS CONFORME A FORMAÇÃO ESPECÍFICA NA ÁREA DE SEGURANÇA DO DOENTE (N=113).....	88
TABELA 7 - MÉDIA DOS PERCENTUAIS DAS DIMENSÕES DO HSPSC .....	88
TABELA 8 – ANÁLISE DAS DIFERENÇAS ENTRE AS CARATERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E A CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE (N=113).....	90
TABELA 9 – ANÁLISE DAS DIFERENÇAS ENTRE AS CARATERÍSTICAS SOCIOPROFISSIONAIS E A CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE (N=113).....	92
TABELA 10 – ANÁLISE DAS DIFERENÇAS ENTRE AS CARATERÍSTICAS SOCIOPROFISSIONAIS DOS ENFERMEIROS E A CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE (N=43) .....	93
TABELA 11- ANÁLISE DAS DIFERENÇAS ENTRE A PROFISSÃO E AS DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE (N=113) .....	94
TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS CONFORME O GRAU DE SEGURANÇA DO DOENTE E EVENTOS/OCORRÊNCIAS REGISTRADAS (N=113) .....	94

## INTRODUÇÃO

---





Apesar de uma melhoria notória relativamente ao passado, a enfermagem em Portugal, ao contrário do que se diz, nem sempre é vista como o pilar do SNS (Serviço Nacional de Saúde). Na sua orgânica e dinâmica, os enfermeiros são considerados um grupo estrutural e fundamental, mas falta-lhe o meritório reconhecimento social e governamental. A forma de acrescentar valor à profissão passa inevitavelmente pelo desenvolvimento científico, técnico e humano numa prática baseada na evidência o que nos permitirá acompanhar o progresso e as exigências dos cuidados de saúde atuais, construindo o presente e antecipando o futuro. É nesta prática baseada na evidência que surge a investigação científica como “método de aquisição de conhecimentos que permite encontrar respostas para questões precisas. Ela consiste em descrever, em explicar, em prever e em verificar fatos, acontecimentos ou fenómenos” (Fortin, 2009a, p. 4).

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde tem assumido por parte das organizações governamentais e não governamentais uma redobrada atenção, designadamente na gestão da segurança dos cuidados de saúde prestados aos doentes.

Neste contexto, a reduzida segurança a que a população está suscetível quando se dirige aos serviços de saúde parece ter convencido os decisores políticos a considerarem esta problemática como uma questão de saúde pública (Conselho da União Europeia, 2009), levando-as a emitir normas concretas que visaram, entre outras, o aumento da segurança do doente e a minimização do erro. Por recomendação do Conselho da União Europeia (*idem*, p. 4), os Estados-Membros “deverão instituir, manter ou melhorar sistemas generalizados de notificação e de formação, de forma a poder determinar o grau e as causas dos eventos adversos para definir soluções e intervenções eficazes. A segurança dos doentes deverá fazer parte integrante do ensino e formação dos trabalhadores do setor da saúde”, tornando-se fundamental o reforço de competências que permitam o acompanhamento das complexidades do sistema, como também das exigências dos requisitos da força de trabalho.

Por conseguinte, novas abordagens têm sido implementadas, em concreto nos centros cirúrgicos, com a implementação de ferramentas que possam ajudar a prevenir o evento adverso e melhorar as decisões do tratamento, bem como a qualidade e eficiência dos cuidados prestados. A “atividade num bloco operatório é uma prática complexa, interdisciplinar, com forte dependência da atuação individual, exercida no seio de organizações complexas, onde os fatores de equipa e os fatores de sistema desempenham um papel fundamental, numa constante interação entre humanos, máquinas e equipamentos” (Fragata, 2012, p. 88).

Uma estimativa da *World Health Organization* (WHO, 2010b) divulgou que 63 milhões de pessoas por ano são submetidas a um procedimento cirúrgico secundário a lesões traumáticas, 31 milhões por neoplasias malignas e 10 milhões por complicações obstétricas. Face a estes números existe grande probabilidade de ocorrer um incidente de segurança do doente, ou seja, um “evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente” (WHO, 2011a, p. 15). A nível mundial e apesar do aumento de conhecimentos relacionados com a segurança do doente, as complicações cirúrgicas evitáveis são responsáveis por um elevado número de lesões e mortes. Mais concretamente são estimados 3 a 16% de eventos adversos em todos os doentes internados, metade dos quais ocorre durante o ato cirúrgico e são considerados evitáveis. “Assumindo uma taxa de 3% de eventos adversos perioperatórios e uma taxa de 0,5% de mortalidade global, quase 7 milhões de doentes cirúrgicos terão complicações significativas em cada ano, 1 milhão dos quais morrerá durante ou imediatamente após a cirurgia” (WHO, 2010b, p. 3-4).

O erro humano como variável passível de ser intervencionada tem implicações financeiras e consequências pessoais, profissionais e sociais para os utentes. Abreu (2012, p. 247), relativamente ao erro médico, refere que “estes ficam dispendiosos às instituições de saúde com a agravante de trazerem repercussões em custos sociais, nomeadamente pela perda da confiança no sistema de saúde pelos doentes”.

Os eventos adversos não ocorrem de maneira intencional, sendo certo que a sua maioria surge devido à complexidade dos atuais sistemas de saúde, onde o sucesso do tratamento e dos resultados obtidos em cada doente, se descentralizaram da competência individual dos profissionais e são agora multifatoriais (Fernandes e Queirós, 2011; Fragata, 2010a).

Face ao exposto, a segurança do doente assume-se como uma área emergente de ser trabalhada e melhorada, não só pelas implicações que tem nos objetivos orçamentais, como na imagem que o ministério da saúde faz passar referente à idoneidade dos seus profissionais, na morbilidade dos utentes associada ao ato cirúrgico (implicações na imagem pessoal, interpessoal, social e profissional), na mortalidade, no aumento da resistência aos antimicrobianos, entre outras.

Esta reflexão conduziu-nos à questão central que orienta esta investigação: Qual a perceção dos profissionais relativamente à cultura de segurança do doente no bloco operatório (BO), de um hospital da região Norte, pertencente ao SNS?

Neste sentido, o objetivo geral procurou analisar os fatores associados da perceção dos profissionais de saúde que exercem funções no BO, relativamente à cultura de segurança do doente neste serviço, de um hospital da região Norte do SNS.

Em consequência do meu papel como colaborador local do programa “Cirurgia Segura, Salva Vidas”, surgiu o interesse pessoal e motivação profissional para desenvolver este projeto vocacionado para esta temática, com os objetivos de perceber, clarificar e explicar a cultura de segurança do doente no referido contexto. O estudo teve como finalidades:

1. Incrementar a segurança cirúrgica do doente no BO, através da deteção de fatores que possam condicionar a sua segurança proporcionando uma melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados;
2. Contribuir para a consciencialização dos profissionais de saúde para as questões da segurança do doente no BO.

O trabalho está dividido em quatro capítulos. No primeiro capítulo procurámos contextualizar a segurança do doente, abordando a dimensão e as repercussões do evento adverso nos cuidados de saúde prestados. Seguidamente fez-se alusão ao papel da enfermagem neste contexto e refletimos sobre a segurança do doente na perspetiva da qualidade dos cuidados. Por fim foi contextualizada a cultura organizacional e a sua subcultura da segurança. No segundo capítulo foram elucidados os objetivos e finalidades do estudo, assim como as suas opções metodológicas, com salvaguarda implícita das questões éticas. No terceiro capítulo foram apresentados os resultados a partir dos quais se fez a discussão no quarto capítulo. Ainda neste capítulo foram apresentadas as limitações ao estudo. Quase a finalizar foram retiradas as conclusões desta investigação e apresentadas as recomendações.



**CAPÍTULO I – SEGURANÇA DO DOENTE NO BLOCO OPERATÓRIO:  
NOVAS EXIGÊNCIAS, NOVOS DESAFIOS**

---



## 1.1. SEGURANÇA DO DOENTE – A DIMENSÃO DO RISCO

Os serviços de saúde tornaram-se mais complexos e eficazes, implicando novos desafios de forma de garantir a qualidade e a segurança do serviço prestado (Santos *et al.*, 2010). Apesar dos avanços tecnológicos que se têm verificado juntamente com as elevadas exigências por parte das administrações de saúde, nem sempre acompanhadas das melhores condições para os seus profissionais, é claro e inequívoco que o doente e a qualidade dos cuidados prestados na qual se destaca a sua segurança, devem estar no centro do sistema de saúde. Apesar das disparidades no acesso ao sistema de saúde em todo o mundo, a reduzida segurança dos cuidados de saúde prestados é transversal e um problema de saúde pública (Conselho da União Europeia, 2009), forçando as instituições a reestruturar os recursos como garantia de investimento efetivo na gestão da qualidade dos cuidados mitigando os eventos adversos e, conseqüentemente, reduzindo o desperdício e aumentando o bem-estar da população atendida.

A incidência dos efeitos adversos é uma problemática que coloca em causa a qualidade dos cuidados de saúde e é um fator determinante no sofrimento do doente, aos quais se associam os custos elevados para os serviços prestadores (Rafter *et al.*, 2015; Gomes, 2012). A sua prevenção, através do desenvolvimento/melhoria dos procedimentos influenciam positivamente a cultura de segurança do doente (OE (Ordem dos Enfermeiros), 2006; WHO, 2002).

Consequências nefastas como “o desconforto físico e psicológico sentido pelos doentes lesados durante a prestação de cuidados de saúde, a perda de autoconfiança, desmotivação e frustração dos profissionais, ou a diminuição de produtividade e custos pessoais em cuidados de saúde que atingem desta forma a sociedade, demonstram por si só a magnitude da importância desta problemática” (Institute of Medicine *in* Mansoa *et al.*, 2011, p.118).

O *Institute of Medicine* veio alertar pública e politicamente as organizações e impulsionar as preocupações sobre as questões relativas à segurança do doente, revelando estatísticas surpreendentes de erros médicos, designadamente as disparidades entre a incidência do erro e a perceção pública do mesmo (Kohn, Corrigan e Donaldson, 2000).

Se por um lado o aumento da longevidade em Portugal (Portugal. Instituto Nacional de Estatística (INE), 2018; Portugal. Ministério da Saúde, 2018) representa uma evolução social e económica, por outro lado estes números representam um desafio para o Governo Português, designadamente para o Ministério da Saúde, implicando maior investimento na área, concretamente na tecnologia aliada à saúde, nas organizações e nos profissionais que a suportam. Por conseguinte, impõe-se um importante desafio aos prestadores de

cuidados que é o de garantir que as pessoas não só vivam mais como também vivam com maior qualidade. Este repto permitirá que as instituições de saúde continuem a olhar para a tecnologia como um elemento chave na sustentabilidade de toda a cadeia, sem descuidar as condições organizacionais, estruturais e humanas que fornecem um suporte efetivo para as metas desejadas.

A segurança do doente está em constante evolução através do desenvolvimento de estratégias que respondam aos atuais desafios da saúde, sem menosprezar as questões económicas, sociais e ambientais (WHO, 2010a).

Decorria o ano de 2004, quando a 57<sup>a</sup> Assembleia Geral da Saúde aprovou a criação de uma Aliança Mundial para a Segurança do Doente com o objetivo de promover a criação de políticas e práticas clínicas seguras, concentrando as suas ações em campanhas de segurança centradas no doente, na coordenação de programas de integração dos doentes como parceiros na sua própria segurança e no desenvolvimento de relatórios e iniciativas de formação que visem a produção de orientações para “a melhor prática” (WHO, 2010b).

#### **1.1.1. A realidade internacional**

As complicações decorrentes dos cuidados cirúrgicos tornaram-se uma das principais causas de morte e de incapacidade no mundo. O levantamento desta problemática assumiu outra dimensão quando se estimou que em 2004, num total de 56 países, o volume anual de cirurgias *major* foi estimado entre 187 e 281 milhões de intervenções (WHO, 2010b). O mesmo documento revela que “embora as taxas de mortalidade e de complicações após a cirurgia sejam difíceis de comparar dada a diversidade de *case mix*, nos países industrializados, a taxa de ocorrência de complicações *major* documentada é de 3-22% dos procedimentos cirúrgicos em regime de internamento e a taxa de mortalidade é de 0,4-0,8%” (WHO, 2010b, p. 3). Os estudos levados a cabo e referidos por este organismo internacional determinaram que quase metade dos eventos adversos é evitável. Apesar dos esforços e do conhecimento inerente à segurança cirúrgica, pelo menos metade dos eventos ocorrem durante o ato cirúrgico.

Estudos recentes estimam que os erros médicos podem corresponder a 251.000 mortes por ano nos Estados Unidos da América (EUA), tornando-os a terceira principal causa de morte naquele país, ao mesmo tempo que menos de 10% dos erros médicos são relatados. Curiosamente e apesar de a notificação dos erros pelos profissionais de saúde ter aumentado significativamente, os mecanismos de correção e prevenção levados a cabo pelas instituições permaneceram relativamente constantes (Anderson e Abrahamson, 2017).



Na Europa os erros médicos e eventos adversos relacionados com os cuidados de saúde ocorrem em 8% a 12% das hospitalizações (Conklin *et al.*, 2008). O Departamento de Saúde do Reino Unido, no seu relatório de 2000, estimou cerca de 850.000 eventos adversos por ano (10% dos internamentos hospitalares). A Espanha (no seu estudo nacional de 2005 sobre eventos adversos) e a França e a Dinamarca publicaram estudos de incidência com resultados semelhantes (WHO, 2010a). É ainda referido que 23% dos cidadãos da União Europeia afirmam ter sido diretamente afetados por erro médico, 18% afirmam ter sofrido um erro médico grave num hospital e a 11% foi-lhes administrada medicação errada. Evidências sobre erros médicos mostram que 50% a 70,2% desses danos podem ser prevenidos por meio de abordagens sistemáticas relativas à segurança do doente. As estatísticas mostram que as estratégias para reduzir a taxa de eventos adversos, apenas na União Europeia, levariam à prevenção de mais de 750.000 erros médicos por ano, o que implicaria menos 3,2 milhões de dias de hospitalização, menos 260 mil incidentes de incapacidade permanente e menos 95.000 mortes/ano (*ibidem*).

### **1.1.2. A realidade nacional**

A nível nacional escasseia a evidência científica no domínio da segurança e qualidade dos cuidados, e a informação sobre eventos adversos é ainda limitada e de difícil acesso (Sousa-Pinto *et al.*, 2018; Fernandes e Queirós, 2011; WHO, 2010c). Todavia, fruto de uma estratégia de modernização administrativa transversal, designadamente dos sistemas de informação em saúde, começa hoje a ser possível exportar indicadores sobre a saúde em Portugal (Conselho da União Europeia, 2009).

O erro cometido pelo profissional de saúde pode resultar em evento adverso que é definido como o efeito não desejado resultante da intervenção dos cuidados de saúde ou da sua falta, e não da doença ou do estado do doente (Fragata, 2014).

Um estudo recente realizado nos hospitais públicos nacionais que avaliou os 14.890.339 registos de internamento efetuados entre 2000 e 2015 revelou que em 5,8% dos internamentos advém pelo menos um evento adverso, facto que se associa a um aumento de 4,7% para 6,7% do risco de morte hospitalar desses doentes, implicando uma despesa do erário público de mais de 100 milhões de euros por ano. O mesmo estudo revela que se registaram mais de 500 mil complicações inesperadas a procedimentos médicos e cirúrgicos, seguindo-se as reações a medicamentos que totalizaram aproximadamente 279 mil. Os erros resultantes da prestação de cuidados de saúde por parte dos profissionais de saúde são os menos frequentes com “apenas” 90 mil ocorrências ao longo dos 16 anos do estudo. No total, entre 2000 e 2015, foram registados 5 milhões de dias de internamento adicionais que em parte podiam ter sido evitados. No âmbito deste trabalho foi ainda

possível estimar os custos financeiros associados a estas ocorrências. Enquanto num internamento normal o custo médio é de 1759,6€, nos internamentos que registam eventos adversos o valor médio situa-se nos 3060,7€ (Sousa-Pinto *et al.*, 2018).

Em entrevista à agência Lusa (2018), um dos autores do estudo esclarece que "a nível internacional também se regista um aumento dos eventos adversos e aponta duas possíveis explicações para este fenómeno: por um lado, os profissionais de saúde estão mais rigorosos no registo destas ocorrências e, por outro, assiste-se efetivamente a um crescimento dos eventos adversos, e isso pode acontecer por várias razões, como o envelhecimento da população".

Um outro estudo relativo ao ano de 2009 realizado em 3 hospitais da região de Lisboa, refere que houve uma incidência de 11,1% de eventos adversos dos quais 53,2% foram considerados evitáveis, sendo que a sua maioria (27%) foi associada a procedimentos cirúrgicos. A maioria destas ocorrências (61%) resultou em deficiência física ou incapacidade mínima ou inexistente e 10,8% foram associados à morte. Em 58,6% dos casos de eventos adversos, o tempo de permanência foi prolongado em média 10,7 dias e os seus custos diretos adicionais totalizaram 470.380€ (Sousa *et al.*, 2014).

### **1.1.3. Resiliência na segurança do doente**

Face ao risco que estes números representam para os doentes e instituições, as organizações internacionais como a WHO e a União Europeia recomendam aos seus estados membros a avaliação da cultura de segurança do doente para que, desta forma, se possam instituir, manter ou melhorar os programas, estruturas, políticas das organizações e, simultaneamente, introduzir mudanças nos comportamentos dos profissionais de saúde otimizando o nível de segurança e a qualidade dos cuidados prestados (Despacho n.º 1400-A/2015; Portugal. Direção Geral da Saúde (DGS), 2015b, 2011; WHO, 2015). A segurança do doente é inevitavelmente influenciada pelo sistema de saúde sendo que a evidência destaca vários fatores que contribuem para o dano, designadamente: liderança e capacidade de gestão limitadas; treino inadequado ou supervisão de equipa; ausência e falha na implementação de protocolos ou políticas; comunicação inadequada e prevalência de uma cultura punitiva (WHO, 2015; WHO, 2011b).

Face ao exposto, a existência de políticas e programas de qualidade dos cuidados de saúde revelam-se importantes para a prevenção de eventos adversos, contudo é necessária uma abordagem multifacetada para garantir a sua implementação de forma segura e sustentável (Costa, 2014). Todavia, a qualidade dos cuidados não se resume à

garantia da segurança a que os mesmos estão sujeitos, tornando-se complicado melhorá-los sem considerar várias dimensões, nomeadamente a pertinência, a acessibilidade e aceitabilidade.

Dada a sua natureza particular, questões específicas do campo da saúde exigem por parte das organizações, respostas específicas que conduzirão a um sistema de saúde com maior capacidade para obtenção de ganhos em saúde para todos. Importa referir que os incidentes de segurança que ocorrem durante a prestação de cuidados estão associada ao nível de cultura de segurança do doente nos serviços e respetivas organizações, “havendo evidência que demonstra que o risco de ocorrerem aumenta dez vezes nas instituições que negligenciam o investimento nas boas práticas de segurança dos cuidados de saúde” (Despacho n.º 1400-A/2015, p. 3882-(2)).

As consequências nefastas destes incidentes de segurança assumem-se a nível humano, físico e emocional, tanto para o doente como para a sua família, mas também têm repercussões estratégicas na reputação do SNS e na sua economia. “Os incidentes são raros, no entanto, contribuem para um risco global significativo pelo efeito numérico de acumulação e são sempre dramáticos para o doente, para os profissionais envolvidos e para o SNS” (Despacho n.º 1400-A/2015, p. 3882-(2)).

Por conseguinte, melhorar a qualidade na saúde torna-se um imperativo moral e contribui com uma resposta muito pragmática à necessidade de sustentabilidade do SNS, resultando num aumento da efetividade e eficiência da prestação de cuidados de saúde.

Para a WHO (2013), a preocupação com a segurança do doente em Portugal tornou-se mais evidente nos últimos anos, trazendo consigo a oportunidade de desenvolver uma estratégia nacional para a segurança do mesmo capaz de ser implementada localmente e que envolva o doente e as organizações. Desta feita, são feitas as seguintes recomendações:

1. Aumento da participação de todas as partes interessadas na saúde (onde se incluem os doentes) no desenvolvimento de políticas e programas nacionais sobre segurança do doente.
2. Desenvolvimento de diretivas nacionais sobre informação de qualidade e uniformização das informações apresentadas aos doentes em ambientes semelhantes em diferentes instituições de saúde (Portugal, DGS, 2013a).
3. Construção e aplicação de instrumentos que permitam o doente envolver-se de verdade no processo de cirurgia segura, incentivando os doentes a falar sobre as suas preocupações, a estarem atentos aos seus cuidados de saúde, a educarem-se sobre sua doença ou condição, a participar de decisões sobre seus cuidados de

saúde, etc.

4. Desenvolvimento de estudos científicos que contribuam para a real consciência, compromisso e experiências dos profissionais de saúde e das instituições de saúde em relação à segurança do doente.
5. Garantir que a segurança do doente faça parte dos planos curriculares no ensino superior e da formação contínua de todos os profissionais de saúde (WHO, 2011b, 2007; Portugal. Ministério da Saúde, 2010).
6. Recurso aos meios de comunicação para massas para o reforço de campanhas de sensibilização (adaptadas à idade e nível de literacia) que promovam a consciencialização do novo papel que o doente pode ter.

Em Portugal, caminha-se para uma “cultura de segurança eficaz, que deverá passar pela implementação de sistemas de gestão de risco clínico e não clínico, de melhoria da qualidade e da segurança dos doentes, pela mudança de atitudes na forma como os profissionais veem o seu trabalho, pela promoção do trabalho em equipa, procurando em todas as fases da prestação de cuidados, envolver mais os doentes na tomada de decisões” (Portugal. DGS, 2011, p. 5-6).

Na perspetiva de Fernandes (2014, p. 344), a “aprendizagem organizacional e melhoria contínua da segurança do doente, está particularmente alinhada com a perceção do risco clínico”.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015) reforçado com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (Despacho n.º 5613/2015) priorizam a melhoria da qualidade clínica e organizacional, promovendo o aumento da cultura de segurança (ambiente interno, segurança cirúrgica e comunicação) e fomentando a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes.

Nos termos do Decreto-Lei n.º 124/2011 (p. 5493) que aprovou a Lei Orgânica do Ministério da Saúde, a DGS tem como uma das suas atribuições “promover o desenvolvimento, implementação, coordenação e avaliação de instrumentos, atividades e programas de segurança dos doentes e de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional das unidades de saúde”.

Neste âmbito, o SNS assume a sua sustentabilidade através de programas de qualidade e segurança dos cuidados de saúde baseados num modelo de organização e governação que responsabilize e operacionalize os diferentes níveis da prestação de cuidados pela implementação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (Despacho n.º 3635/2013). “Pretende-se que haja uma estruturação que permita que as recomendações, orientações e normas técnicas, elaboradas no âmbito da melhoria contínua da qualidade e

emitidas pela DGS, encontrem o eco adequado nas instituições do SNS e se propaguem em rede, contínua e permanente, a todos os profissionais na sua prática clínica diária” (*idem*, p.8529).

A gestão do risco subjacente aos cuidados de saúde é um processo coletivo que objetiva maior segurança do doente tentando prevenir incidentes evitáveis, suscetíveis de comprometerem a qualidade do SNS. Os eventos adversos raramente estão associados a lacunas individuais, mas dependem essencialmente de falhas da organização, liderança e comunicação revelando um baixo índice de cultura sistémica de segurança e de política institucional de identificação de riscos específicos (Despacho n.º 1400-A/2015).

A nível nacional, as seguintes dimensões da cultura de segurança do doente necessitam de intervenção nos hospitais: resposta ao erro não punitiva (Fernandes e Queirós, 2011), frequência da notificação, dotação de profissionais, apoio à segurança do doente pela gestão, trabalho entre unidades, abertura na comunicação, comunicação e *feedback* acerca do erro, perceções gerais sobre a segurança do doente e transições (Portugal. DGS, 2018; Sousa, 2006).

Se as instituições de saúde devem fazer melhorias significativas na segurança do doente, a pesquisa deve informar e orientar esses esforços. A aquisição de conhecimento exigirá investimentos em pesquisa de segurança do doente (WHO, 2011b). Até ao momento, os investimentos em pesquisa relacionada com este tipo de segurança ficam muito aquém da magnitude do problema (*Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, 2013). A elaboração desta investigação serve esse propósito.

## **1.2. O CONTEXTO DIFERENCIADO DO BLOCO OPERATÓRIO**

O BO é um ambiente único, complexo e desafiador, caracterizando-se por ser uma unidade funcional com características e especificidades muito próprias (Gomes, 2012) e que, fruto das exigências da medicina atual, encontra-se em constante evolução técnica implicando um investimento proporcional na formação dos recursos humanos que dele fazem parte. O conteúdo funcional dos profissionais de saúde que nele exercem passa pela execução de procedimentos e técnicas anestésico-cirúrgicas que obrigam o enfermeiro de sala de operações a ser altamente qualificado e a estar bem preparado de modo a responder com eficiência às exigências que estes atos requerem. A par de tudo isto, há um comprometimento da equipa multidisciplinar para que seja assegurado o bem-fazer, a humanização dos cuidados e a segurança das pessoas que são, sem margem de dúvidas, o centro das prioridades e o principal foco de atenção.

Nos últimos anos, uma das áreas hospitalares com maior mudança foi o BO. “Os custos relacionados com intervenções cirúrgicas parecem ter vindo continuamente a aumentar devido, essencialmente, à constante inovação tecnológica, nomeadamente a dos equipamentos e dispositivos clínicos, e à exigência em recursos humanos altamente especializados e diferenciados” (Portugal. Ministério da Saúde, 2015, p. 23-24).

Neste contexto, a atividade cirúrgica representa uma importante chave do financiamento das organizações hospitalares, em muito dependente da dinâmica do BO, e absorve uma parte considerável do orçamento do SNS. Não deixa, pois, de ser imprescindível que este esteja pertinentemente enquadrado numa gestão estratégica, dinâmica e rigorosa que garanta, entre outros, a eficiência, a qualidade, o mérito, e que tenha em consideração a dimensão das mais-valias que os profissionais trazem para o sistema.

O BO representa, *per si*, custos fixos elevados devido às instalações e equipamento específicos altamente sofisticados, como também aos profissionais qualificados e diferenciados, sendo que a sua otimização depende, em grande parte, da boa ou má articulação com os serviços utilizadores (*idem*, p. 156).

### **1.2.1. Instalações físicas**

Os serviços que constituem as unidades de saúde são estruturados e criados com a premissa de proporcionar ao utente um atendimento de qualidade e dignidade, com especial destaque para a privacidade e confidencialidade. As unidades de saúde devem ser planeadas de forma a promover o melhor desempenho, a produtividade e a satisfação da equipa, objetivando um ambiente seguro na prestação de cuidados de saúde.

O BO deve ser projetado e estruturado de modo a simplificar o fluxo interno e externo de doentes, profissionais e materiais nas diferentes áreas, promovendo o controlo de infeção e a higiene ambiental, essenciais para a segurança do doente (*The American Institute of Architects Academy of Architecture for Health*, 2001).

Ainda que não exista um consenso relativo à nomenclatura das especificações dos blocos operatórios, optamos pela definida nas recomendações técnicas para BO produzida pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), por se considerar que é aquela que serve como orientação para o SNS. Segundo a mesma, o BO constitui-se como um serviço ou área funcional independente estando dividido em três áreas - a área livre, a área semi restrita e a área restrita, de forma a promover os fluxos de circulação protegendo os profissionais, doentes e material de potenciais fontes de infeção cruzada (Portugal. ACSS, 2011).

Na área livre estão incluídas a zona de receção/acolhimento do doente, pessoal e material com zona de controlo centralizada, não existindo uma obrigatoriedade de fardamento específico e nem limitação na sua circulação. Nela estão incluídas os diferentes tipos de áreas de transferência e a zona de desinfeção de macas.

A área semi restrita compreende as áreas periféricas às salas operatórias e que suportam as mesmas, onde se incluem as zonas de cuidados ao doente no pré e no pós-operatório. A sua circulação está limitada aos doentes e profissionais, salvaguardando a restrição ao pessoal alheio ao BO e implica fardamento adequado de uso exclusivo.

Na área restrita está incluída a sala operatória, a sala de indução anestésica e a zona de material de apoio estéril afeto às respetivas salas.

### **1.2.2. Recursos humanos**

Nesta unidade as “equipas de profissionais de saúde altamente treinadas e qualificadas exercem a sua atividade em complementaridade, interagindo com tecnologia avançada, em situações de alto risco, com responsabilidade em responder às necessidades do doente cirúrgico. As características dos ambientes perioperatórios colocam em risco de erro a equipa de saúde e a ocorrência de eventos adversos, sendo que o maior número de erros ocorre do resultado dos cuidados e tratamentos prestados no BO” (Portugal. Ministério da Saúde, 2015, p. 64).

Atualmente, a evidência científica indica que a qualidade dos resultados obtidos na saúde e a satisfação da população que recorre a este tipo de serviços tem uma forte relação com a adequada dotação de recursos humanos, a carga de trabalho, o ambiente de trabalho, o nível de qualificação/experiência dos profissionais e a motivação.

Considera-se fundamental uma estreita articulação entre o BO e os serviços clínicos procurando otimizar os seus recursos, em linha com as “necessidades dos doentes, os objetivos dos serviços, os recursos existentes e os tempos de espera cirúrgica de cada especialidade, por forma a garantir a utilização eficaz e eficiente deste recurso” (Portugal. Ministério da Saúde, 2015, p. 64).

No contexto perioperatório, a equipa multidisciplinar considera os cirurgiões, anestesistas, enfermeiros perioperatórios, assistentes operacionais, assistentes técnicos, técnicos de diagnóstico e terapêutica.

Relativamente à alocação dos recursos humanos no BO podem-se considerar dois grupos: os residentes e os não residentes. O primeiro inclui os enfermeiros, assistentes técnicos e assistentes operacionais, cuja atividade adstrita ao BO está centrada nos contextos onde se desenvolvem os cuidados perioperatórios. O segundo grupo contempla todos os profissionais que exercem funções temporárias no BO - médicos (cirurgiões, anesthesiologistas) e técnicos de diagnóstico e terapêutica “que não esgotam a totalidade do seu horário no BO e não dependem hierarquicamente da coordenação do mesmo, mas de um outro serviço clínico” (Portugal. Ministério da Saúde, 2015, p. 65).

Na constituição da equipa cirúrgica consideram-se “todos os profissionais afetos ao episódio cirúrgico com presença na sala de operações e funções e atividades específicas. A importância de ter definida esta equipa cirúrgica é a de circunstanciar a responsabilidade do evento cirúrgico a um conjunto definido de elementos” (Portugal. Ministério da Saúde, 2015, p. 65).

### **1.2.3. Organização dos cuidados perioperatórios**

A prática de enfermagem perioperatória centra-se no doente que vai ser submetido a procedimento cirúrgico/anestésico, correspondendo a todas as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro que procuram dar resposta às necessidades do doente nas fases pré, intra e pós-operatória. Estas três fases são definidas do seguinte modo:

A fase do pré-operatório inicia-se quando o doente e o médico se decidem pela cirurgia, culminado quando o mesmo é transferido para a mesa operatória. Neste período há lugar para a preparação física e psicológica da pessoa para a cirurgia (Duarte e Martins, 2014). Neste período, as intervenções de enfermagem são de suporte, ensino e preparação para os procedimentos a serem realizados.

A fase do intraoperatório tem início com o fim da fase anterior, submetendo-se ao procedimento anestésico/cirúrgico e termina quando o doente é transferido para a unidade de cuidados pós anestésicos (*ibidem*). As áreas de intervenção do foro da enfermagem



contemplam a segurança do doente, a facilitação do procedimento, a prevenção de infeção e a satisfação das necessidades fisiológicas em resposta à anestesia e à intervenção cirúrgica.

A fase do pós-operatório inicia-se quando termina a fase anterior e prolonga-se até ao momento em que o doente está recuperado da cirurgia e ultrapassadas eventuais complicações do procedimento. No período pós-operatório imediato, os cuidados de enfermagem centram-se na manutenção dos sistemas fisiológicos e, nas fases seguintes, o foco principal incide no ensino de competências ao doente e cuidadores para a preparação para a alta (*ibidem*).

### 1.3. A ENFERMAGEM E A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO DOENTE

Como vimos a referir, a segurança do doente tem sido assumida como uma condição prioritária e essencial nos cuidados de saúde, perfilhando um lugar de destaque na qualidade assistencial dos serviços de saúde, tornando-se importante a reflexão sobre as contribuições da enfermagem para a prestação de um cuidado seguro.

Em boa verdade, na sua orgânica e dinâmica, os enfermeiros tem um papel vital nos sistemas de saúde e são considerados um grupo profissional estrutural no contexto da segurança do doente (Fernandes e Queirós, 2011), mas falta-lhe o meritório reconhecimento social e governamental. A forma de acrescentar valor à profissão passa inevitavelmente pelo desenvolvimento científico, técnico e humano numa prática baseada na evidência o que nos permitirá acompanhar o progresso e as exigências dos cuidados de saúde atuais, construindo o presente e antecipando o futuro.

O grupo profissional dos enfermeiros é o maior segmento da força de trabalho na saúde, cuja natureza dos cuidados implica maior proximidade com os doentes. Neste contexto, cada um de nós tem a missão de promover a profissão através da sua prestação de cuidados, tornando-nos mais visíveis e influentes na formulação de políticas para o nosso sector de acordo com a nossa posição e experiência (OE, 2018).

Durante muito tempo, a enfermagem não documentou os resultados das aprendizagens que foram adquirindo com a prática, privando a teoria em ciências de enfermagem da especificidade e riqueza do conhecimento implícito na prática clínica. O conhecimento prático adquire-se com o tempo que muitas vezes passa despercebido aos enfermeiros (Benner, 2001).

A mudança de paradigma que hoje estamos a assistir caracteriza a enfermagem como uma profissão que busca padrões que garantam a qualidade e segurança dos cuidados prestados, baseado no conhecimento e práticas construtivas centradas no doente. Esta mudança implica uma maior participação dos enfermeiros e uma reorganização das instituições de ensino da enfermagem juntamente com as instituições de saúde (*International Council of Nurses (ICN)*, 2014). Torna-se por isso urgente ampliar as discussões sobre o papel que os enfermeiros podem ter, designadamente, na construção de um saber e cuidar seguros e com qualidade, rompendo os modelos mais passivos.

Um sistema de saúde com qualidade implica também um investimento em políticas que promovam a criação de uma cultura de segurança com uma aposta efetiva na sua estrutura e nos recursos que a compõem, apostando numa gestão sensível a estas questões e numa educação permanente que permitam um desenvolvimento organizacional de confiança, cooperativo e comprometido (WHO, 2011b).

No campo da saúde, em concreto na enfermagem, há evidências do impacto positivo nos indicadores de resultado relativos aos doentes e sistemas de saúde, para além das evidências adicionais que sustentam os altos níveis de satisfação do doente com enfermeiros especialistas, nomeadamente na melhoria do controlo sintomático, na efetiva ligação com outros profissionais e na comunicação eficaz com os doentes (*Royal College of Nursing* (RCN), 2009).

Assumindo o cumprimento das normas deontológicas e legais que regem a profissão, são várias as referências à segurança dos doentes. O Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (Regulamento n.º 190/2015, p. 10088-10089), nos vários domínios que o estruturam, determina que o enfermeiro:

- Demonstre “um exercício seguro, responsável e profissional, com consciência do seu âmbito de intervenção. A competência assenta num corpo de conhecimento e na avaliação sistemática das melhores práticas, permitindo uma tomada de decisão fundamentada”.
- Crie e mantenha “um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco”.
- Registe e comunique à “autoridade competente as preocupações relativas à segurança”.

Estas competências têm que acompanhar a vida profissional de todos aqueles que exercem a profissão, com responsabilidade acrescida para os enfermeiros especialistas a quem compete o reconhecimento das práticas de risco e a prevenção da recorrência dessas mesmas práticas (Regulamento n.º 140/2019).

Múltiplos fatores reforçam a importância da formação profissional destacando-se o aumento da produtividade e rentabilidade, a garantia da validação e atualização de conhecimentos, que contribui para uma maior pró-atividade e dinamismo, abre novos horizontes profissionais e diferencia as suas competências.

O estudo de Fernandes (2014, p. 344) conclui que a “formação continuada, habitualmente encarada como um domínio de intervenção fundamental para a introdução de mudanças (...) [é dissipada] perante a inexistência de equilíbrio de competências, ausência de supervisão dos cuidados ou, contextos onde se observa ineficácia na colaboração e comunicação clínica”.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, consagra que os “profissionais de saúde estão submetidos a uma exigência de atualização de conhecimentos, que necessita do contributo de importantes esforços profissionais e institucionais, para enfrentarem o

importante desafio de distinguirem os aspetos que têm que ser incorporados na prática clínica, na organização dos cuidados ou na gestão das instituições, à luz das melhores e mais recentes evidências científicas” (Despacho n.º 14223/2009, p. 24668).

A OE acrescenta que o “avanço no conhecimento requer que o especialista em enfermagem médico-cirúrgica desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo também o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19360).

Independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios/competências comuns e estão fortemente comprometidos nas “dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem” (Regulamento n.º 122/2011, p. 8648).

Os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica “exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (Regulamento n.º 124/2011, p. 8656).

Face às necessidades de cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes e, considerando a abrangência da especialidade da enfermagem médico-cirúrgica, reconheceu-se a imperatividade de especificar as suas competências de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de intervenção, sobressaindo e destacando-se a área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

Dito isto, o enfermeiro perioperatório é um profissional de saúde com conhecimentos e habilidades que permitem ajudar o doente no BO, designadamente na manutenção da sua estabilidade, segurança e bem-estar, antes, durante e imediatamente após a cirurgia. A essência da enfermagem perioperatória confronta-se com o rápido desenvolvimento tecnológico, para além do aumento da complexidade do doente cirúrgico e dos procedimentos que lhes são inerentes. O elevado risco de morbi mortalidade associado aos procedimentos invasivos, decorre do aumento de esperança média de vida da população e do maior acesso aos cuidados de saúde (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP), 2015).

O BO é um contexto de trabalho onde a ocorrência de eventos adversos é particularmente elevada “decorrente da vulnerabilidade da pessoa, dos procedimentos realizados e da complexidade do ambiente e dos recursos, o enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória mobiliza conhecimentos e habilidades que garantam a segurança da pessoa, profissionais e ambiente, agindo de acordo com a ética profissional” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19367).

O conhecimento inerente à perícia numa tomada de decisão complexa é a chave do progresso da prática de enfermagem (Benner, 2001).

#### **1.4. QUALIDADE NA SAÚDE – MAIOR GANHO PELO MENOR RISCO**

O acesso a cuidados de saúde de elevada qualidade é um direito humano fundamental, reconhecido e valorizado por Portugal e pela União Europeia (Despacho n.º 1400-A/2015; Gonçalves, 2015; *European Commission*, 2005; Portugal. Assembleia da República, 2005), pelas suas instituições e pelos cidadãos da Europa. Assim, os doentes têm o direito de esperar que todo o esforço seja feito para garantir a sua segurança como utilizadores de todos os serviços de saúde.

Apesar do conceito de qualidade e metodologias a ela associadas terem surgido no século XX, designadamente no contexto da indústria, nos últimos anos a sua relevância e reformas que foram levadas a cabo na saúde são matérias sobre as quais a sociedade e as organizações, sejam elas públicas ou privadas, têm dedicado especial atenção e sobre as quais se tem desenvolvido esforços para melhoria contínua dos seus programas. Havendo ainda um caminho a percorrer, em Portugal, a qualidade dos cuidados de saúde prestados tem permitido obter progressos consideráveis em diversas áreas, entre as quais a segurança dos doentes.

Tal como foi anteriormente abordado, os procedimentos médicos e cirúrgicos remontam à antiguidade. Os desenvolvimentos técnicos e científicos no campo da saúde, permitiram o desenvolvimento no diagnóstico e tratamento, elevando a longevidade. Mas viver mais nem sempre significa viver melhor (Regulamento n.º 429/2018).

O sistema de saúde nacional procura readaptar-se à alteração dos padrões demográficos e epidemiológicos do país, ao desenvolvimento tecnológico e farmacológico e à tendência de aumento da despesa global no sector da saúde. “Todo este complexo e dinâmico contexto faz apelo à melhoria contínua da qualidade, como um imperativo para gestores, profissionais de saúde e cidadãos que utilizam o sistema de saúde” (Portugal. DGS, 2015a, p. 16).

Para a tutela, designadamente para o Ministério da Saúde, as prioridades são claras: prestar cuidados de saúde de excelência, combater as desigualdades no acesso à saúde e reforçar o poder do cidadão no seio do SNS, numa lógica de defesa de princípios como a transparência, a celeridade e a humanização dos serviços.

Para Dias (2014, p. 39), às “organizações de saúde, nomeadamente aos hospitais, têm-se colocado uma necessária mudança no paradigma estratégico de gestão dos cuidados de saúde. (...) O cliente de hoje, é mais crítico, mais seletivo e exigente, mais consciente dos seus direitos e do valor do seu dinheiro, em contrapartida, as organizações de saúde, que se querem competitivas e qualificadas, procuram responder-lhes às necessidades e expetativas”.

No âmbito do SNS, as entidades hospitalares têm sido confrontadas com a necessidade de aumentar a sua atividade decorrente da procura, implicando uma gestão audaz e reorganização interna (Portugal. Ministério da Saúde, 2010), objetivando “melhores resultados em saúde para os utentes e elevados níveis de eficácia e eficiência na gestão e governação clínicas. Além disso, garantem maior transparência, responsabilização, prestação de contas e centralidade no cidadão e na sua família” (Portugal. Ministério da Saúde, 2018, p. 50).

Qualquer iniciativa para melhorar a qualidade inerente aos sistemas de saúde tem como ponto de partida a compreensão da sua terminologia, sem a qual seria complicado delinear estratégias e respetivas intervenções que materializam os melhores resultados.

São várias as definições de qualidade e respetivas dimensões que podem ser aplicadas quer em relação aos sistemas de saúde quer a outras esferas de atividade. Neste propósito, definir qualidade é algo complexo porque está dependente da perspetiva e valores de quem a define e, ao longo dos últimos anos, têm surgido algumas definições assentes numa base comum e cujas particularidades variam conforme o contexto à qual diz respeito.

A qualidade em saúde pode ser definida como a “prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão. Implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível” (Saturno *et al.* *apud* Portugal. DGS, 2015a, p. 16)

Nesta perspetiva, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde implica a sua efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, centrados no doente, continuidade e respeito (Portugal. DGS, 2018, 2015a).

A melhoria da qualidade na saúde procura, com pragmatismo, tornar o SNS sustentável ao mesmo tempo que contribui para a melhoria da equidade e do acesso aos cuidados de saúde em tempo útil, da segurança e da adequação com que esses cuidados são prestados (Portugal, Ministério da Saúde, 2018; Portugal. DGS, 2013a; Eiras, 2011).

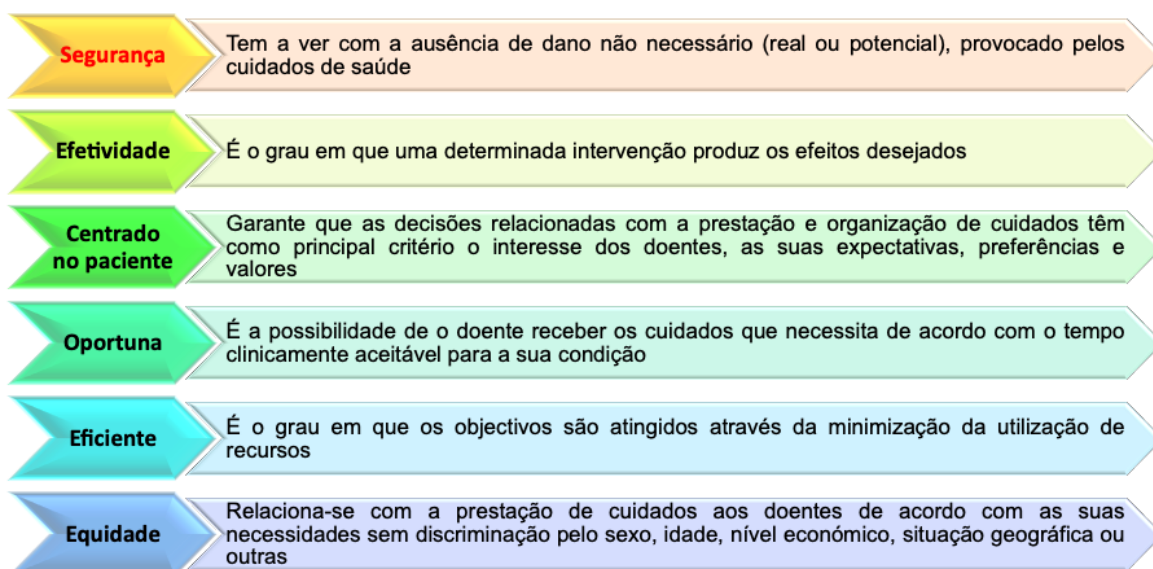
#### **1.4.1. Princípios na gestão da qualidade**

A melhoria da qualidade na saúde transformou-se numa “ciência e num conjunto de procedimentos sistemáticos, sobretudo através da ação do *Institute for Healthcare Improvement*, que adaptou e desenvolveu ensinamentos adquiridos em outros sectores, aplicando-os aos cuidados de saúde” (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014, p. 106). A mesma organização destaca quatro princípios fundamentais:

A qualidade é sempre multidimensional e não é um parâmetro único.

A clareza das seis dimensões do processo de qualidade (Figura 1) que visam a excelência dos serviços de saúde, propostas pelo *Institute of Medicine*, poderão contribuir para orientar o controlo, a melhoria e o planeamento eficazes e são recomendadas por várias organizações (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014; Salman *et al.*, 2012; WHO, 2006).

Figura 1 - Dimensões da qualidade segundo o *Institute of Medicine*



Fonte: Adaptado do *Institute of Medicine*, 2001

### Estabelecer objetivos ambiciosos para a melhoria

A melhoria dos cuidados de saúde é acelerada quando os dirigentes definem objetivos claros, mensuráveis e ambiciosos, os quais poderão passar pela redução das readmissões ao hospital, redução de erros de medicação, redução das úlceras por pressão ou das infeções hospitalares. A situação à partida e os métodos de avaliação devem ser claros, objetivos, transparentes e fiáveis (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014).

### Encarar a produção como um sistema

A qualidade é o “resultado de uma série de fatores causais diferentes e interativos. A procura da excelência exige que se preste atenção a essas dinâmicas de sistema e, obviamente, às mudanças no sistema. [...] Ocorrem problemas porque o sistema não foi formatado para os evitar” (*idem*, p. 107-108).

### Todas as melhorias são mudanças – embora nem todas as mudanças sejam melhorias

O sucesso das melhorias sustentáveis “exige mudanças adequadas aos diferentes níveis dentro de um sistema de saúde; desde a consulta do doente até aos processos de



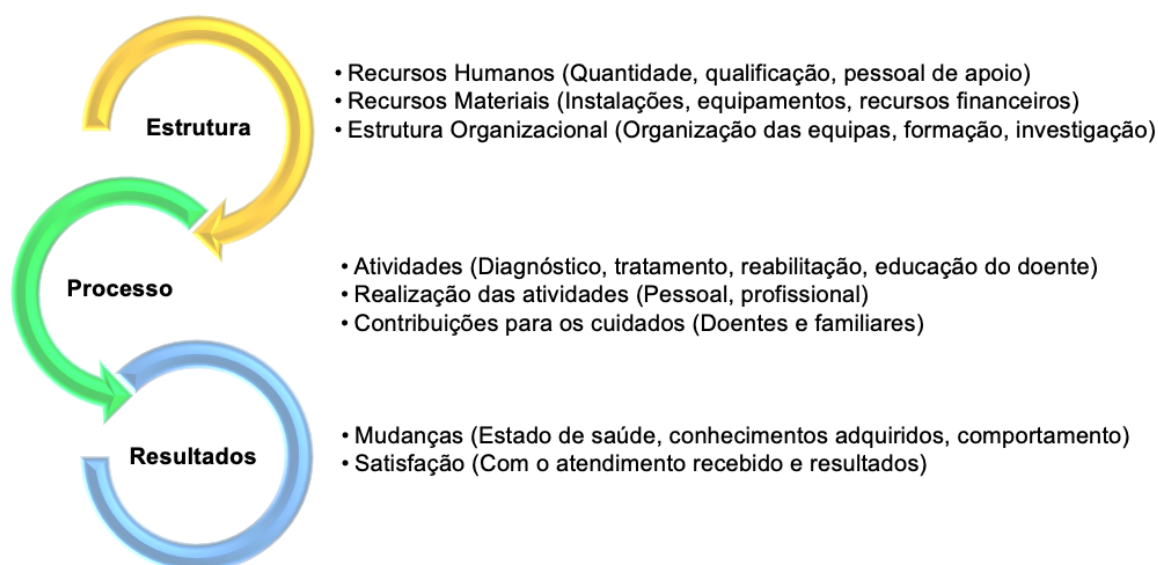
organização e às políticas nacionais. [...] Da mesma forma, não valerá a pena iniciar uma nova política nacional se não ocorrerem mudanças conexas nos procedimentos dos profissionais de saúde e das organizações, a nível local” (*idem*, p. 108).

O exercício de uma prática segura, na maioria das vezes, não é tão linear de ser mensurado uma vez que a mesma depende da cultura de segurança das organizações, designadamente na notificação individual de incidentes, principalmente daqueles que causem dano (Salman *et al.*, 2012).

Face a esta contingência que as organizações evidenciavam para avaliar de uma forma mais simples e rigorosa a qualidade na saúde, a WHO adotou o modelo de *Donabedian* que se baseia em três dimensões: estrutura, processo e resultado. O poder do modelo de *Donabedian* consiste na relação entre estes indicadores, ou seja, a estrutura (organização dos cuidados) e o processo (o que fazemos) influenciam os resultados (Costa, 2014; Eiras, 2011). A avaliação global dos cuidados de saúde prestados exige a compreensão destes três elementos, na sua individualidade e relacionados entre si, caracterizando-se da seguinte forma (WHO, 2010b): Indicadores de Estrutura: permitem avaliar a infraestrutura física de um sistema de saúde; Indicadores de Processo: permitem avaliar a forma como um protocolo de cuidados de saúde é realizado ou prestado; Indicadores de resultado: permitem avaliar os resultados ou impacto sobre a saúde duma população.

Referindo-se a *Donabedian*, Gomes (2010), bem como Gomes, Osório e Fernandes, (2016), esquematizam da seguinte forma (Figura 2) esta tríade de fatores essenciais para a avaliação da qualidade em saúde:

Figura 2 - Tríade de *Donabedian* para avaliação da qualidade



Fonte: Adaptado de Gomes (2010); Gomes, Osório e Fernandes (2016)

Através da formação e práticas profissionais no domínio da qualidade, Portugal tem uma forte estrutura sob a qual se pode desenvolver procurando garantir a melhoria contínua da qualidade e segurança do doente. No entanto, “a compatibilidade da informação é reduzida, as avaliações são realizadas de forma diferente de área para área, as novas tecnologias e terapias não são avaliadas de um modo sistemático e as práticas variam muito entre os médicos, as instituições e as regiões, sem que haja uma compreensão ou explicação para tal” (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014, p. 102).

#### **1.4.2. Segurança do doente - Compromisso e estratégia para o desenvolvimento**

As consequências da falta de segurança a que o doente poderá estar sujeito acarretam uma perda de confiança nas organizações de saúde e nos profissionais que lhe dão estrutura, com implicações nefastas na relação entre estes últimos e os doentes, e aumento dos custos sociais e económicos. “Estas consequências implicam um impacto direto na qualidade dos cuidados prestados e, por conseguinte, todos os profissionais que prestam cuidados devem ser envolvidos numa cultura de segurança justa e aberta, conscientes do seu papel, onde possam aprender com os erros e corrigi-los” (Brás e Ferreira, 2016, p. 13).

A qualidade e a sua dimensão da segurança exigem responsabilidade multiprofissional (Gomes *et al.*, 2019). A sua abordagem multi e interdisciplinar facilita a transformação das organizações de saúde inculcando os valores de melhoria contínua da qualidade.

Tal como foi abordado, a segurança clínica é uma dimensão indispensável da qualidade em saúde (Gonçalves, 2015; Costa, 2014). “Aumentar a probabilidade de obter os resultados desejados, nesse domínio, é um desafio incontornável que se coloca hoje em dia à gestão da qualidade das organizações de saúde” (Fernandes, 2012, p. 265).

A segurança enriqueceu o movimento em torno da qualidade, ao ser considerada como uma força motriz para novas ideias e novas abordagens que apoiam a busca participada pela melhoria da saúde (Eiras, 2011; Vicent, 2010).

A melhoria contínua da qualidade exige uma atuação robusta e generalizada em todo o sistema. Foi neste propósito que através do Despacho n.º 14223/2009 foi aprovada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2009-2014, entendida como uma estratégia global e integrada, disseminada por todo o sistema de saúde, potenciando a coesão e a qualidade da prestação de cuidados de saúde, com respeito pelos valores da responsabilidade e transparência.

A prioridade dada pela Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 à segurança dos doentes inscreve-se no “quadro de uma política pública de luta contra os

incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS, respeitando a Recomendação do Conselho da União Europeia, de 9 de junho de 2009. Esta prioridade deve ser considerada como uma orientação do Ministério da Saúde, que visa reforçar, de forma particular, os dispositivos concretos de melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde” (Despacho n.º 5613/2015, p. 13551).

O ciclo de melhoria contínua da qualidade e da segurança no sistema de saúde implica um esforço bicéfalo, em concreto, da forma de governação dos decisores e de um maior envolvimento dos profissionais de saúde. A gestão dos riscos associados à prestação de cuidados assenta em princípios fundamentais como a sua identificação, avaliação, hierarquização e propostas de melhoria, apostando na estreita complementaridade existente entre uma análise *a priori*, que é enriquecida com a análise *a posteriori*, colocando em evidência falhas não identificadas como fatores e perigos contribuintes para a ocorrência de incidentes de segurança (Despacho n.º 1400-A/2015).

A abordagem dominante da qualidade e segurança dos cuidados de saúde tem contribuído de forma relevante para a forma como as políticas, a investigação e a prática compreendem e procuram melhorar a organização e a prestação de cuidados aos doentes. Em particular, desviou a atenção do erro individual para trazer à luz os fatores latentes comuns que muitos profissionais de saúde e doentes enfrentam. Também fez descobertas importantes através do desenvolvimento e implementação de intervenções e tecnologias para melhoria da segurança ou melhoria da qualidade (Waring *et al.*, 2016).

A necessidade de implementar sistemas de melhoria contínua da qualidade é fortemente assumida por instâncias nacionais e internacionais, às quais a OE não é alheia, reconhecendo que a criação de sistemas de qualidade em saúde revela-se uma ação prioritária tendo, por isso, contribuído com a definição dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, os quais se constituem como um referencial na promoção e na defesa da qualidade dos cuidados prestados à população.

Neste sentido, o exercício profissional dos enfermeiros não pode, de todo, ser negligenciado sendo que a melhoria contínua da qualidade, na qual as questões da segurança dos cuidados fazem parte, são uma das responsabilidades destes profissionais. Por sua vez, “às instituições de saúde compete adequar os recursos e criar as estruturas que obviem ao exercício profissional de qualidade. Neste contexto, as instituições de saúde desenvolvem esforços para proporcionar condições e criar um ambiente favorável ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros” (OE, 2012, p. 7).

Face ao explanado, podemos afirmar que a segurança dos doentes é um elemento indissociável da qualidade dos cuidados (Portugal. DGS, 2017; Gonçalves, 2015;

Bagnasco *et al.*, 2013; Gomes, 2012; Eiras, 2011), sendo certo que uma gestão eficiente dos recursos disponíveis que visam dar resposta às novas exigências da conjuntura e do sistema, não obsta a que sejam exigidos níveis da qualidade da prestação cada vez mais elevados, mesmo considerando que vivemos uma época de enormes desafios para os gestores dos sistemas de saúde e para os profissionais que neles trabalham.

## 1.5. IMPORTÂNCIA DA CULTURA ORGANIZACIONAL

Nos últimos anos, a cultura organizacional tem vindo a merecer destaque através do reconhecimento da sua importância e no impacto que ela tem na gestão das organizações, nomeadamente no sucesso das mudanças organizacionais (podendo ditar o desfecho de determinada mudança/reforma). O “conhecimento das perceções dos colaboradores hospitalares sobre os efeitos da cultura organizacional na gestão do conhecimento pode orientar ações e políticas organizacionais e apoiar a decisão dos gestores a enveredarem por esta área, ajudando-os a elaborar projetos de gestão do conhecimento eficazes” (Cruz e Ferreira, 2015, p. 76).

A cultura organizacional permite compreender o funcionamento das organizações e a sua capacidade de resiliência. “As empresas caracterizam-se por sistemas de valores com grande influência sobre os comportamentos e formas de gestão e deverão ter uma boa cultura que permita enfrentar os problemas de adaptação ao contexto em que estão inseridas e que lhe permitam distinguir-se” (Sousa, 2014, p. 38).

O impacto da mudança pode ser considerado sob três perspetivas: atitudes, organização e gestão de pessoas. Quanto mais flexíveis, abertas e descentralizadas ao nível da tomada de decisões, maior o potencial e capacitação das organizações para a mudança, que contará com uma resistência individual e/ou orgânica secundária a alterações da estrutura de poder, dos interesses instalados e da cultura organizacional (Sousa, 2014).

A cultura organizacional deve ser abordada sob vários pontos de vista – sociológico, antropológico, psicológico e de comportamento organizacional (Portugal. DGS, 2015b, 2011; Eiras, 2011). A mesma modifica o ambiente, atuando de uma forma bidirecional onde influência e são influenciadas as várias pessoas que nelas atuam, sendo estes mesmos agentes os que contribuem para a formação da cultura da organização (Eiras, 2011; Portugal. DGS, 2011).

Não obstante das várias abordagens conceptuais e modelos tipológicos das organizações existentes, na perspetiva de Edgar Schein (*apud* Bingöl, Şener e Çevik, 2013) a definição de cultura organizacional refere-se a um padrão de pressupostos básicos compartilhados que permitiram ao grupo aprender a resolver os seus problemas de adaptação externa e integração interna, cujo resultado foi o suficiente para ser considerado válido permitindo, portanto, a sua disseminação aos novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir relativamente a esses problemas.

Este conceito é visto como “um sistema de padrões cognitivos aprendidos que auxiliam as pessoas nos processos de perceber, sentir, atuar e, como tal, encontra-se na mente das pessoas como um sistema partilhado de símbolos e de significados, patente nos

pensamentos e nos significados partilhados pelas pessoas de uma sociedade” (Carvalho, Neves e Caetano, 2011, p. 509). As organizações adstritas à área da saúde laboram sob um ambiente de forte complexidade e imprevisibilidade. “A consciencialização do relevo que os fatores culturais nas práticas de gestão tem na própria cultura organizacional diferencia as organizações bem-sucedidas das menos bem-sucedidas” (*ibidem*).

Numa outra perspetiva, a cultura organizacional reflete os valores, crenças e normas comportamentais demonstradas pelos funcionários numa organização o que, por sua vez, ajuda a moldar a forma pela qual os membros da mesma interagem uns com os outros e com as pessoas externas, influenciando as atitudes e comportamentos da equipa (Famolaro *et al.*, 2018; Shannon e Estabrooks *apud* Tsai, 2011).

A cultura organizacional pode ter impacto na eficiência, se forem considerados determinados valores, tais como: a tomada efetiva de decisões; o reporte, respetiva resposta e aprendizagem com os erros; trabalho em equipa e sinergias entre departamentos (Jacobs *et al.*, 2013).

A cultura de uma organização integra diversas subculturas, entre as quais a cultura de segurança, “o que implica uma autonomia individual ou grupal e uma diversidade de comportamentos e divergência de matrizes” (Carvalho, Neves e Caetano, 2011, p. 527-528).

### **1.5.1 Cultura de segurança do doente**

Apesar de a segurança do doente ser hoje considerada um requisito fundamental e incontornável nos cuidados de saúde da era moderna (*American College of Healthcare Executives*, 2017), a mesma esteve na base da medicina pelas mãos de Hipócrates ao qual lhe é atribuído o termo *primum non nocere* (primeiro não causar dano), ou seja, o cuidado de saúde, por princípio, não deveria resultar em consequências nefastas para o doente.

Também Florence Nightingale, precursora da enfermagem moderna, percebeu que o doente poderia ver agravado o seu estado de saúde pelas condições hospitalares e pelos cuidados prestados (Fernandes, 2012), priorizando a segurança dos mesmos como fundamental para uma boa qualidade dos cuidados prestados.

Nas últimas décadas, impulsionado pela investigação levada a cabo pelo *Institute of Medicine*, tem-se demonstrado a dimensão do erro em saúde, potencialmente evitável, na imagem das pessoas e das organizações (Costa, 2014). Este facto, constitui uma das principais causas de mortalidade e morbilidade (Kohn, Corrigan e Donaldson, 2000).

Este alerta motivou o crescimento de estudos relativos à segurança do doente por parte das organizações, conduzindo ao desenvolvimento e disseminação de programas e sistemas que se proponham à mitigação de eventos adversos (Conselho da União Europeia, 2009), os quais resultam em graves implicações financeiras, descrença na idoneidade das organizações e consequências na imagem dos doentes (Costa, 2014).

Seja em que contexto for, uma mudança na cultura não é necessariamente um precursor para mudanças nos resultados nas organizações, mas pode determinar o sucesso e a sustentabilidade desses mesmos resultados. A forma como uma organização e respetiva equipa pensa e implementa os processos de segurança do doente, tem certamente um impacto significativo nas pessoas que recorrem aos serviços e na equipa que os proporciona.

A AHRQ (2018) esclarece que o conceito de cultura de segurança teve origem fora dos cuidados de saúde, em estudos de organizações de alta fiabilidade que tentam minimizar consistentemente eventos adversos, apesar de realizarem trabalhos intrinsecamente complexos e potencialmente perigosos. Organizações credíveis têm um forte compromisso com a segurança nas suas várias dimensões e são transversais a toda a hierarquia. A mesma agência esclarece que este compromisso para uma cultura de segurança idónea engloba as seguintes características principais:

- Reconhecimento do potencial de risco das atividades de uma organização e compromisso com a segurança dessas mesmas atividades;
- Um ambiente que favoreça a notificação do erro e que a resolução do mesmo não se revele repreensiva ou punitiva (Alahmadi, 2010);
- Incentivo ao trabalho em equipa e recurso ao atual estado da arte para encontrar soluções para os problemas de segurança do doente (Manser, 2009);
- Responsabilidade organizacional para abordar e discutir as preocupações de segurança.

Existe uma cultura de segurança quando cada profissional de saúde assume um papel ativo na prevenção de erros e seu papel é apoiado pela liderança e pela gestão da organização (*American College of Healthcare Executives*, 2017; Künzle, Kolbe, Grote, 2010). A cultura de segurança relaciona-se com as atitudes, crenças, valores e premissas que influenciam a forma como as pessoas percebem e agem sobre questões de segurança dentro de sua organização (WHO, 2015). A *European Society for Quality in Healthcare* (2010) define cultura de segurança como um padrão de comportamento individual e organizacional baseado em crenças e valores compartilhados que continuamente procuram minimizar os danos ao doente e que, concomitantemente, podem resultar dos

processos de prestação de cuidados. Para os mesmos autores, a anterior definição de cultura de segurança reflete uma posição dinâmica e consciente, na qual são tomadas ações para reduzir os danos ou riscos para o doente.

A cultura de segurança de uma instituição prestadora de cuidados de saúde é, para além de um estilo e de uma competência de gestão, um “produto de valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a segurança” (WHO *apud* DGS, 2011, p. 5). “As organizações contêm, assim, ambiente próprio, recebem influências e influenciam as várias pessoas que nelas atuam, sendo estes mesmos agentes os que contribuem para a formação da cultura da organização” (Portugal. DGS, 2018, p. 2).

Na perspetiva de Fragata (2012, p. 81) a “designação de cultura (...) alude, hoje, às organizações fiáveis que adotam uma postura sistémica e de elevada resiliência no combate e mitigação dos erros, privilegiando a segurança e a reprodutibilidade de processos”. Portanto, uma organização com uma cultura de segurança eficaz e idónea caracteriza-se pelo compromisso constante com a segurança do doente, adotando estratégias, implementando instrumentos e capacitando os seus profissionais com vista à melhoria constante da qualidade dos seus cuidados (Marsteller *et al.*, 2015). “A cultura tem uma dimensão no grupo e na organização, mas implica uma interiorização em cada um dos seus membros atuantes” (Fragata, 2012, p. 82).

De uma forma mais simplista, mas igualmente esclarecedora, a cultura de segurança pode ser definida como o produto daquilo que um interveniente é, quando não estamos a ser observados (*The Health Foundation*, 2013), ou por outras palavras, pode ser considerada como um vetor que influencia e estrutura as formas de pensar, sentir e agir das pessoas e organizações.

Para transformar com sucesso a cultura de segurança, torna-se importante fazer um exercício para tentar consciencializá-la, mensurá-la e interpretá-la (Leonard e Frankel, 2012; Nieva e Sorra, 2003). A medição da cultura de segurança, para além de fornecer informações valiosas sobre como a segurança é percecionada e abordada dentro de uma organização, destina-se a permitir que as organizações vejam as características da cultura de segurança do doente e forneçam contributos com vista à sua transformação (Costa, 2014). Contudo, uma medição não compõe a cultura, nem a vigilância dos desenvolvimentos na cultura de segurança, sendo necessárias ações e intervenções conscientes com o objetivo de minimizar riscos e danos aos doentes (*European Society for Quality in Healthcare*, 2010).

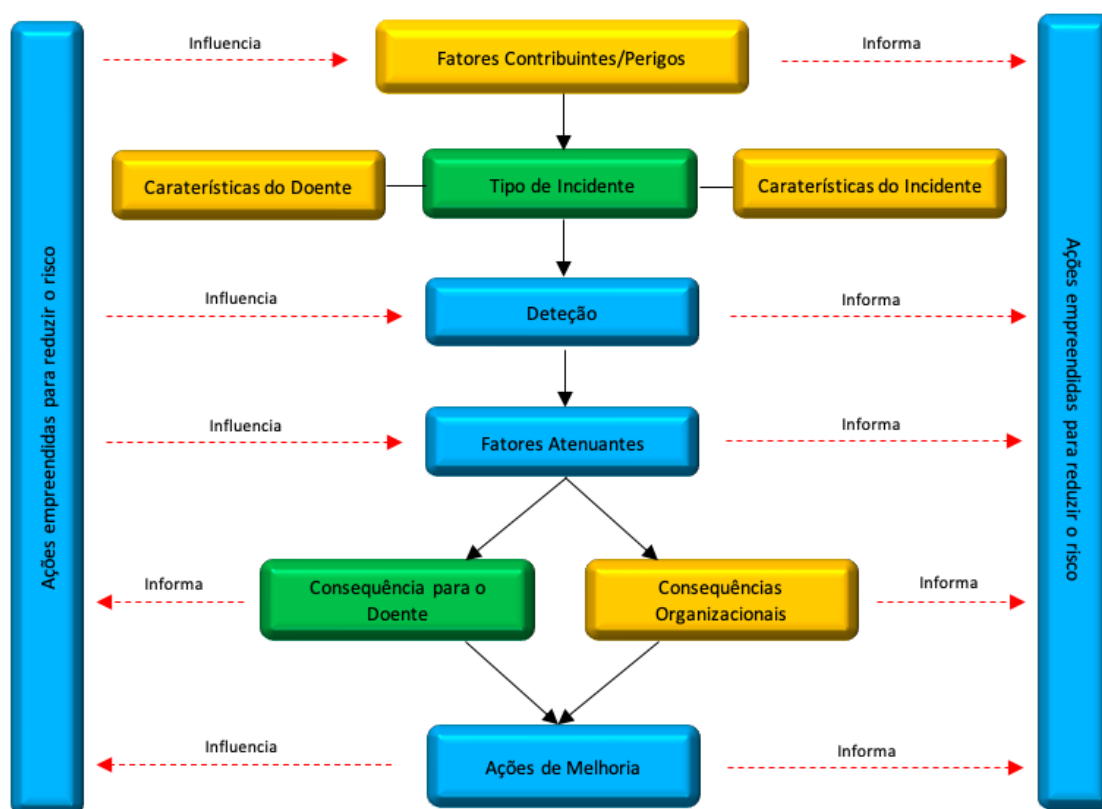


A segurança dos doentes assume-se como prioritária nas intervenções dos cuidados de saúde realizadas em benefício das pessoas, mas numa complexa combinação de processos, tecnologia e interações humanas sendo inevitável o risco de ocorrência de eventos adversos (*World Health Professions Alliance*, 2002).

Importa referir, neste contexto, que a ocorrência de incidentes de segurança nos cuidados de saúde está relacionada com o nível de cultura de segurança existente nas instituições (Farup, 2015; Marsteller, 2015; Mardon *et al.*, 2010). A evidência revela que “o risco de ocorrerem aumenta dez vezes nas instituições que negligenciam o investimento nas boas práticas de segurança dos cuidados de saúde” (Despacho n.º 1400-A/2015, p. 3882-(22)). A origem destes incidentes relaciona-se com defeitos de organização, de coordenação ou de comunicação, traduzindo-se num baixo índice de cultura sistémica de segurança e de política institucional de identificação de riscos específicos (Despacho n.º 1400-A/2015; Mardon *et al.*, 2010).

Para melhor compreender a ampla série de conceitos de segurança do doente foi criado pela WHO um grupo de trabalho que começou por definir, “harmonizar e agrupar conceitos de segurança do doente numa classificação internacionalmente aceite com o objetivo de promover a aprendizagem e a melhoria da segurança do doente, em todos os sistemas de saúde” (WHO, 2011a, p.2). A sua estrutura concetual é esquematizada da seguinte forma (figura 3):

Figura 3 - Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente



Legenda:

- Resiliência do sistema (Avaliação de riscos pró-ativa e reativa)
- Categorias clinicamente significativas e reconhecíveis para identificação e recuperação de incidentes
- Informação descritiva
- - > Fluxo de informação
- > Relação semântica entre as classes

Fonte: Adaptado da WHO, 2011a

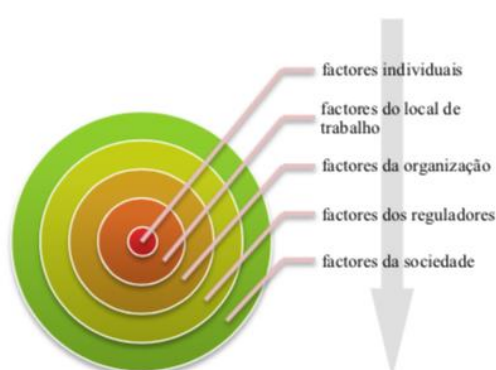
O diagrama anterior tem “como objetivo representar um ciclo de aprendizagem e de melhoria contínua, realçando a identificação do risco, a prevenção, a deteção, a redução do risco, a recuperação do incidente e a resiliência do sistema; as quais ocorrem em todas as partes e em qualquer ponto dentro da estrutura concetual” (WHO, 2011a, p. 6).

O BO é um dos locais de exercício profissional onde existe uma alta probabilidade de erros e acidentes potencialmente evitáveis (Marsteller *et al.*, 2015). A atividade intrínseca a esta unidade reveste-se de enorme complexidade, pelas múltiplas varáveis a que naturalmente está submetida, implicando uma ação interdisciplinar e multiprofissional dependentes da performance individual/equipa e da instituição, sendo que esta última envolve fatores técnicos, humanos, da equipa e da organização ou do sistema (Fragata, 2010a). Todas

estas variáveis são decisivas num BO, as quais resultam num maior ou menor grau de ocorrência de eventos conforme a sua cultura de segurança (Fragata, 2010b).

Baseando-se na teoria de Reason, Eiras (2011) esquematiza (Figura 4) os principais grupos facilitadores de eventos adversos no sector da saúde. Da sua análise, salienta-se que os fatores individuais, ao contrário dos fatores da organização ou reguladores, surgem com uma frequência menor no sistema implicando menores consequências na génese do evento adverso. “Os erros acontecem por causas relacionadas com as falhas no sistema, e não por falhas das pessoas, referindo ser mais fácil alterar os sistemas do que as pessoas” (*idem*, p. 41).

Figura 4 - Hierarquia dos fatores causais de eventos adversos



Fonte: Eiras, 2011 (Adaptado de Reason, 1997)

Neste grupo de causas anteriormente adiantadas, encontram-se incluídas o trabalho em equipa, as perceções acerca de como as administrações e líderes intermédios lidam com os eventos adversos (cultura justa) e a influência que as transições/comunicação (WHO, 2007), condições de trabalho e a satisfação no trabalho podem ter na ocorrência dos mesmos (Eiras, 2011; Sexton *et al.*, 2006b).

O recurso mais poderoso nas equipas cirúrgicas é sem dúvida a própria equipa, sejam eles médicos, enfermeiros ou outros técnicos de saúde (Manser, 2009). Uma equipa que faz uso dos seus conhecimentos e capacidades técnicas e não técnicas, que atua de forma eficaz com os seus pares e em prol do doente cirúrgico, pode evitar um número significativo de complicações com potencial de dano e morte. Todavia, nem sempre estes elementos têm os recursos humanos (Campos, 2019; Henriques, 2019), materiais e técnicos, para promover o trabalho efetivo e minimizar os riscos para a segurança do doente cirúrgico.

Na perspetiva da WHO (2010b, p. 10), tendo em vista “as limitações para produzir orientações sobre as infraestruturas e recursos humanos, os grupos de trabalho de peritos, concluíram que a intervenção inicial mais eficaz seria o estabelecimento de normas universais de segurança para as equipas cirúrgicas existentes e para o seu trabalho no

BO”, operacionalizadas pela implementação e massificação de uma lista de verificação de segurança cirúrgica (LVSC) e pela criação de indicadores de base. “Características universais, estratégias, fluxo de trabalho e padrões do período perioperatório são críticos para a prestação de cuidados que são suscetíveis ao fracasso, mas passíveis de melhorias simples” (*ibidem*).

Apesar de na grande maioria dos contextos as normas poderem representar mudanças em algumas rotinas, essas mesmas normas poderão resultar num aumento da cultura de segurança (Silva e Rodrigues, 2016) e, conseqüentemente, na poupança concreta de vidas, na qualidade da vida e em melhorias na prestação de cuidados em todos os ambientes.

### **1.5.2. Trabalho em equipa**

De uma forma transversal a todos os serviços na área da saúde e não só, o trabalho em equipa requer um espírito e dinâmica de funcionamento partilhada, onde se evidencie uma simbiose e complementaridade entre os papéis que os diferentes grupos profissionais estão sujeitos. Assim, estes comungam da mesma missão e valores, permitindo a prestação de cuidados atempada, oportuna e segura mediante uma planificação dos cuidados eficaz e com o mínimo de interferências nefastas entre si potenciando a resolução da situação a que levou o doente a recorrer ao serviço de saúde.

A procura da interação entre as disciplinas, designadamente da medicina e da enfermagem, torna necessário o trabalho em equipa, ou seja, coordenado e consertado (Manser, 2009). As intervenções autónomas e interdependentes destes dois grupos profissionais faz assumir o trabalho em equipa como um imperativo para o bom e saudável funcionamento da mesma, uma vez que o trabalho parcelar e individual não permite responder às exigências atuais em termos de cuidados de saúde (Maxfield *et al.*, 2013).

O trabalho em equipa pode ser visto como potenciador dos recursos dos vários intervenientes envolvidos, com a promessa de melhores resultados ao nível da eficiência, da qualidade, da segurança (Marsteller *et al.*, 2015; Singer *et al.*, 2016; Sexton, 2006a) e da eficácia no trabalho, e até ao nível da motivação dos colaboradores (Homem *et al.*, 2012; Carney *et al.*, 2010; Devillard, 2001). Um favorável clima de trabalho em equipa pode incrementar o sentimento de pertença e participação, aumentando a responsabilização individual do seu trabalho, do qual dependem os outros elementos da equipa. Por oposição, um fraco clima de trabalho em equipa incorre na falta de produtividade e numa distribuição injusta do trabalho.

A má percepção do clima de trabalho da equipa, seja ela real ou percebida por parte de um profissional, é suficiente para mudar a dinâmica dentro dessa equipa. Além de ser uma técnica na gestão do erro, o trabalho em equipa e a comunicação eficazes também têm vários efeitos colaterais positivos como menor número e intensidade de atrasos, aumento da moral, satisfação no trabalho e eficiência (Heynes *et al.*, 2011; Sexton, Thomas, Helmreich, 2000).

Com as preocupações crescentes em torno da melhoria da eficiência e da segurança do doente, nos últimos anos têm proliferado estudos sobre o efeito do trabalho em equipa nas organizações e nos resultados das mesmas (Singer *et al.*, 2016; Siu, Maran e Paterson-Brown, 2016; Hull e Sevdalis, 2015; Tscholl *et al.*, 2015; Meurling *et al.*, 2013; Carney *et al.*, 2010; Manser, 2009; Sexton *et al.*, 2006a). As mudanças nas organizações e nas pessoas que dela fazem parte levam-nos a refletir sobre a utilização das potencialidades e das aptidões das pessoas na procura incessante de objetivos comuns e partilhados. Deste modo, a eficácia e o clima do trabalho em equipa pressupõe a mobilização das capacidades e competências técnicas e não técnicas (Siu, Maran, Paterson-Brown, 2016).

Estudos reforçam a “necessidade contínua de trabalhar com os profissionais de enfermagem na área da comunicação, *feedback*, gestão de conflitos, liderança, bem como outros aspetos do foro relacional que conduzam ao fortalecimento da equipa e tomada de decisão compartilhada” (Homem *et al.*, 2012, p. 176).

No seio de uma equipa, a comunicação efetiva é tida como muito importante, cuja finalidade é evitar o erro. A comunicação torna-se difícil nas equipas interdisciplinares quando são evidentes as hierarquias secundárias a uma cultura profissional e organizacional rígida aos estratos profissionais (Silva e Rodrigues, 2016; Maxfield *et al.*, 2013; Kirschbaum *et al.*, 2012).

Desde modo, para uma comunicação efetiva da equipa torna-se imprescindível uma discussão interdisciplinar de forma a garantir um planeamento e preparação ajustados a cada doente submetido a cirurgia, promovendo uma cultura construtiva de equipa (Kirschbaum *et al.*, 2012). Há três elementos que contribuem para a cultura de uma equipa: “a estrutura da equipa, a percepção dos papéis na equipa e a atitude dos seus membros face às questões de segurança. É importante a estrutura hierárquica, a distribuição e coordenação do trabalho entre os indivíduos e os grupos profissionais” (WHO, 2010b, p. 123).

Uma percepção positiva dos profissionais sobre o trabalho e comportamentos em equipa relaciona-se favoravelmente com a qualidade e segurança dos cuidados (Portugal. DGS, 2015b, 2011). Acresce que as percepções sobre o trabalho em equipa e o estilo de liderança

estão associados ao bem-estar dos profissionais, o que pode afetar a sua capacidade de prestar um cuidado de saúde seguro (Manser, 2009).

Um nível crescente de evidências correlaciona o trabalho em equipa em cirurgia com melhores resultados, consubstanciando no facto de que as equipas com melhor funcionamento conseguem atingir taxas significativamente reduzidas de eventos adversos (Yue-Yung *et al.*, 2012; WHO, 2010b; Manser, 2009).

O desenvolvimento de intervenções direcionadas para o treino em equipa objetivando conhecimentos, habilidades e atitudes que sustentem o seu desempenho, tornou-se uma característica cada vez mais importante nas literaturas cirúrgica, anestésica e de enfermagem (Hull e Sevdalis, 2015; Kirschbaum *et al.*, 2012).

Para que se consiga um ambiente saudável no seio de uma equipa, as mesmas precisam de dotações seguras e com um forte espírito colaborativo, de tarefas, processos e de normas que desincentivem o comportamento disruptivo e promovam dinâmicas positivas, de forma a evitar atritos entre elementos e promover a canalização da energia para o que realmente importa, designadamente o bem-estar e a segurança do doente.

Os vários elementos que constituem uma equipa devem possuir tanto “o sentido do outro como o da eficácia coletiva. O sentido do outro é saber escutá-lo, gratificá-lo e oferecer-lhe apoio tolerante e seguro, o membro da equipa mostra proximidade e funciona numa atitude aberta, se bem que não desprovida de exigência” (Devillard, 2001, p. 60).

### **1.5.3. O papel da liderança nas organizações**

Os vários estilos de liderança são responsáveis pelo sucesso ou a ausência dele nas instituições (Sfantou *et al.*, 2017). A liderança depende da natureza do trabalho, do grupo e dos seus membros individualmente considerados, do meio e da personalidade do líder (The King's Fund, 2012; Tsai, 2011; Rocha, 2010). As mais fiáveis organizações estão sujeitas, face à complexidade da sua missão, a uma série de variáveis de risco que comprometem a segurança do doente, mas ainda assim conseguem manter níveis positivos da mesma através da construção de uma cultura de segurança, aprendizagem e melhoria contínuas (Leonard e Frankel, 2012).

Neste subcapítulo importa perceber o papel da liderança na melhoria da performance profissional e na capacidade de influenciar culturas, ambientes e comportamentos. Perante equipas complexas com diferentes estratos profissionais e níveis hierárquicos, a definição das competências e responsabilidades pode-se tornar imprecisa, contribuindo para perfis incertos de liderança o que pode comprometer a segurança do doente (Fragata, 2012; Künzle, Kolbe, Grote, 2010).

A *American College of Healthcare Executives* (2017) argumenta que para o desenvolvimento sustentado de uma cultura de segurança nas organizações, as administrações devem ter em consideração um conjunto de seis domínios de liderança:



**Visão:** a administração demonstra que a segurança é um valor central quando a organização se preocupa com a total segurança do doente e com a força de trabalho (Leonard e Frankel, 2012).



**Confiança, respeito e inclusão:** de uma forma consistente e transversal à organização, estabelecer uma relação de confiança, demonstrar respeito e promover a inclusão, são condições para que as administrações criem e sustentem uma cultura de segurança (*ibidem*).



**Compromisso da administração:** a administração deve garantir que os instrumentos que avaliam a segurança organizacional e a cultura de segurança sejam implementados, sistematicamente revistos e analisados.



**Desenvolvimento dos líderes:** é dever das administrações incluir a responsabilidade pela segurança como parte da estratégia de desenvolvimento de liderança da organização. A formação sobre segurança deve ser transversal à hierarquia (Künzle, Kolbe, Grote, 2010).



**Cultura justa:** os líderes devem compreender e aplicar os princípios de uma cultura justa, abordando o erro do ponto de vista do sistema (Duffy, 2017). Os profissionais devem ser incentivados, sem receio de represálias, para a notificação de eventos adversos (Shu *et al.*, 2015; Alahmadi, 2010; Bodur, 2010).



**Expectativas de comportamento organizacional:** os líderes são responsáveis por modelar os comportamentos e ações (trabalho em equipa, comunicação ativa e *feedback* direto e oportuno) (Tsai, 2011). Esses compromissos culturais devem ser universalmente compreendidos e aplicados igualmente a todos os profissionais de saúde, independentemente do cargo ou departamento.

O papel de uma hierarquização eficaz passa pela definição dos objetivos e valores da organização, promovendo a integração, a motivação e comprometimento com o processo de prestação de cuidados. Nesta perspetiva, o líder e o perfil de liderança são fundamentais para a funcionalidade das equipas e para a criação de uma cultura de segurança (Portugal. DGS, 2015b, 2011; Vlayen *et al.*, 2015; Costa, 2014; Eiras, 2011; Tsai, 2011; Alahmadi, 2010; Künzle, Kolbe, Grote, 2010) que assente na proatividade, na aprendizagem, na

promoção da mudança e na resiliência em relação às falhas (Águas, Araújo e Soares, 2017; Fragata, 2012).

Na avaliação da cultura de segurança das organizações, a discussão dos erros, as percepções de trabalho em equipa e as percepções dos vários níveis da liderança devem ser analisados. Quando um número significativo de profissionais de saúde hesita em falar, com medo de que o seu erro seja divulgado pelos seus pares ou que o mesmo possa ter uma interferência negativa na forma como o líder o vê, exige-se uma intervenção no formato como está a ser conduzido o processo e, conseqüentemente, uma mudança na cultura da organização (Leonard e Frankel, 2012).

Muito embora as organizações de saúde possam estar longe das designadas organizações de alta fiabilidade, elas partilham de algumas características comuns, como a antecipação e consciência de risco; capacidade de aprender com o erro humano sem culpabilização e com ênfase nas suas causas sistêmicas; resiliência; hierarquias flexíveis e comunicações estruturadas (Fragata, 2012).

As organizações de saúde precisam garantir conhecimentos técnicos e profissionais, fortalecer a capacidade e a cultura organizacional, equilibrar as prioridades de liderança e as habilidades existentes para uma melhoria dos indicadores de qualidade nos serviços de saúde (Sfantou *et al.*, 2017).

#### **1.5.4. Notificação do erro**

A prática de erro é intrinsecamente ligada à natureza humana (Duffy, 2017; Santos *et al.*, 2010), motivo pelo qual as falhas humanas são uma ameaça a considerar nos sistemas complexos. A falibilidade humana não pode ser eliminada, mas é passível de ser moderada (Farup, 2015). James Reason, um dos pioneiros da avaliação do erro humano, refere que “a busca da segurança... é sobre como promover a criação dum sistema tão robusto, quanto possível, em face dos riscos humanos e operacionais” (WHO, 2010b, p. 122).

O erro humano pode ser visto sob duas perspetivas - na abordagem da pessoa e do sistema, originando diferentes interpretações e diferentes filosofias na gestão do mesmo (Fernandes, 2014). A sua análise tem implicações práticas importantes para lidar com o risco presente nos contratempos na prática clínica. As organizações mais fiáveis não são imunes a eventos adversos e são considerados mais uma consequência que uma causa, mas aprenderam a habilidade de converter esses contratempos pontuais numa maior resiliência do sistema (Reason, 2000).

O modelo de risco do “queijo suíço” proposto por James Reason, defende que os erros dentro de um sistema, nomeadamente os mais graves, raramente são produto de um ato



isolado inseguro. Ao invés, são o culminar de vários erros envolvendo a tarefa, a equipa, a situação e a organização, e que concorrem para o evento calamitoso (Reis, Martins e Laguardia, 2013; Fragata, 2010a, 2010b).

Ainda que insuficientemente relatados, as várias tipologias de erros/eventos adversos são uma fonte comum de risco reconhecido para o doente, profissionais e instituições (Gomes, 2012). A falta de cultura de notificação não permite estimar a real incidência de eventos adversos evitáveis (Farup, 2015; Rafter *et al.*, 2015), e é caracterizada pelo paradigma da culpabilização e ocultação do erro clínico (Fernandes, 2014; Sousa, 2013; Gomes, 2012; Fernandes e Queirós, 2011; Alahmadi, 2010), que consubstancia na vergonha e no receio de punição seja ela em forma de sanção, perda de emprego ou desaprovação dos colegas (Larizgoitia, Bouesseau e Kelly, 2013; Wagner *et al.*, 2013). Por conseguinte, existe carência de indicadores fiáveis dos erros e a sua severidade (Portugal. Ministério da Saúde, 2010). Tal facto, “reduz a capacidade de levar a cabo um processo de redução de erros e, de certa forma, obscurece os riscos que deveriam ter-se em conta ao assumir o controle do risco da prática individual” (OE, 2006, p. 7).

Os riscos são uma realidade incontornável, sejam eles inerentes ou adquiridos. A economia e a estatística revelam-nos que na definição de erro está uma probabilidade objetiva decorrente de uma série de eventos aleatórios numa certa realidade, motivo pelo qual se distinguem riscos prováveis, previsíveis ou possíveis e que se diferenciam os potenciais e os incertos, que se ligam à ignorância científica sobre o assunto (OE, 2006).

A garantia da segurança do doente no BO inicia-se antes da entrada do mesmo na sala onde vai decorrer a cirurgia e inclui uma atenção redobrada nos vários tipos de erros médicos evitáveis (onde se incluem, por exemplo, erros de medicação), mas os erros cirúrgicos são exclusivos desse ambiente. (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2010).

Entende-se por erro um termo genérico que abrange todas as ocasiões em que uma sequência planeada de atividades físicas ou mentais não consegue atingir o fim pretendido (Salman *et al.*, 2012; Mansoa *et al.*, 2011; WHO, 2011a), não podendo estas falhas ser atribuídas ao acaso.

São vários os especialistas em segurança do doente que consideram que a divulgação completa de eventos adversos, sem atribuição de culpa, leva a uma redução nos erros médicos (Wagner *et al.*, 2013; Kohn, Corrigan e Donaldson, 2000). Ainda assim, subsistem muitas organizações onde existe uma cultura de culpa na qual os profissionais de saúde temem em relatar erros conduzindo a consequências que perpetuam o risco de errar novamente como a subnotificação que, por sua vez, subsidia uma fraca aprendizagem com

os eventos (Wagner *et al.*, 2013; Fernandes e Queirós, 2011). Pode-se dizer, portanto, que o sistema tem uma capacidade limitada de aprender com os seus erros (Rafter *et al.*, 2015).

O investimento realizado na aprendizagem organizacional e na melhoria contínua da cultura de segurança do doente é ineficaz, na medida em que não é conduzida a partir da identificação e análise do erro (resultado da subnotificação), à qual acresce o insuficiente *feedback* que é dado aquando da notificação do mesmo. Não obstante, existe um enorme potencial para melhorar a cultura de segurança do doente resultante das boas relações interpessoais e cooperação nos serviços e da existência de bons indicadores de comunicação livre e aberta (Fernandes e Queirós, 2011).

A prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes é outra das recomendações dos organismos internacionais (Conselho da União Europeia, 2009) e nacionais (Portugal. DGS, 2015b, 2013b, 2012, 2011). Nas instituições prestadoras de cuidados de saúde a subnotificação de incidentes de segurança é uma realidade internacional, facto que *per se* exige mudanças na cultura de notificação. O exercício da mesma é considerado uma ferramenta que melhor identifica os riscos, perigos e vulnerabilidades de uma organização, sendo a que melhor possibilita a partilha de aprendizagens com o erro (Despacho n.º 1400-A/2015; Portugal, DGS, 2012).

Para o aumento da segurança do doente torna-se imprescindível a rutura com o paradigma da culpabilização individual perante o evento adverso. Aliás, a sua notificação reforça o propósito da aprendizagem organizacional centrado no sistema e não no notificador (Duffy, 2017; Rafter *et al.*, 2015). “Só assim cada instituição pode desenhar um plano interno dos riscos clínicos e não clínicos existentes que permita implementar medidas preventivas de ocorrência de incidentes de segurança” (Despacho n.º 1400-A/2015, p. 3882-(9)).

Neste contexto, torna-se também imprescindível o *feedback* sobre a análise do evento adverso e a descrição da implementação das medidas que impeçam a sua recorrência que, por uma questão de transparência e de aumento de confiança nos serviços de saúde, devem ter visibilidade pública (*ibidem*).

Através da criação de ferramentas onde os profissionais, no final da cirurgia, pudessem relatar as suas preocupações/problemas acerca daquele episódio cirúrgico, estaríamos a aumentar a satisfação e a comunicação dos funcionários, fornecendo um local para toda a equipa cirúrgica expressar ideias, necessidades e preocupações sem medo de fazer julgamentos (Norton e Mordas, 2018; Maxfield *et al.*, 2013).

Se errar é humano e é multifatorial, deveria também fazer parte da sua natureza o reconhecimento, a referenciação e a partilha do erro/evento adverso com os pares (Santos *et al.*, 2010), de forma a encontrar “estratégias que possam ser vantajosas, no sentido, de

atenuar o erro nos contextos dos cuidados de enfermagem e, assim, contribuir para a segurança dos doentes. (...) A sua identificação torna possível mudar comportamentos humanos, atenuando riscos, bem como, alterando deficiências do próprio sistema institucional” (Abreu, 2012, p. 255).

A capacidade que a organização e os seus profissionais têm para se reorganizarem de forma a incutir o relato de notificação de eventos, análise, sistematização e aprendizagem com os erros (Águas, Araújo e Soares, 2017), constitui um dos grandes desafios a serem vencidos e tem uma forte correlação com a cultura de segurança da organização.

#### **1.5.5. Comunicação: sinergia nas equipas de saúde**

Quando se fala em qualidade nos cuidados de saúde, torna-se imprescindível a abordagem das particularidades da interação e da comunicação entre os profissionais que são responsáveis pelo cuidado e, por isso, pela segurança do doente. A transferência de responsabilidade da prestação de cuidados (mudanças de turno, transferência de cuidados ou alta dos doentes) são muitas vezes acompanhadas de imprecisões, omissões ou erros na comunicação (Portugal. DGS, 2017; Santos *et al.*, 2010; WHO, 2007). O uso de ferramentas de padronização das transições pode ser visto como uma solução para o problema (Hall *et al.*, 2017; Portugal. DGS, 2017; Lee *et al.*, 2016; Gillespie *et al.*, 2014; Bagnasco *et al.*, 2013; WHO, 2007).

À semelhança de outros sistemas complexos, a comunicação em equipa é considerada o mecanismo central na gestão do erro (Health Quality and Safety Commission, 2016; Bagnasco *et al.*, 2013; Johnson e Kimsey, 2012; Kirschbaum *et al.*, 2012). As lacunas comunicacionais são uma causa comum de erros médicos e eventos adversos (Phadnis e Templeton-Ward, 2018; Magill *et al.*, 2017; Portugal. DGS, 2017; Health Quality and Safety Commission, 2016; Tscholl *et al.*, 2015; Gillespie *et al.*, 2014; Johnson e Kimsey, 2012; Segall *et al.*, 2012; Santos *et al.*, 2010). A especificidade do doente, a informação clínica, a urgência da situação e a exigência técnica sobre os profissionais de saúde acarreta enorme complexidade e responsabilidade com potencial de erro. Outros fatores sistémicos, onde se incluem o número de pessoas envolvidas, a elevada carga de trabalho, o stress, a fadiga, as estruturas hierárquicas e a organização inadequada contribuem para um ambiente favorável ao erro (Portugal. DGS, 2015b, 2011; Pedroja *et al.*, 2014; WHO, 2010b).

Deste modo, a tecnologia aliada aos sistemas de informação/comunicação desempenha uma função estruturante entre diferentes instituições, serviços da mesma instituição ou profissionais do mesmo serviço. Há a necessidade de implementar procedimentos

normalizados que assegurem uma comunicação precisa e atempada entre os profissionais de saúde, evitando lacunas na comunicação potenciadoras de quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado potenciando, assim, incidentes de segurança.

A norma 02/2013 da DGS, acrescenta que o projeto Cirurgia Segura, Salva Vidas “deve ter em conta o desenvolvimento de estratégias de dinamização e melhoria do trabalho em equipa, com uma ênfase primordial na comunicação interprofissional, das equipas cirúrgicas” (Portugal. DGS, 2013a, p. 1).

Uma cultura de segurança competente é aquela que é capaz de promover uma comunicação eficaz e eficiente entre os profissionais e que não seja prejudicada pelo *status* hierárquico ou pelas diferenças de personalidade (Carney *et al.*, 2010; Santos *et al.*, 2010; Sexton *et al.*, 2006a).

O uso regular de instrumentos e estratégias que permitam o *briefing* e *debriefing* melhoram a perceção da segurança do doente e consolidam a dinâmica da equipa, acautelando eventuais crises (Phadnis e Templeton-Ward, 2018; Cabral *et al.*, 2016; Health Quality and Safety Commission, 2016; Gillespie *et al.*, 2014; Steelman e Graling, 2013; Leonard e Frankel, 2012; Carney *et al.*, 2010; Sexton *et al.*, 2006a), especialmente nas tarefas de complexidade e repetição reconhecidas, aperfeiçoando a metodologia de aprendizagem contínua e indutora de melhorias organizacionais (Magill *et al.*, 2017; Fragata, 2010b).

Para que verdadeiramente ocorra aprendizagem torna-se necessário facultar ao profissional e aos seus pares a oportunidade de rever e refletir sobre as suas atitudes e comportamentos, ou seja, sobre o que aconteceu, porque aconteceu e em que difere dos eventos transatos e quais as suas consequências e implicações (Duffy, 2017; Wagner *et al.*, 2013).

A utilização da LVCS é um procedimento simples, gratuito e facilmente aplicável em qualquer contexto, que melhora a segurança do doente (Phadnis e Templeton-Ward, 2018; Portugal. DGS, 2013a; Carney *et al.*, 2010; Sexton *et al.*, 2006a) e permite a avaliação do impacto da utilização de instrumentos de gestão de risco na qualidade dos resultados dos procedimentos cirúrgicos (Pugel *et al.*, 2015; Johnson e Kimsey, 2012). O enfermeiro, como elemento de uma equipa multidisciplinar, é também responsável pela sua execução e validação, estando a assumir a sua corresponsabilidade perante a evidência de erro/evento adverso, sendo fundamental uma comunicação eficaz com os seus pares e para com o doente.

### 1.5.6. Dotações seguras

O compromisso de assegurar a qualidade desejada dos serviços prestados assume-se difícil perante estratégias de gestão de recursos humanos reveladoras de um desfasamento entre uma dotação segura de profissionais e a atual exigência dos cuidados (Henriques, 2019). Deste modo, dotações inadequadas podem atingir proporções devastadoras tanto para quem cuida como para quem se deixa cuidar e, quando contextualizadas em ambientes desfavoráveis à prática, podem ser geradoras de eventos adversos (Henriques, 2019; Cho *et al.*, 2016; Freitas, 2015; Gonçalves, 2015; Fernandes, 2014; Pedroja *et al.*, 2014; Freitas e Parreira, 2013; ICN, 2006).

Estudos desenvolvidos por Cho *et al.* (2016) e Pedroja *et al.* (2014), encontraram associações significativas entre o rácio dos profissionais de saúde e o ambiente de trabalho com eventos adversos do doente, mais concretamente, um reduzindo rácio doentes/profissionais e um ambiente de trabalho mais favorável podem melhorar a taxa de eventos adversos. Uma carga de trabalho justa e um clima harmonioso no local de trabalho, onde a equipa tenha oportunidade de comunicar, discutir e trabalhar em equipa, conjuntamente com uma liderança competente influenciam a forma como os membros de uma equipa colaboram para alcançar resultados positivos (Canadian Health Services Research Foundation, 2012).

A discussão da relação das dotações seguras com a segurança dos cuidados não é exclusiva da enfermagem (apesar de ser aquela que é mais estudada, face à natureza e orgânica dos seus cuidados), mas transversal a todos os grupos profissionais na área de saúde e todas as organizações que prestam serviços de saúde, os quais partilham a obrigação de desenvolver metodologias de gestão dos cuidados onde a dotação de profissionais se revele segura face às necessidades do contexto (Wallace, 2013).

Uma dotação segura é assegurada por condições de trabalho isentas de risco, através de uma quantidade de horas e número de profissionais disponíveis, com experiência, formação e competências adequadas que permitam satisfazer, com segurança, as necessidades dos utentes em cuidados de saúde (ICN, 2018, 2006; Freitas, 2015; Gonçalves, 2015; Fernandes, 2014; Freitas e Parreira, 2013; Regulamento n.º 533/2014).

Em Portugal, tem-se verificado uma maior consciencialização dos profissionais de saúde ao alertarem para as condições de trabalho com que diariamente se veem obrigados a exercer funções. Este aspeto contrasta com o que está preconizado na alínea c) do ponto do 2 do artigo 96º da Lei n.º 156/2015, no qual é referido que os enfermeiros têm direito a “usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia da profissão e pelo direito do utente a cuidados de enfermagem de qualidade”.

As administrações das instituições de saúde descaram o apoio prestado à enfermagem. “O compromisso do hospital com os enfermeiros e a enfermagem, a existir, é pouco sentido por estes profissionais. Tão pouco sentem que o seu esforço e perícia sejam adequadamente reconhecidos e recompensados” (Fernandes, 2014, p. 342).

Face a esta problemática, as implicações, reais ou percebidas, que a mesma pode ter num conjunto de variáveis propiciou uma série de estudos cujos resultados permitiram melhor compreender o fenómeno (Freitas, 2015; Gonçalves, 2015; Fernandes, 2014). Há evidências preocupantes de que níveis inadequados de pessoal nas instituições estão correlacionados com o aumento de eventos adversos, como quedas, lesões (Stalpers *et al.*, 2015; Portugal. Ministério da Saúde, 2010), erros de medicação, infeções associadas aos cuidados de saúde e taxas de readmissão que podem levar a internamentos mais longos e taxas de mortalidade hospitalar aumentadas (Cho *et al.*, 2016; Gonçalves, 2015; Carayon e Gurses, 2008; ICN, 2006; OE, 2006; *World Health Professions Alliance*, 2002).

Os fatores pessoais (autoestima) e fatores estruturais (apoio, carga de trabalho, liderança, trabalho em equipa, oportunidades de carreira e conflitos no local de trabalho) podem influenciar as condições de trabalho dos profissionais de saúde (Meurling *et al.*, 2013; ICN, 2007). Apesar de as organizações procurarem adaptar-se às diferentes necessidades dos utentes, condicionadas com restrições económicas e regulamentares mais rigorosas, as chefias intermédias são impulsionadas a flexibilizar os rácios dos profissionais por doente, implicando uma sobrecarga de trabalho e de turnos para fazer face à necessidade de cuidados. Os níveis de fadiga secundários à falta de pessoal foram negativamente correlacionados com o desempenho, fazendo perceber que ao alterar o ambiente de trabalho pode ser possível reduzir os níveis de fadiga física e mental assim como as taxas de erros médicos (Barker, 2011).

Variáveis como *stress* excessivo, ocorrências inesperadas, dinâmicas de equipas disfuncionais e o erro humano, condicionam a segurança do doente (Silva e Fernandes, 2016; Freitas, 2015; Freitas e Parreira, 2013; Fragata, 2010b; ICN, 2007). A investigação sugere que “um nível sólido de enfermeiros, eficaz e equilibrado pode ser rentável, favorecer melhorias e impedir a deterioração da saúde dos pacientes, reduzindo assim a duração e a intensidade das intervenções de saúde” (Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (SEP), 2017).

Assim sendo, num quadro de promoção do desenvolvimento sustentável do serviço de saúde português e considerando a diversidade de metodologias de gestão, torna-se urgente a reflexão de um modelo de organização de recursos humanos que garanta

qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde, contribuindo para o reforço dos cuidados de enfermagem, como há muito é preconizado internacionalmente.

Uma dotação segura deve considerar “as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar” (Regulamento n.º 533/2014, p. 30247).

A atividade repetida e rotinada, a falta de formação contínua, alterações no biorritmo secundárias à carga de trabalho e ao trabalho por turnos, comunicação desestruturada e um sistema de suporte fraco conduzem os profissionais ao facilitismo e a défices de atenção, que poderão propiciar situações inesperadas, aumentando o risco associado ao ato praticado (Duffy, 2017; Steelman e Graling, 2013; Abreu, 2012; Steelman e Cullen, 2011).

Em síntese, as organizações não são imunes ao evento adverso que acarreta um pesado ónus social e económico, com implicações físicas, psicológicas e sociais para o doente e para a família. Um dos principais fatores que contribui para o funcionamento de uma organização é a sua cultura, pois interfere na atuação sobre os processos organizacionais e no comportamento dos profissionais. Neste contexto, a promoção da segurança do doente e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde implicam que se faça uma avaliação da cultura de segurança do doente que subsidie uma reengenharia dos processos e procedimentos que reduzam o evento adverso, salvaguardando os superiores interesses dos doentes e das instituições.





## **CAPÍTULO II - OPÇÕES METODOLÓGICAS**

---



De uma forma paulatina, o paradigma da formação/investigação em enfermagem em Portugal tem vindo a transformar-se, muito embora à custa da formação pós-graduada. Atualmente, reconhece-se a sua importância para o desenvolvimento contínuo da profissão, sustentando a sua *praxis* em tomadas de decisão científica, técnica, ética e legalmente fundamentadas, com vista à melhoria contínua da prestação de cuidados e, simultaneamente, contribuindo para a sua visibilidade social.

Através da investigação na qual se reflete, se questiona e se analisa de uma forma crítica, a enfermagem desenvolve-se e encontra alternativas adequadas aos problemas com que se depara. A investigação científica é a fonte da aquisição de novos conhecimentos e “o seu processo consiste em examinar fenómenos com vista a obter respostas a questões determinadas que se deseja aprofundar. A investigação científica distingue-se de outros tipos de aquisição de conhecimentos pelo seu carácter sistemático e rigoroso” (Fortin, 2009a, p. 4).

Face ao exposto, o presente capítulo pretende dar a conhecer as opções metodológicas que estruturaram este estudo, designadamente os objetivos e finalidades, o tipo de estudo, o contexto da investigação, a população e a amostra, o instrumento e os procedimentos de colheita de dados (onde estão implícitas as questões éticas) e o tratamento de dados.

## **2.1. OBJETIVOS E FINALIDADES**

Face à problemática levantada, este estudo tem como finalidades:

- Incrementar a segurança cirúrgica do doente no BO, através da deteção de fatores que possam condicionar a sua segurança proporcionando uma melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados;
- Contribuir para a consciencialização dos profissionais de saúde para as questões da segurança do doente no BO.

Desta feita, foram delineados os seguintes objetivos:

Geral:

- Analisar os fatores associados da perceção dos profissionais de saúde, que exercem funções no BO, relativamente à cultura de segurança do doente neste serviço, de um hospital da região Norte do SNS.

Específicos:

- Caracterizar a cultura de segurança do doente no BO;
- Avaliar a relação entre as características sociodemográficas dos profissionais e a cultura de segurança do doente no BO;

- Avaliar a relação entre as características socioprofissionais e a cultura de segurança do doente no BO;
- Avaliar a relação entre a profissão e as dimensões da cultura de segurança do doente no BO;
- Descrever a frequência da notificação de eventos/ocorrências nos últimos 12 meses;

## **2.2. TIPO DE ESTUDO**

Face à problemática, à questão de investigação e aos objetivos delineados, optámos pela realização de um estudo com abordagem quantitativa, descritivo-correlacional e transversal.

No estudo descritivo-correlacional o investigador procura explorar e determinar a existência de relações entre variáveis que desconhece estarem associadas entre si, com a finalidade de conhecer e descrever a sua relação com o fenómeno estudado (Fortin, 2009a, 2009b).

Esta investigação caracterizou-se também por ser um estudo transversal pelo facto de examinar, em simultâneo e num só momento da investigação, dois grupos de indivíduos relativamente a um fenómeno (Gordis, 2011; Fortin, 2009a).

## **2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA**

O local selecionado para efetivar o estudo foi o BO de um hospital de primeira linha da zona Norte de Portugal pertencente ao SNS.

A estrutura desta unidade é composta por cinco salas operatórias, uma das quais destinada a doentes urgentes/emergentes funcionando 24h/dia. Para as situações de urgência diferida de ortopedia está contemplada uma sala operatória que funciona durante o período da tarde à semana. A produção denominada de Modalidade Remuneratória Convencional (MRC) e Modalidade Remuneratória Alternativa (MRA) ocupa as restantes salas, nas especialidades de: ortopedia, cirurgia geral, urologia, otorrinolaringologia, ginecologia/obstetrícia e estomatologia. Para a prestação de cuidados pós anestésicos/cirúrgicos, no pós-operatório imediato, existe uma unidade de recobro que é dotada de 10 *boxs*. A equipa multidisciplinar que compõe a sala operatória exige no mínimo, 3 enfermeiros, 2 cirurgiões e 1 anestesiológista. A equipa do bloco completa-se com os assistentes operacionais e uma administrativa.

O hospital onde decorreu o estudo tem acreditação segundo a norma *International Organization for Standardization (ISO) 9001* e avaliação positiva da qualidade global dos cuidados de saúde prestados – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS), em

todas as áreas de excelência clínica. Este contexto segue também o plano de qualidade e segurança do doente segundo o Departamento de Qualidade da DGS.

Conforme Fortin (2009a), a população-alvo é um conjunto de indivíduos com características comuns. Para efeito do presente estudo, definimos como critérios de inclusão:

- Exercer funções no bloco operatório central do hospital selecionado, independentemente da frequência com que recorre a este espaço físico;
- Pertencer a uma das seguintes categorias profissionais: enfermeiros e médicos.

Optámos pela seleção deste grupo de profissionais por se entender que, estatutariamente, apresentam funções autónomas e/ou interdependentes salvaguardadas em regulamento próprio, partilhando responsabilidades relativas à segurança dos doentes.

Como critérios de exclusão foram definidas as seguintes características:

- Ser médico interno do ano comum ou da formação específica;
- Ocupar um lugar de liderança intermédia (seja de enfermagem ou médica)

Relativamente ao primeiro critério de exclusão, este grupo de profissionais apenas está autorizado a praticar medicina tutelada à luz dos pressupostos e limites legais previstos pela Ordem que os representa. Decidimos excluir aqueles que ocupam posições de liderança intermédia por não apresentarem representatividade na amostra e pelo facto de haver um conflito de interesse na resposta a algumas das dimensões estudadas.

Assim, e de acordo com os objetivos, a população-alvo do estudo foi constituída por 143 profissionais, sendo que 94 são médicos e 49 são enfermeiros.

Raramente se tem a possibilidade de estudar a população na sua totalidade recorrendo, para isso, à população acessível definida como a porção da população alvo que se pode aceder (Fortin, 2009a). Neste sentido, foram obtidas autorizações para envio do questionário a 81 médicos e 45 enfermeiros, correspondendo a 86,2% e 91,8% das respetivas populações-alvo. O acesso à população acessível foi condicionado por vários motivos, designadamente: faltas por licença, ausência por doença prolongada e alguns casos pontuais de ausência de autorização.

Decidimos pelo método de amostragem não probabilística por conveniência, pelo facto de os profissionais escolhidos estarem disponíveis (Hill e Hill, 2016) quando foram interpelados para a disponibilidade de responderem ao questionário.

Para calcular o tamanho mínimo da dimensão da amostra optámos pela estimação por meio da “regra do polegar”, caracterizada por ser uma regra de aproximação baseada no empirismo de muitos investigadores e que estima o tamanho mínimo da amostra que possibilite uma análise estatística adequada dos dados. Desta feita, considerámos que o

tamanho mínimo da amostra, assumindo um nível de significância de 0,05, deveria ser de 60 casos no total quando se usa o *Teste t* para duas amostras independentes; 40 casos para o coeficiente de correlação paramétrica do tipo *Pearson* (Hill e Hill, 2016).

A taxa de resposta situou-se nos 86,4% para os médicos e de 95,6% para os enfermeiros, constituindo assim uma amostra de 113 profissionais de saúde. Uma taxa de devolução de questionários preenchidos via eletrónica acima de 50% é considerada como muito favorável (Mertens *apud* Hernández Sampieri, Hernández Collado e Batista Lucio, 2013).

#### **2.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**

A seleção do método de colheita dos dados está dependente do nível de investigação, do tipo de fenómeno ou de variável e dos instrumentos disponíveis. “O investigador deve questionar-se se o instrumento que ele pensa utilizar para recolher a informação junto dos participantes é o mais conveniente para responder às questões de investigação” (Fortin, 2009a, p. 368).

A nível internacional existe um considerável número de instrumentos que visam a caracterização da cultura de segurança do doente nas instituições de saúde, contudo muitos deles carecem de tradução, adaptação cultural e validação para a realidade portuguesa. Segundo a *European Society for Quality in Healthcare* (2010), são sugeridos 19 instrumentos validados para a avaliação da cultura de segurança do doente, 4 dos quais foram relatados em uso pelos estados membros da União Europeia, sendo que 3 deles são os mais utilizados, a saber: o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC), o *Manchester Patient Safety Assessment Framework* e o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ).

Apesar da existência de um instrumento específico para o contexto da investigação, designadamente o SAQ – *Operating Room*, traduzido e validado para o BO nos hospitais portugueses (Pinheiro, 2013), observámos que o mesmo apresenta um número reduzido de dimensões comparativamente a outros. Relativamente à consistência interna de 3/6 das suas dimensões, apresentam um *alpha de Cronbach* baixo, a saber: *Perceção sobre os órgãos de gestão* (0,34), *Trabalho em equipa* (0,47) e *Condições de trabalho* (0,50). Na análise da versão portuguesa do SAQ – *Operating Room* suscitaram-se dúvidas de contextualização e adaptação cultural de alguns termos, sendo que Hernández Sampieri, Hernández Collado e Batista Lucio (2013, p. 223-224) defendem que “é importante verificar que os termos principais tenham referentes com o mesmo significado – ou algum bem parecido – na cultura em que esse instrumento será utilizado (vincular termos entre a cultura de origem e a cultura final)”. A adaptação cultural do instrumento de colheita de

dados possibilita a maximização da “obtenção semântica, idiomática, equivalência experimental e conceitual entre a fonte e o questionário alvo” (Saraiva e Almeida, 2018, p. 8).

Face a estas contingências, optámos pelo HSPSC pois avalia um número maior de dimensões quanto à cultura de segurança do doente (Eiras, 2011; *European Society for Quality in Healthcare*, 2010; Colla, 2005). Este constructo foi desenvolvido e supervisionado pela AHRQ e encontra-se testado, implementado e revisto nos EUA desde 2004. Para a sua construção, os seus precursores recorreram a ferramentas de avaliação da cultura de segurança existentes, à pesquisa da literatura referente à segurança, segurança do doente, erros e acidentes e relatórios de erros e a entrevistas a funcionários e administradores hospitalares (Sorra *et al.*, 2014). É um instrumento que foi desenvolvido de forma suficientemente genérica para ser aplicado na generalidade dos serviços/unidades hospitalares, e é dotado de um grande potencial para identificar os constrangimentos que orientem o investimento contínuo na segurança do doente. Nele estão incluídos os fatores determinantes para a caracterização da cultura de segurança do doente.

Segundo Sorra *et al.* (2016) e a DGS (2015b), a aplicação deste instrumento torna possível:

- A consciencialização dos profissionais sobre a segurança do doente;
- Avaliar o *status* atual da cultura de segurança do doente;
- Identificar pontos fortes e áreas para melhoria da cultura de segurança do doente;
- Avaliar as tendências na mudança da cultura de segurança do doente ao longo do tempo;
- Avaliar o impacto na cultura das iniciativas e intervenções adotadas;
- Avaliar o efeito das iniciativas de melhoria da segurança, ao longo do tempo;
- Efetuar *benchmarking* entre serviços do mesmo hospital e entre hospitais.

A versão original foi traduzida, adaptada culturalmente e validada para Português de Portugal (Eiras *et al.*, 2013; Eiras, 2011), tendo sido autorizada a sua aplicação pela autora (Apêndice I). Para além da versão original, existem 32 versões traduzidas e é utilizado em 71 países (Portugal. DGS, 2018).

### **Dimensões do HSPSC**

Este instrumento foi elaborado para fazer a análise da perceção que os profissionais de saúde têm acerca da cultura de segurança do doente. A sua estrutura inclui 42 itens que constituem 12 dimensões e duas variáveis de resultado de item único (Sorra *et al.*, 2014; Eiras, 2011; *European Society for Quality in Healthcare*, 2010) (Apêndice II). A definição

de cada uma destas dimensões doravante descritas ajudam a melhor compreender a avaliação da cultura de segurança do doente (Famolaro *et al.*, 2018; Sorra *et al.*, 2014; Eiras, 2011; Sorra e Dyer, 2010):

1. Trabalho em equipa dentro das unidades: define se os funcionários se apoiam mutuamente, se se tratam com respeito e se trabalham juntos como uma equipa.  
4 Itens: A1, A3, A4 e A11
2. Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente: avalia se os órgãos de supervisão/gestão consideram as sugestões dos seus colaboradores para melhorar a segurança do doente, reconhecendo a sua participação nas iniciativas de melhoria da segurança do doente.  
4 Itens: B1, B2, B3R e B4R
3. Aprendizagem organizacional – melhoria contínua: avalia a cultura de aprendizagem a partir dos erros que levam a mudanças positivas, sendo avaliadas com o objetivo de ganhos efetivos.  
3 Itens: A6, A9 e A13
4. Apoio da gestão hospitalar para segurança do doente: avalia se os órgãos de gestão/administração do hospital propiciam um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente, classificando-a como prioritária.  
3 Itens: F1, F8 e F9R
5. Perceção geral da segurança do doente: avalia os sistemas e procedimentos existentes na organização de saúde para evitar a ocorrência de erros, bem como a ausência de problemas de segurança do doente.  
4 Itens: A10R, A15, A17R e A18
6. Comunicação e *feedback* acerca do erro: avalia a perceção que os colaboradores têm sobre a notificação do erro na instituição, das mudanças implementadas, discutindo abertamente estratégias para prevenção do erro.  
3 Itens: C1, C3 e C5
7. Abertura da comunicação: avalia se os colaboradores da instituição conversam livremente sobre os erros que afetam a segurança do doente e a liberdade que eles têm para questionar aqueles que detêm maior autoridade.  
3 Itens: C2, C4 e C6R
8. Frequência da notificação de eventos/ocorrências: avalia a notificação de: 1 – erros identificados e corrigidos antes de afetarem o doente; 2 – erros sem potencial para causar dano; 3 – erros que podiam causar danos ao doente, mas não se sucederam.  
3 Itens: D1, D2 e D3



9. Trabalho em equipa entre as unidades: avalia se as unidades da instituição cooperam e coordenam-se entre si, promovendo um cuidado de qualidade.  
4 Itens: F2R, F4, F6R e F10
10. Dotação de profissionais: avalia se os colaboradores são capazes de lidar com a sua carga de trabalho e se existe número de profissionais suficiente para dar resposta ao trabalho com qualidade.  
4 Itens: A2, A5R, A7R, A14R
11. Transições: avalia se a informação relativa aos cuidados de saúde prestados é transferida nas passagens de turno ou aquando a transferência entre serviços/unidades.  
4 Itens: F3R, F5R, F7R e F11R
12. Resposta não punitiva ao erro: avalia a perceção que os colaboradores sentem em relação aos erros que cometem (se são usados contra os próprios e se não são guardados no seu processo individual).  
3 Itens: A8R, A12R e A16R

Os itens colocados pela negativa, foram assinalados com a letra R e implicaram a sua recodificação.

Segundo Eiras (2011), o HSPSC foi desenhado para avaliar dimensões ao nível do serviço/unidade (1, 2, 3, 6, 7, 10 e 12), ao nível do hospital (4, 9 e 11) e variáveis de resultado (5, 8, número de eventos/ocorrências notificadas e avaliação geral da segurança do doente).

O questionário (Apêndice II) foi organizado em duas partes. Na primeira parte, as questões destinaram-se a caracterizar a cultura de segurança do doente e as suas respostas enquadram-se numa escala de *Likert* de cinco pontos (Secções A, B e F), tipo *Likert* de cinco pontos (secções C, D e E) e resposta múltipla (secção G). A segunda parte (secção H) foi destinada à caracterização sociodemográfica e socioprofissional da amostra.

Consciente das diferenças nos sistemas de saúde e culturas dos países onde se aplicou o instrumento, de uma forma muito simplista, é feita uma comparação dos valores de *alpha* de *Cronbach* de alguns estudos publicados (Tabela 1). Verificámos que os valores obtidos são sobreponíveis, em muitas das suas dimensões, aos valores apresentados nos vários estudos, inclusive no pioneiro estudo levado a cabo por Sorra e Nieva (2004).

**Nota:** No Apêndice III encontra-se uma tabela onde pode ser consultada a correspondência dos códigos dos itens do questionário.

No que se refere ao presente estudo, as dimensões de *Trabalho em equipa dentro das unidades* e *Frequência da notificação*, foram aquelas que apresentaram valores mais elevados de consistência interna (0,81 e 0,91, respetivamente). Por oposição, a dimensão *Dotação de profissionais* indicou o valor de menor consistência interna (0,39), tornando esta dimensão inaceitável para a análise. Este valor poder-se-á dever à consequência dos cortes financeiros feitos em época de austeridade, em matéria de recursos humanos, cujos efeitos ainda se fazem notar através de um subfinanciamento do SNS. Este valor pode também ser influenciado pela correlação entre variáveis, pelo número de itens e pelo efeito de cada variável na consistência interna da dimensão (Pestana, 2014). Deste modo, procedemos à exclusão do item *A7R – Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável*, resultando na subida do *alpha* da respetiva dimensão para 0,51. Apesar da dimensão *Resposta ao erro não punitiva* ter um valor de 0,58, o mesmo é sobreponível ao estudo conduzido por Eiras (2011) numa realidade e cultura homólogas, motivo pelo qual se optou por manter o número de itens. As restantes dimensões apresentaram valores entre 0,66 e 0,79, sendo aceitáveis.

Desta feita, face à remoção do item supracitado, o valor *alpha* de *Cronbach* da escala global foi de 0,935, superior ao estudo conduzido por Eiras (2011).

Tabela 1 - Benchmarking do *alpha* de *Cronbach* nas 12 dimensões

Dimensões	USA	ES	UK	SWI	PT	Este estudo
	2004	2008	2010	2010	2011	
1 Trabalho em equipa dentro das unidades	0,83	0,82	0,73	0,75	0,74	<b>0,81</b>
2 Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a SD	0,75	0,84	0,68	0,79	0,71	<b>0,77</b>
3 Apoio à SD pela gestão	0,83	0,81	0,69	0,83	0,77	<b>0,66</b>
4 Aprendizagem organizacional- melhoria continua	0,76	0,68	0,66	0,68	0,72	<b>0,79</b>
5 Perceções gerias sobre a SD	0,74	0,65	0,67	0,76	0,62	<b>0,73</b>
6 Comunicação e <i>feedback</i> acerca do erro	0,78	0,73	0,80	0,78	0,76	<b>0,71</b>
7 Abertura na comunicação	0,72	0,66	0,67	0,64	0,66	<b>0,78</b>
8 Frequência da notificação	0,84	0,88	0,83	0,70	0,90	<b>0,91</b>
9 Trabalho entre unidades	0,80	0,73	0,70	0,77	0,69	<b>0,74</b>
10 Dotação de profissionais	0,63	0,64	0,58	0,65	0,48	<b>0,51</b>
11 Transições	0,80	0,74	0,77	0,72	0,72	<b>0,69</b>
12 Resposta ao erro não punitiva	0,79	0,65	0,65	0,70	0,56	<b>0,58</b>

Fonte: Adaptado de Eiras (2011, p. 182)

## Análise e interpretação dos resultados do HSPSC

Para a análise e interpretação dos resultados seguimos a metodologia proposta AHRQ (Sorra *et al.*, 2018), através da qual as pontuações foram apresentadas numa escala de orientação positiva de 1 (*discordo fortemente/nunca*) a 5 (*concordo fortemente/sempre*). Assim, a avaliação da cultura de segurança do doente foi feita calculando a percentagem de respostas positivas nos itens que constituem cada dimensão, associando os valores

extremos positivos (4 e 5) e os valores extremos negativos (1 e 2) no caso dos itens colocados na negativa.

Para a interpretação dos resultados considerámos o *cut off* apresentado por Eiras (2011). Assim, para as dimensões cujas respostas positivas apresentaram um valor acima de 75% foram consideradas como muito fortes, contrariamente aos valores abaixo de 50% que foram indicativos da existência de áreas problemáticas. Para a análise dos resultados neutros foram consideradas percentagens acima dos 30% e, finalmente, para os valores negativos percentagens superiores a 25%.

Relativamente ao *cut off* das variáveis de resultado de item único seguimos a metodologia proposta pela AHRQ (Famolaro *et al.*, 2018). Assim, na variável *Avaliação geral da segurança do doente* foram consideradas positivas as respostas *Excelente* e *Muito Bom* e na variável *Número de relatórios de eventos/ocorrências notificados* foi considerada uma resposta positiva sempre que a resposta tenha sido diferente de *Nenhum*.

### **Procedimentos de colheita de dados**

Para concretizar a colheita de dados foram efetuadas as diligências inerentes ao processo de investigação. Foi submetido o pedido para a realização do estudo à Comissão de Ética para a Saúde (CES) conforme circular normativa da instituição. Para isso, foi dada anuência das hierarquias intermédias, designadamente da Direção de Anestesiologia (Apêndice IV), do BO (Apêndice V) e da Cirurgia (Apêndice VI), viabilizando o parecer favorável da CES (Anexo I).

Face à condicionante já ostentada que evidenciou fragilidades da consistência interna do primeiro instrumento de colheita de dados, foi realizada uma adenda ao processo inicialmente submetido, na qual foi solicitada a alteração do questionário.

A estratégia utilizada para distribuição do questionário foi o envio, por e-mail, do link gerado pela plataforma de construção de questionários online – [Google Formulários®](#), garantindo confidencialidade, rapidez no envio, processamento e codificação das respostas (Hernández Sampieri, Hernández Collado e Batista Lucio, 2013). Foi efetuado um pré-teste a 5 profissionais (3 enfermeiros e 2 médicos) que não fizeram parte da amostra que se pretendeu estudar, pedindo-lhes um *feedback* acerca da forma como estava construído, clareza e compreensão das perguntas. Decorrente deste processo, foram feitas as seguintes alterações: subdivisão das secções do questionário (menos perguntas por página) e retificação das hiperligações que davam acesso às perguntas exclusivas de cada grupo profissional.

A difusão do questionário foi precedida de um contato pessoal no qual se explicou a

natureza do estudo, objetivos, de que forma era garantida a confidencialidade dos dados e, simultaneamente, solicitou-se aos interessados a disponibilização do endereço eletrónico salvaguardando o emanado pelo regulamento de proteção de dados. O questionário esteve disponível para resposta a partir do dia 2 de Janeiro de 2019 e durante 51 dias. Com o objetivo de obtermos uma taxa de resposta significativa foram feitos alertas por email (com periodicidade de uma semana) e abordagens pessoais aos elementos da amostra, conforme o estipulado por Cook, Heath e Thompson (*apud* Hernández Sampieri, Hernández Collado e Batista Lucio, 2013).

## 2.5. TRATAMENTO DE DADOS

A análise descritiva dos dados visa descrever as características que compõem a amostra (Hill e Hill, 2009) e dar resposta às questões e objetivos da investigação (Fortin, 2009a).

Os dados que resultam da colheita de dados foram tratados recorrendo a técnicas de estatística descritiva e inferencial conforme a natureza dos dados e os objetivos do estudo.

Neste sentido, foi efetuada análise descritiva (distribuição de frequências, medidas de tendência central, posição e dispersão) conforme as variáveis quanto à escala de medida. Nas variáveis quantitativas recorreremos à média e desvio padrão, mediana, mínimo e máximo.

Para a decisão quanto à utilização de testes paramétricos ou não paramétricos nas variáveis quantitativas, avaliámos os pressupostos. Assim, no que se refere à normalidade de distribuição, assumimos o teorema do limite central quando os grupos foram superiores a 30. Em cenários práticos de análise inferencial, este teorema refere que os testes paramétricos são robustos à violação do pressuposto da normalidade de distribuição quando a amostra tem uma dimensão superior a 25-30 (Marôco, 2014). Na impossibilidade de aplicar este teorema, recorreremos ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* para amostras superiores a 30, e ao teste de *Shapiro-Wilk* para amostras inferiores a 30. Para a avaliação da homogeneidade de variâncias foi aplicado o teste de *Levene*. Quando se verificaram estes dois pressupostos foram usados testes paramétricos, designadamente o Teste *t-Student* para comparação de médias entre dois grupos independentes. Quando se pretendeu avaliar o grau de associação entre duas variáveis quantitativas foi usada a correlação de *Pearson*, uma vez que se observaram os pressupostos para a utilização de testes paramétricos.

Assumimos um nível de significância de 5%.

Para o tratamento estatístico de dados recorreremos ao *SPSS® – Versão 25* para *MacOS X* e *Microsoft Excel® - Versão 16* para o mesmo sistema operativo.

## **CAPÍTULO III - RESULTADOS**

---



No presente capítulo procedemos à apresentação dos resultados segundo os objetivos delineados nas opções metodológicas, tendo como referência as respostas obtidas aos 113 questionários que foram validados e dos quais se obteve o consentimento para o estudo.

Antes de iniciar a sua análise, torna-se pertinente referir que 3 dos inquiridos manifestaram ter respondido a este questionário noutras circunstâncias que não o presente estudo, apesar dos estudos desenvolvidos pela DGS nos últimos anos. Optamos pela não exclusão destes profissionais por serem um grupo residual e por se desconhecer há quanto tempo e em que contexto responderam ao questionário.

Os resultados foram apresentados em tabelas permitindo uma melhor organização da informação.

### **Caraterização sociodemográfica**

A população em estudo é maioritariamente do sexo feminino (53,98%) (Tabela 2).

Se nos reportarmos às habilitações académicas, observámos que 79,64% dos profissionais tem uma licenciatura, 19,47% detém um mestrado e 0,89% progrediu a sua formação pós-graduada para doutoramento. Na análise dos mestrados há que ter em consideração que o atual ciclo de estudos em medicina prevê o mestrado integrado.

A idade variou entre os 26 e os 67 anos, com uma média de  $44,42 \pm 9,401$  anos e uma mediana de 43 anos.

*Tabela 2 - Distribuição dos profissionais conforme características sociodemográficas (n=113)*

<b>Sexo</b>	<b>ni</b>	<b>fi</b>
Feminino	61	53,98
Masculino	52	46,02

<b>Habilitações académicas</b>		
Licenciatura	90	79,64
Mestrado	22	19,47
Doutoramento	1	0,89

	<b>Mínimo-Máximo</b>	<b>Média ± DP</b>	<b>Mediana</b>
<b>Idade</b>	26-67	$44,42 \pm 9,401$	43

## Caraterização socioprofissional

A distribuição da amostra quanto à profissão revelou que os médicos foram a categoria profissional predominante com 61,95% do total de inquiridos (Tabela 3).

A relação jurídica de emprego mais frequente foi o contrato individual de trabalho (CIT) (52,21%). Os trabalhadores com contrato de trabalho em funções públicas (CTFP) representaram 37,17% e 10,62% dos inquiridos referiu trabalhar em regime de prestação de serviços.

Relativamente à acumulação de funções fora da instituição onde decorreu o estudo, observámos que 42,48% da amostra afirmou fazê-lo, ao contrário dos restantes 57,52%. No que se refere à MRA, vulgarmente designada de sistema integrado de gestão de inscritos para cirurgia (SIGIC), a grande maioria (76,99%) referiu trabalhar neste regime.

O tempo de experiência profissional total variou entre os 2 e os 39 anos, com uma média de  $19,38 \pm 9,789$  anos e uma mediana de 19 anos. Se nos reportarmos à experiência profissional no BO em estudo variou entre 1 e 36 anos, com uma média de  $13,87 \pm 10,144$  anos e uma mediana de 11 anos.

Tabela 3 - Distribuição dos profissionais conforme características socioprofissionais (n=113)

Profissão	ni	fi
Enfermeiro	43	38,05
Médico	70	61,95

### Relação jurídica de emprego

CTFP	42	37,17
CIT	59	52,21
Prestação de serviços	12	10,62

### Acumulação de funções

Fora do Hospital	Sim	48	42,48
	Não	65	57,52
Em regime SIGIC	Sim	87	76,99
	Não	26	23,01

Tempo de experiência profissional	Mínimo-Máximo	Média $\pm$ DP	Mediana
Total	2-39	$19,38 \pm 9,789$	19
No BO do hospital selecionado	1-36	$13,87 \pm 10,144$	11



Quando nos reportámos aos 43 enfermeiros que participaram no estudo, 44,19% estavam vocacionados para a área de anestesia e o restante (55,81%) para a área da instrumentação/circulação. A sua grande maioria (83,72%) afirmou praticar um horário rotativo. No que se refere ao título profissional, 18,60% detinham a especialidade (sendo 4 enfermeiros com a especialidade em enfermagem médico-cirúrgica e 2 enfermeiros para cada uma das especialidades de enfermagem comunitária e reabilitação) (Tabela 4).

*Tabela 4 - Distribuição dos enfermeiros conforme características socioprofissionais (n=43)*

<b>Área de competência</b>	<b>ni</b>	<b>fi</b>
Anestesia	19	44,19
Instrumentação/Circulação	24	55,81

<b>Regime de horário praticado</b>		
Rotativo	36	83,72
Fixo	7	16,28

<b>Título de enfermeiro especialista</b>		
Não	35	81,40
Enfermagem Comunitária	2	4,65
Enfermagem Médico-Cirúrgica	4	9,30
Enfermagem de Reabilitação	2	4,65

Relativamente aos 70 médicos, a maioria tinha como área de especialidade a anestesiologia (34,29%), seguido da cirurgia geral (20%) e da ginecologia/obstetrícia (18,57%), sendo a menos representada a estomatologia com 2,86% (Tabela 5).

*Tabela 5 - Distribuição dos médicos conforme especialidade (n=70)*

<b>Especialidade médica</b>	<b>ni</b>	<b>fi</b>
Anestesiologia	24	34,29
Cirurgia Geral	14	20,00
Estomatologia	2	2,86
Ginecologia/Obstetrícia	13	18,57
Ortopedia	9	12,86
Otorrinolaringologia	4	5,71
Urologia	4	5,71

A formação específica na área da segurança do doente foi referida por 4,43% dos inquiridos. O número de horas de formação nos últimos 2 anos variou entre 4 e 12 horas, com média de  $6,8 \pm 3,347$  horas e mediana de 6 horas (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição dos profissionais conforme a formação específica na área de segurança do doente (n=113)

Formação na área de segurança do doente		ni	fi
Sim		5	4,43
Não		108	95,57

Horas de formação na segurança do doente (últimos 2 anos)

	Mínimo-Máximo	Média±DP	Mediana
	4-12	6,8±3,347	6

### Cultura de segurança do doente

Tendo por base a metodologia de tratamento de dados apresentada no capítulo anterior, segue-se a caracterização da cultura de segurança do doente, onde foi analisada a média de percentagens de respostas negativas, neutras e positivas agrupadas pelas dimensões do HSPSC (Tabela 7).

Tabela 7 - Média dos percentuais das dimensões do HSPSC

Dimensão	Negativo (%)	Neutro (%)	Positivo (%)
	Média	Média	Média
1. Trabalho em equipa dentro das unidades	15,27	20,35	64,38
2. Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	26,55	34,07	39,38
3. Aprendizagem organizacional - melhoria contínua	31,86	37,17	30,97
4. Apoio da gestão hospitalar para segurança do doente	39,53	39,53	20,94
5. Perceção geral da segurança do doente	33,63	27,43	38,94
6. Comunicação e <i>feedback</i> acerca do erro	57,82	19,76	22,42
7. Abertura na comunicação	25,37	28,61	46,02
8. Frequência da notificação de eventos/ocorrências	60,47	26,55	12,98
9. Trabalho em equipa entre unidades	27,21	30,53	42,26
10. Dotação de profissionais	58,41	16,52	25,07
11. Transições	22,12	31,64	46,24
12. Resposta não punitiva ao erro	42,77	31,27	25,96
<b>Média Total</b>	<b>34,96</b>	<b>29,57</b>	<b>32,74</b>

Assim, quanto à caracterização da cultura da segurança do doente no serviço selecionado podemos afirmar que a média de respostas negativas se situou nos 34,96%. Com uma percentagem próxima, os profissionais responderam positivamente a 32,74% do total de respostas. Salientámos ainda que houve uma média de 29,57% de respostas neutras.

Tendo por referência os valores de *cut off* constatámos que a dimensão para a qual se obteve uma maior percentagem de respostas positivas foi a dimensão *Trabalho em equipa dentro das unidades* (64,38%), sendo que todas as restantes dimensões apresentaram percentagens de respostas positivas abaixo dos 50%.

Assim, dentro deste grupo e com respostas acima dos 40%, destacaram-se as dimensões *Transições* (46,24%), *Abertura na comunicação* (46,02%) e *Trabalho em equipa entre unidades* (42,26%).

Com valores intermédios encontraram-se as dimensões *Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente* (39,38%), *Perceção geral da segurança do doente* (38,94%), *Aprendizagem organizacional - melhoria contínua* (30,97%), *Resposta não punitiva ao erro* (25,96%), *Dotação de profissionais* (25,07%), *Comunicação e feedback acerca do erro* (22,42%) e *Apoio da gestão da gestão hospitalar para segurança do doente* (20,94%).

Com um valor substancialmente mais baixo salientámos a dimensão *Frequência da notificação de eventos/ocorrências* cuja percentagem de respostas positivas se situou nos 12,98%.

Verificámos uma tendência não desprezível para a ocupação de uma posição de neutralidade em 6 das 12 dimensões, quando consideradas percentagens superiores a 30%. Desta feita, destacaram-se as dimensões *Apoio da gestão hospitalar para segurança do doente* (39,53%), *Aprendizagem organizacional – melhoria contínua* (37,17%), *Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente* (34,07%), *Transições* (31,64%), *Resposta não punitiva ao erro* (31,27%) e *Trabalho em equipa entre unidades* (30,53%).

Num exercício semelhante, se considerarmos as respostas negativas com percentuais acima dos 25%, destacaram-se 10 dimensões. Com valores consideravelmente elevados (acima dos 50%), salientaram-se a *Frequência da notificação de eventos/ocorrências* (60,47%), *Dotação de profissionais* (58,41%) e a *Comunicação e feedback acerca do erro* (57,82%).

Com valores intermédios temos as dimensões *Resposta não punitiva ao erro* (42,77%), *Apoio da gestão da gestão hospitalar para segurança do doente* (39,53%), *Perceção geral da segurança do doente* (33,63%) e *Aprendizagem organizacional - melhoria contínua* (31,86%).

Nas dimensões cujo percentual de respostas negativas se encontrou entre os 25-30%, salientaram-se o *Trabalho em equipa entre unidades* (27,21%), *Expetativas do*

supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente (26,55%) e a Abertura na comunicação (25,37%).

### **Caraterísticas sociodemográficas e cultura de segurança do doente**

Avaliámos a relação das caraterísticas sociodemográficas com a cultura de segurança do doente (através da sua média ponderada), recorrendo a testes de estatística inferencial conforme os objetivos do estudo.

No que concerne à formação académica dicotomizámos a variável em formação graduada (licenciatura) e pós-graduada (mestrado e doutoramento).

Para certificarmos os pressupostos para aplicação dos testes paramétricos, foi verificada a normalidade de distribuição. Assim, para a variável independente do sexo assumimos o teorema do limite central. Para a correlação da idade com a cultura de segurança do doente, não verificámos assimetria e curtose severas. Os seus valores situaram-se abaixo de 3 e 8, respetivamente, conforme o estipulado por Kline (2005). Relativamente à habilitação académica observámos normalidade de distribuição (Apêndice VII). Verificámos também homogeneidade de variâncias em todas as variáveis sociodemográficas (Apêndice VIII).

Estando assegurados os pressupostos e com recurso ao Teste *t-Student* para amostras independentes, avaliámos as diferenças entre os sexos e as habilitações académicas com a cultura de segurança do doente, e a correlação de *Pearson* para avaliar o grau de associação entre a idade e a cultura de segurança do doente.

Da análise, não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, idade e habilitações académicas com a cultura de segurança do doente. (Tabela 8).

*Tabela 8 – Análise das diferenças entre as caraterísticas sociodemográficas e a cultura de segurança do doente (n=113)*

	Análise de diferenças		
	Valor de teste	gl	<i>p-value</i>
Sexo <sup>1</sup>	-1,390	111	0,167
Idade <sup>2</sup>	<i>r</i> = -0,046	-	0,629
Habilitações académicas <sup>1</sup>	-0,923	111	0,358

<sup>1</sup> Teste *t-Student* para duas amostras independentes

<sup>2</sup> Correlação de *Pearson*

## **Caraterísticas socioprofissionais e cultura de segurança do doente**

Para a análise das caraterísticas socioprofissionais com a cultura de segurança do doente, seguimos o mesmo critério.

Desta feita, dicotomizámos o vínculo à instituição constituindo dois grupos: colaboradores internos (CTFP e CIT) e colaboradores externos (prestação de serviços através de recibos verdes).

Para as variáveis profissão e acumulação de funções fora do hospital selecionado assumimos o teorema do limite central. Para a correlação dos anos de experiência e do tempo de experiência no BO selecionado com a cultura de segurança do doente, não se verificou assimetria e curtose severas. Para as restantes, houve normalidade de distribuição (Apêndice VII).

Não verificámos homogeneidade de variâncias na acumulação de funções em regime de produção adicional ( $Levene=5,862$ ;  $Sig=0,017$ ) e na formação específica na área de segurança do doente ( $Levene=5,980$ ;  $Sig=0,016$ ). Para todas as outras este pressuposto foi assegurado (Apêndice VIII).

Garantidos os pressupostos para a utilização de testes paramétricos, aplicámos o Teste *t-Student* para amostras independentes para avaliar as diferenças das variáveis referidas e a correlação de *Pearson* para medir o grau de associação entre variáveis quantitativas.

Se nos reportarmos à análise entre as caraterísticas socioprofissionais e a cultura de segurança do doente, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas variáveis tempo de experiência profissional, tempo de experiência no serviço estudado e na acumulação de funções tanto em regime de produção adicional como fora da instituição (Tabela 9).

Todavia, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o vínculo à instituição, a profissão e a formação em segurança do doente com a cultura de segurança do doente.

Tabela 9 – Análise das diferenças entre as características socioprofissionais e a cultura de segurança do doente (n=113)

	Análise de diferenças		
	Valor de teste	gl	p-value
Vínculo à instituição <sup>1</sup>	-2,034	111	0,044
Tempo de experiência profissional <sup>2</sup>	r = -0,085	-	0,370
Tempo de experiência no BO da instituição <sup>2</sup>	r = -0,089	-	0,349
Produção adicional <sup>1</sup>	-0,120	32,705	0,906
Acumulação noutra instituição <sup>1</sup>	-1,451	111	0,150
Profissão <sup>1</sup>	-3,021	111	0,003
Formação em segurança do doente <sup>1</sup>	-2,520	30,359	0,017

<sup>1</sup> Teste *t-Student* para duas amostras independentes

<sup>2</sup> Correlação de *Pearson*

Neste sentido, os colaboradores internos apresentaram uma perceção da cultura de segurança mais baixa ( $2,9505 \pm 0,04955$ ) quando comparados com os colaboradores externos ( $3,2622 \pm 0,15441$ ).

Quanto à categoria profissional observámos que a média do *score* da cultura de segurança é maior nos médicos ( $3,0930 \pm 0,05895$ ) comparativamente aos enfermeiros ( $2,8054 \pm 0,07441$ ).

Relativamente à relação entre a formação em segurança do doente e a cultura de segurança do doente, observámos que aqueles que investiram nesta área apresentaram uma perceção mais favorável ( $3,1317 \pm 0,03585$ ) que os demais inquiridos ( $2,9767 \pm 0,04997$ ).

Procurámos desagregar os dados procedendo à análise das diferenças entre os enfermeiros de acordo com a área da competência, o regime de horário e o título profissional. Verificámos os pressupostos da normalidade de distribuição para todas as variáveis (Apêndice VII). Quanto à inexistência do título de enfermeiro especialista não observámos nem assimetria nem curtose severas. Verificámos homogeneidade de variâncias nestas variáveis (Apêndice VIII).

Entre o grupo dos enfermeiros não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a área de competência, o regime de horário praticado e a existência ou não de título de enfermeiro especialista com a cultura de segurança do doente (Tabela 10).

Tabela 10 – Análise das diferenças entre as características socioprofissionais dos enfermeiros e a cultura de segurança do doente (n=43)

	Análise de diferenças		
	Valor de teste	gl	p-value
Área de competência <sup>1</sup>	0,251	41	0,803
Regime de horário <sup>1</sup>	-0,882	41	0,383
Título de enfermeiro especialista <sup>1</sup>	-0,665	41	0,510

<sup>1</sup> Teste t-Student para duas amostras independentes

### Profissão e as dimensões da cultura de segurança do doente

Aqui pretendemos aprofundar a análise, avaliando as diferenças entre os grupos profissionais nas várias dimensões da cultura de segurança do doente (através da sua média ponderada).

Portanto e em conformidade com os procedimentos estatísticos anteriores, adotámos o teorema do limite central para a variável da profissão garantindo a validade do pressuposto da normalidade de distribuição. Através da aplicação do teste de *Levene* observámos homogeneidade de variâncias na relação da profissão com todas as dimensões do HSPSC (Apêndice VIII).

Face à observação dos pressupostos para a utilização de testes paramétricos recorremos ao Teste *t-Student* para amostras independentes, para avaliar as diferenças da profissão com as dimensões da cultura de segurança do doente. Da análise (Tabela 11) foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas dimensões *Trabalho em equipa dentro das unidades*, *Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente*, *Aprendizagem organizacional – melhoria contínua*, *Dotação de profissionais e Transições*, nas quais o grupo dos médicos apresentou sempre valores superiores comparativamente ao grupo dos enfermeiros. Mais concretamente e sumariamente, verificámos que:

- *Trabalho em equipa dentro das unidades*: Médicos (3,8357±0,07629) Vs. Enfermeiros (3,2442±0,10670);
- *Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente*: Médicos (3,3536±0,07987) Vs. Enfermeiros (2,7558±0,11897);
- *Aprendizagem organizacional – melhoria contínua*: Médicos (3,0905±0,08277) Vs. Enfermeiros (2,7132±0,11125);
- *Dotação de profissionais*: Médicos (2,6857±0,08630) Vs. Enfermeiros (2,3411±0,10552);
- *Transições*: Médicos (3,3786±0,07991) Vs. Enfermeiros (3,0640±0,09562).

Tabela 11- Análise das diferenças entre a profissão e as dimensões da cultura de segurança do doente (n=113)

	Análise de diferenças		
	Valor de teste	gl	p-value
Trabalho em equipa dentro das unidades <sup>1</sup>	-4,610	111	0,000
Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente <sup>1</sup>	-4,329	111	0,000
Aprendizagem organizacional - melhoria contínua <sup>1</sup>	-2,755	111	0,007
Apoio da gestão hospitalar para segurança do doente <sup>1</sup>	-0,576	111	0,565
Perceção geral da segurança do doente <sup>1</sup>	-1,619	111	0,108
Comunicação e <i>feedback</i> acerca do erro <sup>1</sup>	-0,570	111	0,570
Abertura na comunicação <sup>1</sup>	-1,885	111	0,062
Frequência da notificação de eventos/ocorrências <sup>1</sup>	-0,931	111	0,354
Trabalho em equipa entre unidades <sup>1</sup>	-1,859	111	0,066
Dotação de profissionais <sup>1</sup>	-2,502	111	0,014
Transições <sup>1</sup>	-2,486	111	0,014
Resposta não punitiva ao erro <sup>1</sup>	0,451	111	0,653

<sup>1</sup> Teste t-Student para duas amostras independentes

### Avaliação do grau de segurança e do número de eventos/ocorrências notificadas

Quando solicitado que os inquiridos avaliassem o grau de segurança do doente observámos que 36,3% a consideraram positiva. Todavia, mais de metade dos profissionais (51,3%) adotou uma posição neutra quando respondeu a esta questão (Tabela 12).

Se nos reportarmos ao número de eventos/ocorrências notificadas, constatámos que 68,1% dos profissionais referiu não ter efetuado nenhuma notificação nos últimos 12 meses, enquanto que o restante (31,9%) admitiu tê-lo feito pelo menos uma vez.

Tabela 12 - Distribuição dos profissionais conforme o grau de segurança do doente e eventos/ocorrências registadas (n=113)

Grau de segurança do doente		ni	fi
	Positivo	41	36,3
	Neutro	58	51,3
	Negativo	14	12,4
Eventos/ocorrências registadas		ni	fi
	Positivo	36	31,9
	Negativo	77	68,1



## **CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO**

---



No presente capítulo, será feita uma reflexão sobre alguns aspetos metodológicos considerados relevantes. Posteriormente, discutimos os aspetos que se destacaram do capítulo anterior tendo como base o quadro de referências e os objetivos previamente delineados, pela sequência adotada na apresentação dos resultados.

O facto de ser uma área sensível e altamente diferenciadora da qualidade dos cuidados prestados e cujas recomendações internacionais são fortemente encorajadas, impulsionou a realização desta investigação na esperança de que os mesmos possam orientar a prática clínica no sentido da melhoria continua dos cuidados.

Apesar da segurança do doente ser uma preocupação fundamental de toda a equipa e das organizações de saúde, contrariamente aos estudos multicêntricos desenvolvidos por Famolaro *et al.* (2018), Farup (2015), Marsteller *et al.* (2015); Portugal. DGS (2015b, 2011), Sorra *et al.* (2014), Eiras (2011), Alahmadi (2010) e Sexton *et al.* (2006a), este estudo restringiu-se aos enfermeiros e médicos de um BO. Na área da segurança do doente entendemos que a intervenção dos demais grupos profissionais no serviço estudado não é autónoma nem interdependente, mas delegada, e que no apuramento de responsabilidades esta é partilhada entre enfermeiros e médicos sendo estes os principais agentes nesta matéria. Tanto enfermeiros como médicos, fundamentam as suas ações com base em conhecimentos científicos e técnicos, responsabilizando-se pelas decisões que tomam e pelos atos que praticam ou delegam. Estes dois grupos profissionais têm o dever de excelência na prestação de cuidados em segurança e na promoção de um ambiente seguro, de acordo com as orientações e os referenciais de práticas recomendadas, ao abrigo da Lei n.º 156/2015 e do Regulamento n.º 707/2016, aplicáveis aos enfermeiros e médicos respetivamente.

A adesão do Ministério da Saúde ao estudo da avaliação da cultura de segurança do doente conforme recomendação internacional, teve início em 2011 e desde então de dois em dois anos é caracterizada a cultura de segurança dos doentes em meio hospitalar. Passados 8 anos desde o início do projeto, e apesar do hospital selecionado ter feito parte do estudo piloto da DGS (2011) e dos que se sucederam, seria expectável que um número maior de elementos da amostra (2,66%) tivesse contato prévio com o instrumento de colheita de dados, sugerindo uma fraca cultura de adesão na participação destes estudos.

Apesar do exposto e de uma forma geral, neste estudo verificámos uma elevada adesão na resposta ao questionário (89,68%), superior aos estudos de Farup (2015) e de Wagner *et al.* (2013), possivelmente motivado pelas estratégias de adesão adotadas, principalmente *in loco* com intervenções personalizadas. Particularizando, observámos uma elevada adesão por parte dos médicos (86,4%) contrariamente ao estudo

apresentado por Costa (2014) e Eiras (2011), possivelmente estimulado pela relação de proximidade profissional entre o investigador e este grupo profissional.

### **Caraterização sociodemográfica**

Considerando a caraterização sociodemográfica, a amostra foi constituída por 113 profissionais, com idades compreendidas entre os 26 e os 67 anos e com predomínio do sexo feminino. Este *outlier* da idade poderá estar relacionado com a carência de profissionais de saúde na atual conjuntura, designadamente de anesthesiologistas que podendo estar na idade da reforma optaram por se manter em funções indo de encontro às necessidades do contexto estudado. Historicamente as relações estabelecidas entre a enfermagem e o sexo feminino e da medicina com o sexo masculino, foram um fator de segregação técnica e social durante muitos anos. Atualmente, não se verifica tamanha desproporcionalidade, mas os seus efeitos ainda parecem subsistir designadamente na enfermagem ao mesmo tempo que se assiste a uma mudança na medicina. Neste contexto, a forte componente técnica evidenciada no BO poderá ter influenciado o equilíbrio na distribuição por sexo.

Relativamente à habilitação académica, cerca de 80% dos profissionais referiu deter uma licenciatura. Os restantes prosseguiram para mestrado ou doutoramento. Salvaguardámos o facto de que à luz da legislação em vigor o atual ensino da medicina insere-se no ciclo de estudos integrado conducente ao grau de mestre, ao invés do atual modelo de formação do curso de enfermagem, podendo propiciar uma influência neste resultado.

### **Caraterização socioprofissional**

Se nos reportarmos às caraterísticas socioprofissionais e em linha com a população do contexto estudado, observámos que a profissão predominante foi a dos médicos com cerca de 62%, até porque o estudo abrangeu todas as valências cirúrgicas existentes nesta unidade de saúde, acrescida da valência de anesthesiologia e a taxa de adesão deste grupo foi alta.

A relação jurídica de emprego mais comum, com cerca de 52%, foi o CIT possivelmente motivada pelo facto de o hospital selecionado ser uma Entidade Pública Empresarial, que apesar da sua personalidade ser jurídico-pública, rege-se essencialmente pelo direito laboral privado, implicando que a contratação definitiva de pessoal se faça através desta tipologia de contratos.

Aproximadamente 10% dos profissionais exerce funções em regime de prestação de serviços, cujo número pode ser justificado pela carência de anesthesiologistas no quadro da

instituição, em linha com a realidade nacional (Henriques, 2019), motivando o recurso à contratação externa.

A acumulação de funções, principalmente em regime de produção adicional (SIGIC), é uma característica comum dos profissionais. Este tipo de produção, que procura assegurar o respeito pelo tempo máximo de resposta garantida no acesso do doente à cirurgia, proporciona um incentivo financeiro para os profissionais que o praticam, justificando a sua elevada adesão com cerca de 77% dos profissionais.

A experiência profissional em qualquer contexto de trabalho, fundamentalmente na área da prestação de cuidados de saúde, assume-se como um fator determinante para a mitigação do evento adverso e, conseqüentemente, na segurança do doente. O BO é um local onde os diferentes níveis de proficiência são mais evidentes, fruto da experiência e do saber que cada um desenvolve, influenciando o nível de competência técnica, juízo intuitivo e tomada de decisão nas questões da segurança do doente.

O Modelo Dreyfus de Aquisição de Competências aplicado à Enfermagem descreve as características e comportamentos em cada nível de desenvolvimento de competências, identificando as carências em cada um deles. O conhecimento em enfermagem é construído no contexto das interações entre o enfermeiro e o doente, processo através do qual se vão desenvolvendo os conhecimentos clínicos avançados nos domínios técnico, científico, relacional e ético (Benner, 2001). “Assim, uma assunção importante do modelo de Dreyfus é que, com a experiência e domínio, a competência transforma-se” (*idem*, p. 63). Neste processo de construção de práticas de cuidados a palavra experiência não se refere somente à passagem do tempo, ainda assim vamos considerar, independentemente da categoria profissional e para efeitos do presente estudo, que o nível de perito é atingido com a média de 5 anos de experiência no contexto de trabalho. Assim, a amostra em estudo é constituída por profissionais com uma experiência significativa cuja média é de  $18,38 \pm 9,789$  anos. Se filtrarmos a experiência profissional à experiência no contexto estudado, observa-se uma média de  $13,87 \pm 10,144$  anos, condicente com o nível de perito, apesar da amostra ser pluridisciplinar.

Se nos reportarmos exclusivamente aos enfermeiros, existe um maior número de enfermeiros da área de instrumentação/circulação cujo número por sala operatória é o dobro dos enfermeiros de anestesia ao abrigo do Regulamento n.º 533/2014. Maioritariamente estes profissionais exercem funções em regime de horário rotativo face à dinâmica e orgânica deste BO e cuja necessidade passa por assegurar a sala de urgência em todos os períodos do dia e da semana. Apesar de existirem 8 enfermeiros com o título de enfermeiro especialista (metade deles na área da enfermagem médico-cirúrgica), face

à natureza e diferenciação dos cuidados prestados no BO seria expectável um número superior. O facto de a carreira de enfermagem na categoria de enfermeiro especialista ter sofrido nos últimos anos um revés na diferenciação monetária, com injustiças no acesso e transição à mesma, pode ter influenciado a decisão de os enfermeiros não terem optado pela sua diferenciação académica. Atualmente, o critério para a nomeação em comissão de serviço para enfermeiros em funções de chefia privilegia também a formação na área da gestão ao contrário do passado que exigia “apenas” uma especialidade. Neste contexto, tendo por base o diploma recentemente aprovado pelo Conselho de Ministros (Decreto-Lei n.º 71/2019), o número de especialistas fica aquém dos 25% (número máximo de postos de trabalho correspondentes à categoria de enfermeiro especialista) podendo comprometer a segurança do doente, o desenvolvimento de práticas de qualidade, a gestão e colaboração em programas de melhoria contínua salvaguardados pelo Regulamento n.º 140/2019 que foi deliberado pela OE.

Relativamente à formação na área da segurança do doente, a mesma não parece ser uma prioridade destes profissionais já que nos dois últimos anos houve a frequência de uma média de  $6,8 \pm 3,347$  horas por 5 profissionais. No entanto, faltou esclarecer se as ações de formação foram desenvolvidas dentro ou fora da instituição em estudo, o número de horas de formação promovidas pelo hospital e respetiva adesão por parte dos profissionais. De realçar que o Conselho da União Europeia (2009, p. 10-11) recomenda a promoção, ao nível adequado, de formação contínua multidisciplinar no domínio da segurança do doente oferecendo e difundindo informação sobre “as normas de segurança dos pacientes, os riscos e as medidas de segurança instituídas para reduzir ou prevenir erros e danos, incluindo as boas práticas, e promover a sua participação”. Neste campo, a formação na área da segurança do doente também parece ficar alheia às recomendações da Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde (Despacho n.º 5613/2015 e Despacho n.º 14223/2009) e do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015), onde é destacada a importância da promoção do ensino e da formação de profissionais de saúde nesta área.

### **Cultura de segurança do doente**

A avaliação da cultura de segurança do doente com recurso ao HSPSC, pretende identificar as áreas consideradas como muito fortes quando o percentual de respostas positivas se encontra acima dos 75% e as áreas problemáticas com percentagens de respostas positivas abaixo de 50%. Neste contexto, no presente estudo nenhuma das dimensões foi considerada muito forte.

No entanto, destacámos a dimensão mais forte do estudo – *Trabalho em equipa dentro das unidades*, apresentando um conjunto de respostas positivas que se situou nos 64,38%. Esta dimensão seguiu a tendência dos estudos de Fernandes (2014), Wagner *et al.* (2013), DGS (2011), Eiras (2011) e Fernandes e Queirós (2011) apresentando-se sempre como a dimensão mais positiva. A capacidade não técnica como o trabalho em equipa é vista como essencial para a redução do evento adverso associado à prestação de cuidados no BO (WHO, 2011b, 2010b; Manser, 2009). Este resultado pode ser explicado pelo facto de a natureza intrínseca da prestação de cuidados, neste contexto, exigir a colaboração estrita entre todos os profissionais de forma a dar cumprimento ao procedimento cirúrgico/anestésico e ao programa cirúrgico. Um local de trabalho com elevado espírito de equipa sustenta a eficácia da organização de cuidados de saúde e influencia positivamente a dinâmica da equipa. O espírito de entreajuda é um apoio proactivo, em que é fundamental a capacidade de antecipar e perceber as necessidades dos membros da equipa (Santos *et al.*, 2010). “Uma equipa que trabalha de forma eficaz em conjunto, que utiliza os seus conhecimentos e capacidades em prol do doente cirúrgico, pode evitar um número considerável de complicações potencialmente fatais. No entanto, os elementos da equipa cirúrgica têm tido pouca orientação ou estrutura para promover o trabalho efetivo em equipa e minimizar assim os riscos para a segurança do doente cirúrgico” (WHO, 2010b, p. 5).

Com uma perceção menos positiva temos as restantes dimensões. Em nenhum dos estudos observados se encontrou este número total de áreas problemáticas, indicando uma cultura de segurança crítica com necessidade de intervenção urgente em vários domínios ao nível organizacional e do serviço. Ressalvamos que as diferenças na dimensão da amostra, a experiência anterior na resposta ao questionário e o número de grupos profissionais contemplados no estudo e a sua diferenciação, poderão ter tido influência na diferença com os demais estudos.

No que concerne às *Transições* verificámos uma média de respostas positivas de 46,24%, valor aproximado aos estudos de Famolaro (2018) e Sorra *et al.* (2014), mas aquém dos estudos da DGS (2015b, 2011), Fernandes (2014), Eiras (2011) e Alahmadi (2010). A comunicação de transferência dos cuidados entre unidades ou dentro da unidade, pode não contemplar toda a informação essencial, ser imprecisa ou mal compreendida. Estas lacunas na comunicação podem comprometer a continuidade dos cuidados, o tratamento adequado e possíveis danos ao doente (WHO, 2007). A perceção sobre esta dimensão poder-se-á dever ao facto de, ao nível da qualidade organizacional, não existir um procedimento normalizado na transição de cuidados dentro e entre serviços, à exceção da unidade de cuidados intensivos desta instituição. Não é possível falar-se em qualidade dos

cuidados sem considerar a qualidade da interação e a comunicação entre profissionais de saúde que partilham responsabilidades nos cuidados de saúde (Santos *et al.*, 2010). “A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR” (Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation) (Portugal. DGS, 2017, p. 1). No caso particular da mudança de turno em que a transmissão da informação assume a forma oral, a mesma deve decorrer sem interrupções (*ibidem*) o que, na unidade de recobro, se torna complicado com a admissão constante de doentes. Alertamos para o facto de a esmagadora maioria das prescrições médicas neste serviço assumirem a forma oral o que potencia o erro e promove a omissão/objetividade da informação na transição dos cuidados. Segundo Bagnasco *et al.* (2013), os principais problemas de segurança do doente têm a ver, frequentemente, com padrões de comunicação interna, ou seja, ao usar as ferramentas disponíveis para planear a alta do doente e garantir a objetividade da informação/comunicação. A nível da organização, não foi apurada a existência de auditorias internas que verifiquem a transição segundo a técnica ISBAR, em conformidade com a Norma 001/2017 da DGS.

Na dimensão *Abertura na comunicação*, o percentual de respostas positivas foi de 46,02%, resultado em linha com os estudos de Fernandes (2014) e Gomes (2012), mas abaixo dos estudos de Famolaro (2018), Sorra *et al.* (2014), Wagner (2013), DGS (2015b, 2011), Eiras (2011) e Alahmadi (2010). A comunicação é fundamental para um exercício seguro e eficaz da equipa cirúrgica e os seus profissionais devem zelar por uma comunicação que favoreça o trabalho em equipa e minimize o erro associado aos cuidados de saúde. Por vezes nos serviços mais diferenciados, como este que foi estudado, existem diferenças hierárquicas, relações de poder e conflitos interpessoais que podem influenciar o modo como a comunicação se estabelece (Silva e Rodrigues, 2016; Santos *et al.*, 2010), incorrendo numa comunicação disruptiva. No seio de uma equipa, o silêncio ou o pudor em falar sobre os problemas prejudica a capacidade da equipa corrigir o erro, mudar atitudes/comportamentos, mantendo a qualidade e segurança do doente (Maxfield *et al.*, 2013). Parece-nos consensual que nas equipas de maior dimensão comunicar eficazmente nem sempre é fácil, havendo com frequência divergência de opiniões, cuja resolução passa pelo diálogo entre os intervenientes de forma respeitosa, salvaguardando os superiores interesses do doente. Perante a dificuldade em resolver conflitos, as abordagens mais comuns são a acomodação, a fuga e a triangulação da informação (Johnson e Kimsey, 2012). As barreiras comunicacionais estão identificadas como “facilitadoras de erro, na medida em que o *feedback* a um procedimento incorreto e a proposta de alternativas mais



eficazes não são verbalizados, impedindo uma correção atempada” (Santos *et al.*, 2010, p. 54).

Relativamente ao *Trabalho em equipa entre unidades*, a percentagem de respostas positivas situou-se nos 42,26%, em linha com os estudos desenvolvidos por Fernandes (2014), Gomes (2012) e Eiras (2011), mas abaixo das investigações de Famolaro (2018), Sorra *et al.* (2014), DGS (2011) e Alahmadi (2010). Se é verdade que a união faz a força, também é verdade que há forças que podem criar graves desuniões. O BO é uma unidade que se articula com frequência com os serviços de urgência, cuidados intensivos e intermédios, cirurgia geral, ortopedia, especialidades cirúrgicas, ginecologia, obstetrícia e pediatria. Neste contexto o problema das dotações insuficientes levou-nos a pensar que existe sobrecarga de trabalho e desmotivação dos profissionais, levando a que estes privilegiem a organização do próprio serviço em detrimento da organização e fluidez de trabalho do BO. As transferências entre unidades, altas e admissões aumentam a carga de trabalho de enfermagem, mesmo quando o rácio de doentes por enfermeiro se mantém constante (Pedroja *et al.*, 2014). Para que alguns procedimentos cirúrgicos/anestésicos sejam feitos, há necessidade de a equipa cirúrgica recorrer à colaboração de outros serviços/profissionais, nomeadamente nas áreas de cardiologia, radiologia e neonatologia, o que muitas vezes não se poderá proporcionar de forma célere. Uma investigação conduzida por Kirschaum *et al.* (2012) realizou treino/simulação da comunicação entre obstetras e anestesiólogos, verificando uma melhoria significativa na interação e colaboração entre estes especialistas, favorecendo um ambiente mais favorável para a comunicação adequada e segurança do doente. Faltou-nos apurar a existência de formação/simulação de trabalho em equipa e respetiva adesão.

Na dimensão *Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente*, obtivemos uma percentagem de respostas positivas de 39,38%, consideravelmente abaixo dos estudos de Famolaro (2018), DGS (2015b, 2011), Fernandes (2014), Sorra *et al.* (2014), Wagner (2013), Gomes (2012), Eiras (2011) e Alahmadi (2010). Numa conjuntura de forte pressão por parte das administrações para a obtenção dos resultados e indicadores contratualizados em contrato programa, a liderança intermédia faz passar essa mesma pressão para os seus colaboradores, nem sempre da forma mais assertiva. Os estilos de liderança desempenham um papel fundamental na melhoria da qualidade em saúde (Sfantou *et al.*, 2017) e na promoção do desempenho e segurança da equipa (Künzle, Kolbe, Grote, 2010). O líder tem um papel capital ao “desencadear, reforçar e servir de modelo a uma atitude e comportamentos de valorização da pessoa e de respeito mútuo, facilitando uma comunicação [interdisciplinar] confortável e esbatendo as distâncias geradas pela estrutura hierárquica e de poder. É também

importante que o líder solicite aos membros da equipa informação frequente sobre situações potenciadoras de acontecimentos adversos bem como relatos de situações adversas ocorridas” (Santos *et al.*, 2010, p. 54). Uma liderança competente incentiva à partilha de conhecimento, faz reforço positivo e leva em consideração as opiniões da sua equipa (Leonard e Frankel, 2012). Quando a interação entre a liderança e os colaboradores é relevante, existe um clima comunicacional mais eficaz e um espírito de interajuda que proporcionam um aumento da satisfação no trabalho (Tsai, 2011). A reorganização interna hospitalar e os modelos organizacionais deverão ser orientados por critérios de funcionalidade e desenvolvimento, objetivando a promoção das modalidades de gestão descentralizada e participada. Uma liderança idónea, culta e responsável dinamiza um conjunto de sistemas, procedimentos e comportamentos que visam os objetivos organizacionais de segurança, qualidade de serviço e utilização criteriosa de recursos. Mostra-se necessário romper com o modelo burocrático de gestão para um modelo focado na liderança (Portugal. Ministério da Saúde, 2010).

Se nos reportarmos à *Perceção geral da segurança do doente* verificámos uma vez mais uma baixa percentagem de 38,94%, valor aproximado de Wagner (2013) e Gomes (2012). Todavia, os estudos de Famolaro (2018), DGS (2015b, 2011), Fernandes (2014), Sorra *et al.* (2014), Eiras (2011) e Alahmadi (2010) obtiveram percentagens consideravelmente superiores à encontrada neste estudo. Os trabalhos desenvolvidos por Cho *et al.* (2016) e por Pedroja *et al.* (2014) referem que existe proporcionalidade direta entre a carga de trabalho e os eventos adversos. Apesar de não ser possível prever o evento adverso nos hospitais, podemos aprender mais sobre os seus mecanismos e atuar de forma precoce (Pedroja *et al.*, 2014) O presente estudo vem dar um alerta sobre o risco relacionado com a segurança dos doentes. A multitarefa, as quebras de protocolo, a pressão do tempo e as emergências cirúrgicas são inerentes ao BO e são difíceis de controlar (Steelman e Graling, 2013). As situações de emergência têm um potencial acrescido de evento adverso se a equipa cirúrgica estiver stressada e cansada (*American College of Healthcare Executives*, 2017). Um ambiente de trabalho justo e seguro é uma condição *sine qua non* para um ambiente favorável à prática. “A ausência de adequação entre o trabalho exigido aos enfermeiros e aquele que estes conseguem prestar razoavelmente, ameaça a saúde dos enfermeiros e coloca os doentes em risco. As pressões de tempo, exigências contraditórias, interrupções, défices de aptidões e de conhecimentos e recursos insuficientes ou indisponíveis são exacerbados pelas elevadas cargas laborais” (ICN, 2007, p. 25-26). Fernandes (2014) acrescenta que uma parte significativa dos profissionais admite trabalhar demasiado depressa e sob pressão, tentando fazer muito.

Ao nível da *Aprendizagem organizacional - melhoria contínua*, o presente estudo obteve uma média de 30,97% de respostas positivas, muito aquém dos trabalhos desenvolvidos por Famolaro (2018), DGS (2015b, 2011), Fernandes (2014), Sorra *et al.* (2014), Wagner (2013), Gomes (2012), Eiras (2011) e Alahmadi (2010). O erro é uma característica tipicamente humana, mas a insistência em errar, no entanto, não pode ser um comportamento comum dos profissionais e das organizações. Quando ele inevitavelmente surge, impõe-se a necessidade de refletir sobre as suas causas e torná-lo um fator de crescimento e aprendizagem. Através da identificação da natureza e número de eventos, é possível encetar iniciativas que visem a melhoria contínua dos cuidados (Rafter *et al.*, 2015). Perante um incidente com potencial de gravidade ou evento adverso, as organizações devem identificar as causas e procurar atuar sobre as mesmas, promovendo a aprendizagem e prevenindo a recorrência (Portugal. DGS, 2012).

Relativamente à *Resposta não punitiva ao erro* com 25,96% de respostas positivas, esteve em linha com os estudos de DGS (2015b), Fernandes (2014) e Eiras (2011), mas abaixo das investigações de Famolaro (2018), Sorra *et al.* (2014), Wagner (2013) e DGS (2011). Esta dimensão vai de encontro à maioria das investigações nacionais parecendo indicar que a deficiência de uma cultura justa ainda é algo intrínseco à cultura organizacional portuguesa. Culturalmente fomos educados na premissa de que profissionais qualificados e atentos não cometem erros (Leonard e Frankel, 2012). Uma cultura organizacional aberta e justa assenta no paradigma de que a abordagem do erro não deve ser feita centrada no indivíduo, mas no sistema (Portugal. DGS, 2012; Fragata, 2010a), rompendo com as abordagens punitivas e com sentimento de culpa (*American College of Healthcare Executives*, 2017). A implementação de uma cultura justa bem-sucedida implica a participação de toda a equipa com a criação de oportunidades para os profissionais refletirem e aceitarem a responsabilidade das suas práticas (Duffy, 2017). Em linha com este estudo, o trabalho desenvolvido por Fernandes (2014, p. 337), conclui que a cultura de segurança “é caracterizada pelo paradigma da culpabilização, punição e ocultação do erro, com os enfermeiros convictos que, uma vez notificado um evento, são eles o centro da atenção e não o evento e preocupados que este seja registado no processo pessoal, podendo ser usado contra si”.

A percentagem de respostas positivas na dimensão *Dotação de profissionais* situou-se nos 25,07%, a percentagem mais baixa entre os estudos de Famolaro (2018), DGS (2015b, 2011), Fernandes (2014), Sorra *et al.* (2014), Wagner (2013), Gomes (2012), Eiras (2011) e Alahmadi (2010). Tal como já foi referido, a grave crise económico-financeira levou Portugal a recorrer ao programa de ajuda financeira externa. Este não foi inócuo e implicou uma racionalização dos recursos humanos, cujo efeito ainda hoje se faz notar. Apesar do

esforço da tutela no incremento de mais 6620 profissionais no SNS nos últimos oito anos, dos quais sensivelmente metade são enfermeiros (Portugal. Ministério da Saúde, 2018), este número parece ser insuficiente face às atuais exigências com que as instituições se deparam. Os estudos nacionais de DGS (2015b, 2011), Gomes (2012) e Eiras (2011) datam desse período conturbado que Portugal atravessou, o que pode ter influenciado esta dimensão cujos resultados foram igualmente problemáticos. A necessidade de adequação dos recursos humanos às reais necessidades e exigências do SNS constitui uma das preocupações das administrações, pela sua influência na área da qualidade e da segurança dos doentes (Freitas e Parreira, 2013). Uma dotação de profissionais desajustada à realidade correlaciona-se com piores resultados ao nível da saúde e da segurança dos doentes (Cho *et al.* (2016); Freitas, 2015; Gonçalves, 2015; ICN, 2006). O Regulamento n.º 533/2014 esclarece que quando se fala em dotações adequadas, importa considerar o nível de qualificação e o perfil de competências, aspetos fundamentais para atingir níveis positivos de segurança e qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e organizações.

Ao nível da *Comunicação e feedback acerca do erro* houve uma média de 22,42% de respostas positivas, bastante abaixo dos estudos de Famolaro (2018), DGS (2015b, 2011), Fernandes (2014), Sorra *et al.* (2014), Wagner (2013), Gomes (2012), Eiras (2011) e Alahmadi (2010). A fraca perceção nesta dimensão poder-se-á dever ao facto de no período que antecedeu a recolha de dados, a direção do gabinete de gestão de risco clínico se encontrar demissionária, o que pode ter comprometido o *feedback* das notificações. O estilo de liderança no serviço também pode ter uma forte influência no resultado que ora se discute, na medida em que a origem do erro e as medidas implementadas nem sempre são alvo de uma discussão aberta. A avaliação da eficácia da comunicação em equipas cirúrgicas pode permitir a resolução oportuna de problemas e intervenções potenciais na prestação de cuidados cirúrgicos. As metas para a implementação de *briefings* orientados por listas de verificação facilitam a consciencialização do trabalho em equipa e dos desafios da comunicação interdisciplinar, e introduzem uma ferramenta para melhorar a colaboração no cuidado seguro ao doente (Gillespie *et al.*, 2014; Carney *et al.*, 2010). Existe uma associação significativa entre eventos adversos e *briefings* inadequados (Phadnis e Templeton-Ward, 2018). “O estímulo à melhor prática clínica, pela implementação operacional de estratégias de gestão de risco, deve ser incentivado, como forma de melhorar a qualidade global dos cuidados de saúde e reduzir desperdícios no sistema, causados por eventos adversos evitáveis” (Portugal. DGS, 2013a, p. 3). Os *briefings*, para além de promoverem a coesão da equipa, foram associados a uma maior cultura de segurança, facilitam a comunicação de aspetos críticos (Health Quality and

Safety Commission, 2016) e fomentam uma atmosfera de partilha em que os membros da equipa sentem habilitados a contribuir (WHO, 2010b). Da mesma forma, o *debriefing* dá a oportunidade de a equipa rever aquilo que foi feito, debater sobre eventos críticos que possam ter acontecido no decorrer da cirurgia e programar medidas para o pós-operatório (*ibidem*). O *debriefing* pós-operatório pode ser efetivamente introduzido na sala de cirurgia e melhora a cultura de segurança após a sua implementação. O mesmo revela-se uma ferramenta eficaz para identificar potenciais problemas e eventos adversos num BO (Magill *et al.*, 2017).

Relativamente ao *Apoio da gestão hospitalar para a segurança do doente* observámos uma vez mais uma baixa percentagem de respostas positivas (20,94%). Nesta dimensão, os estudos nacionais (DGS, 2015b, 2011; Fernandes, 2014; Gomes, 2012 e Eiras, 2011) também se depararam com percentagens problemáticas. Reportando-se aos enfermeiros, mas perfeitamente extrapolável para as demais profissões, Fernandes (2014, p. 148) refere que “demonstrar disponibilidade para lidar construtivamente com os problemas dos enfermeiros, revelar políticas de motivação e de compromisso com a enfermagem, valorizar e reconhecer o esforço e desempenho ou promover o seu desenvolvimento pessoal, são exemplo de como o apoio institucional à enfermagem contribui para garantir profissionais mais proactivos relativamente à qualidade e segurança”. O mesmo autor conclui que o apoio institucional é pouco positivo, na medida em que os profissionais não sentem que a organização faça uma gestão construtiva dos seus problemas, nem sentem o mérito reconhecido do seu esforço ou perícia.

Com o valor mais baixo salientámos a *Frequência da notificação de eventos/ocorrências* cuja percentagem de respostas positivas se situou nos 12,98%. À semelhança da dimensão anterior, os estudos nacionais (DGS, 2015b, 2011; Fernandes, 2014; Gomes, 2012 e Eiras, 2011) também se encontraram abaixo da linha vermelha, fazendo transparecer uma vez mais que este aspeto se encontra enraizado nos profissionais e na cultura organizacional dos serviços de saúde portugueses. Neste contexto, e apesar da garantia da confidencialidade e anonimato do notificador e da notificação, a frequência com que é feita parece ficar alheia às recomendações da Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde (Despacho n.º 5613/2015 e Despacho n.º 14223/2009) e do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015). O objetivo da notificação de incidentes não é a reunião de provas que formalizem uma acusação, mas sim fomentar a aprendizagem e disseminação da informação na perspetiva de implementar medidas corretoras sistémicas prevenindo a recorrência do evento (Portugal. DGS, 2013b; Sousa, 2006).

Verificámos uma tendência não desprezível para a ocupação de uma posição de neutralidade em 6 das 12 dimensões, designadamente no *Apoio da gestão hospitalar para segurança do doente*, *Aprendizagem organizacional – melhoria contínua*, *Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente*, *Transições*, *Resposta não punitiva ao erro* e *Trabalho em equipa entre unidades*, parecendo indicar uma postura conservadora por parte dos inquiridos, muito provavelmente pela sensibilidade da área estudada. O facto de o questionário ter sido enviado, quase na totalidade, com respostas obrigatórias e as suas perguntas medirem uma variável “bipolar”, permite que os inquiridos se possam posicionar num ponto neutro, já que não força pela opção de um dos polos (negativo e positivo) (Hill e Hill, 2009).

Salientámos a perceção consideravelmente negativa (respostas negativas acima dos 40%) nas dimensões *Frequência da notificação de eventos/ocorrências*, *Dotação de profissionais*, *Comunicação e feedback acerca do erro* e *Resposta não punitiva ao erro*. Este resultando cruzado com o baixo número de respostas positivas a estas dimensões, intensifica a sua problematização e a necessidade de uma intervenção prioritária com revisão de procedimentos que objetivem a mudança da cultura. Reforçámos uma débil cultura de notificação e *feedback* acerca dos eventos adversos neste serviço, desconhecendo se este comportamento é transversal aos demais serviços hospitalares e quais os motivos da sua fraca adesão. Ainda subsiste a falta de uma cultura justa onde os profissionais são capazes de notificar eventos adversos sem receio de repreensão ou punição, o que poderá desencorajar à adesão da notificação. O resultado negativo da dimensão *Dotação de profissionais*, faz antever uma possível falta de recursos humanos acrescida das exigências das hierarquias intermédias para necessidade de cumprimento do contrato programa.

Para finalizar a análise da cultura de segurança do doente realçamos que os estudos desenvolvidos pela DGS (2015b, 2011), aos quais tivemos acesso, mostram uma degradação na perceção da cultura de segurança transversal a muitas das dimensões do HSPSC, parecendo revelar uma fraca capacidade de resiliência por parte das organizações.

### **Caraterísticas sociodemográficas e cultura de segurança do doente**

Para analisar a relação entre as caraterísticas sociodemográficas e a cultura de segurança do doente recorreremos a testes paramétricos, assegurados que estavam os seus pressupostos, não se observando diferenças estatisticamente significativas com as variáveis do sexo, idade e habilitações académicas. Como limitação à discussão destes resultados, referimos que não foram encontrados muitos estudos que recorressem à

estatística inferencial para verificar a relação entre estas variáveis, apesar de considerarmos essencialmente válido, saber se a maturidade adquirida com a idade e a diferenciação académica se relacionam com a cultura de segurança do doente. Entendemos que estas variáveis favorecem o desenvolvimento de uma visão mais objetiva e mais diferenciada nos contextos de trabalho. Achamos que a diferenciação académica proporciona um desenvolvimento mais sólido e sustentado quando comparado com o desenvolvimento empírico adquirido pela idade.

Assim o presente estudo, em linha com o de Fernandes (2014), não verificou associação entre a idade e a cultura de segurança do doente. Se não for interrompida a atividade, a idade é diretamente proporcional à experiência profissional. Tratando-se de uma unidade cuja média do tempo de experiência no serviço é de  $13,87 \pm 10,144$  anos, preditivo de perícia segundo Benner (2001), faz pressupor que a cultura organizacional, orgânicas funcionais e metodologias de trabalho estejam assimiladas. Assim, as respostas dadas poderão ter sido influenciadas pela cultura organizacional ao invés da prática individual justificando também a ausência de diferenças entre o sexo e a cultura de segurança do doente.

Relativamente à relação da habilitação académica com a cultura de segurança do doente, não foram encontrados estudos que permitissem a discussão. A ausência de diferenças entre estas variáveis poderá estar relacionada com a pouca diferenciação dos conteúdos lecionados na licenciatura e no mestrado, em matéria de segurança do doente. O restante grau académico tem pouca representatividade na amostra.

### **Caraterísticas socioprofissionais e cultura de segurança do doente**

Avaliámos a relação entre as caraterísticas socioprofissionais e a cultura de segurança do doente com recurso a testes paramétricos e constatámos que existiam diferenças estatisticamente significativas entre o vínculo à instituição, a profissão e a formação em segurança do doente com a cultura de segurança do doente. Nas demais variáveis socioprofissionais não se encontraram diferenças estatísticas ou correlações com a cultura de segurança do doente.

Assim, no vínculo contratual observámos médias superiores da cultura de segurança do doente nos colaboradores externos. Julgamos que, o facto de a colaboração externa ser pontual, muitas vezes desfasada no tempo, poderá ter influência na forma como é percebida a cultura de segurança do doente. Também nos parece que a perceção deste conjunto de colaboradores é influenciada pelo número de experiências menos positivas, como comportamentos provocados por situações vivenciadas e ambiente onde estão

inseridos. Ora, se a sua colaboração se faz com pouca frequência, há menor probabilidade destes eventos ocorrerem.

Relativamente à experiência profissional e experiência profissional no contexto estudado considerou-se importante analisar se os profissionais com mais anos de experiência, naturalmente mais capacitados técnica e cientificamente, teriam uma perceção diferente da cultura de segurança do doente. Tal não pareceu que se verificasse, em conformidade com os estudos de Sousa (2013) e Gomes (2012), quando seria de prever uma correlação positiva entre a experiência profissional e a cultura de segurança do doente. Os motivos para os quais não se verificou poderão estar relacionados com a metodologia de análise dos resultados, com a dimensão da amostra e com o facto de as respostas terem sido influenciadas pela cultura organizacional com pouco foco na prática individual. Esta análise poderia ser particularmente útil na definição de estratégias de gestão do risco clínico, na medida em que propicia indicadores que ajudam na formação das equipas em função da experiência profissional.

Se nos remetermos à acumulação de funções, concretamente quando em programa adicional (SIGIC), seria expectável perceber uma cultura de segurança menos positiva por parte de quem a exerce, apesar de não se ter verificado. De outro modo, no regime de produção adicional o cumprimento do plano cirúrgico é que determina o período de trabalho e não a carga horária do turno, o que poderá influenciar o ritmo, a carga de trabalho e as atitudes/comportamentos perante aquelas que são consideradas as boas práticas. Não se encontraram estudos que verificassem a relação entre estas variáveis possivelmente pela sensibilidade do tema com potencial de alarme social.

Procurámos também verificar a relação da profissão com a cultura de segurança do doente, observando-se que a perceção desta é maior nos médicos comparativamente aos enfermeiros. Apesar de existirem dimensões da cultura de segurança ao nível do hospital e ao nível da unidade e que são transversais aos dois grupos profissionais, existem particularidades de algumas dimensões que têm a ver com a natureza singular de cada uma das profissões, organização e dinâmica de trabalho e estilo de liderança designadamente: *Dotação de profissionais, Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente, Trabalho em equipa dentro das unidades, Abertura na comunicação e Resposta não punitiva ao erro*. A investigação levada a cabo por Gomes (2012) não verificou diferenças estatísticas entre a profissão e a cultura de segurança do doente.

Relativamente à formação específica na área de segurança do doente, constatámos que os profissionais que possuem este tipo de formação apresentam melhor perceção da



segurança do doente, ao contrário do estudo de Gomes (2012). A capacitação sobre segurança do doente, através da formação, influencia a forma como os profissionais percebem e agem sobre estas questões porque influencia as suas crenças, valores e comportamentos enquanto prestam cuidados. A sua visão torna-se mais criteriosa e rigorosa na forma como ajuíza o sistema, o serviço e os processos a eles adstritos, ou seja, seria expectável que quanto mais formação tivesse na área de segurança do doente, mais refletida e exigente seria a sua perceção sobre a cultura associada à mesma. Todavia, numa perspetiva oposta, o objetivo da formação é a capacitação de argumentos técnicos e científicos que capacitem o profissional para melhores práticas, influenciando as suas atitudes e comportamentos em prol da qualidade dos cuidados, designadamente, da segurança do doente.

Entre o grupo dos enfermeiros não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis: área de competência, regime de horário praticado e existência ou não de título de enfermeiro especialista com a cultura de segurança do doente. Relativamente à área de competência para a qual os enfermeiros estão vocacionados, seria expectável encontrar diferenças entre os dois grupos até porque os enfermeiros de anestesia têm responsabilidades acrescidas na segurança do doente, porque são os responsáveis pelo preenchimento da LVSC. Em igualdade de circunstâncias, os especialistas através da formação pós-graduada, estão mais capacitados e sensíveis para a natureza das questões da segurança do doente, o que faria supor haver diferenças relativamente aos demais enfermeiros. Esta última análise poderá ser explicada pelo facto de os planos curriculares da formação pós-graduada, designadamente nas unidades curriculares transversais a todas as especialidades, serem omissos ou pouco dirigidos para a área de segurança do doente.

### **Profissão e as dimensões da cultura de segurança do doente**

Quando se pormenorizou a cultura de segurança do doente nas suas dimensões e se verificou a relação das mesmas com o grupo profissional, observámos diferenças estatisticamente significativas (mais positivas para os médicos) nas dimensões *Trabalho em equipa dentro das unidades*, *Expectativas do supervisor/gestor* e *ações que promovam a segurança do doente*, *Aprendizagem organizacional – melhoria contínua*, *Dotação de profissionais* e *Transições*, em linha com resultados já apresentados da relação da variável profissão com a cultura de segurança do doente. A natureza e organização do trabalho intrínseca aos médicos poderá justificar as diferenças encontradas em algumas dimensões como o *Trabalho em equipa dentro das unidades* e as *Transições*. O estilo de liderança afeta as expectativas que se tem do líder, sendo que a tomada de decisão e a influência

na dinâmica de grupo e na administração são diferentes nos dois grupos profissionais e parecem influenciar a dimensão *Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente*. A *Dotação de profissionais* é uma dimensão que afeta de diferente modo os dois grupos profissionais. Na enfermagem a sua carência implica uma sobrecarga de trabalho para os demais colegas com repercussões na qualidade dos cuidados prestados, enquanto que no grupo médico a carência de profissionais, na maior parte das vezes, significa um menor número de procedimentos ou consultas.

Neste contexto, Eiras (2011) verificou também a existência de diferenças significativas entre todas as profissões em 7 dimensões, a saber: *Trabalho em equipa dentro das unidades, Apoio da gestão hospitalar para a segurança do doente, Aprendizagem organizacional – melhoria contínua, Comunicação e feedback acerca do erro, Abertura na comunicação, Frequência da notificação de eventos/ocorrências* e *Transições*. Um outro investigador (Sousa, 2013), encontrou significância estatística em 5 dimensões, designadamente, nas *Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente, Dotação de profissionais, Resposta ao erro não punitiva, Apoio da gestão hospitalar para a segurança do doente* e *Frequência da notificação de eventos/ocorrências*.

Daqui podemos inferir que a maioria das dimensões (excetuando as *Transições*) onde se verificaram diferenças dizem respeito a dimensões ao nível da unidade. Desta forma, se for feita uma intervenção de melhoria focalizada por grupo profissional e se cruzarmos com os resultados da caracterização da cultura de segurança do doente, podemos priorizar as ações a desenvolver. Neste contexto, parece-nos que as ações ao nível da unidade sejam mais fáceis e rápidas de serem implementadas e com maior potencial de melhoria. A necessidade de enfatizar, de modo particular, as dimensões ao nível do serviço, não deve fazer esquecer as dimensões ao nível da organização. Todavia, estas últimas podem implicar intervenções na forma como o sistema está concebido e a sua abordagem passa necessariamente pela constituição de um grupo de trabalho multidisciplinar, processo esse que mais complexo e moroso.

### **Avaliação do grau de segurança e do número de eventos/ocorrências notificadas**

Quando questionados sobre o grau de segurança do doente, embora os profissionais tenham um conhecimento sistémico do sistema, metade deste grupo de profissionais resguardou-se na resposta mais inócua, a de neutralidade. Se compararmos com os resultados da cultura de segurança do doente, verificámos um resultado positivo semelhante, contudo há um aumento das respostas neutras em detrimento das respostas negativas. Neste sentido, a perceção do grau de segurança do doente é mais otimista

quando comparada com a cultura de segurança, possivelmente porque avalia uma variável apenas ao invés de 42 variáveis. Continua-se a assistir a uma tendência de reserva quanto à assunção de uma resposta para um dos polos, eventualmente pela inexperiência na resposta ao questionário ou pela sensibilidade do tema.

Se nos reportarmos à subnotificação do número de eventos/ocorrências nos últimos 12 meses e a cruzarmos com a dimensão mais problemática desta caracterização (Frequência da notificação de eventos/ocorrências), conseguimos melhor entender a natureza do problema, uma vez que sensivelmente 32% dos profissionais afirmou ter feito pelo menos uma ocorrência. Uma vez mais é demonstrada a falta de cultura de notificação de eventos adversos, cuja causa pode ser multifatorial (falta de *feedback* da notificação, medidas corretoras e preventivas efetivamente adotadas, receio de repreensão ou punição com o reporte e conseqüente abertura de processo disciplinar, marginalização dos colegas por denunciar situações que lhes dizem respeito, falta de incentivo dos líderes das equipas, falta de formação acerca do preenchimento do formulário eletrónico). Faltou apurar se os profissionais têm conhecimento da existência de um sistema nacional de notificação de incidentes e/ou da plataforma interna de gestão de incidentes e qual a experiência (se existente) no seu registo nas diferentes plataformas e respetivo *feedback*.

### **Limitações do estudo**

Como limitações salientámos o facto de o questionário ter sido enviado, quase na totalidade, com respostas obrigatórias a perguntas que medem uma variável “bipolar”, permitindo que os profissionais se possam posicionar num ponto neutro, já que não força pela opção de um dos polos (negativo e positivo) (Hill e Hill, 2009). Poder-se-ia considerar a alteração das opções de resposta às variáveis em questão, reescrevendo de uma forma não neutra.

O facto de a seleção da amostra ser não probabilística limita na extrapolação dos resultados e conclusões, não podendo ser generalizados com confiança para a população.

Outra das limitações assenta no facto de algumas das dimensões apresentarem um *alpha* de *Cronbach* baixo, ainda que aceitável, o que pode influenciar a fiabilidade dos dados.

A análise e discussão dos resultados que caracterizam a cultura de segurança podia passar pelo cenário de extremar e dicotomizar as respostas positivas e negativas, dividindo os valores neutros em partes iguais, exercício que Eiras (2011) hipoteticamente considerou no seu estudo, mas que não foi contemplado neste que ora se apresenta.

Por último referimos o facto de três dos inquiridos já terem apresentado uma experiência prévia no preenchimento do questionário, tendo sido englobados no estudo por ser um grupo residual e se desconhecer há quanto tempo responderam ao questionário.

**CONCLUSÕES**

---



Em Portugal, a investigação sobre os efeitos adversos e as reais consequências para os doentes e para as instituições de saúde, ainda está longe dos estudos apresentados por outros países. Uma esmagadora maioria dos números nacionais são extrapolados de uma realidade e cultura homólogos a Portugal, desconhecendo-se o impacto real na saúde dos portugueses e na “saúde” das contas públicas.

Neste domínio, numa época de rescaldo de uma intervenção económico-financeira internacional, os efeitos dos cortes aplicados no campo da saúde ainda subsistem nas instituições de saúde e o valor das dívidas atrasadas nos hospitais públicos permanece elevado apesar das sucessivas injeções de capital. Apesar do esforço da tutela da saúde na contratação de mais 6620 profissionais no SNS nos últimos oito anos, metade dos quais enfermeiros, este número fica aquém das reais necessidades das organizações. As Ordens profissionais na área da saúde, criadas com o objetivo da defesa e salvaguarda do direito público e dos direitos fundamentais dos cidadãos, têm alertado para a degradação paulatina das condições de trabalho dos profissionais, com consequências preocupantes para a qualidade e segurança dos doentes.

Muito embora, os estudos sobre a cultura de segurança do doente já se façam em maior número e algumas das recomendações nacionais e internacionais já estejam a ser implementadas, verificámos que a perceção que os profissionais de saúde têm acerca da cultura de segurança do doente ainda se encontra longe do desejável, sendo que esta investigação vem comprová-lo. Sobre esta matéria, e apesar da caracterização da cultura de segurança do doente nos hospitais se ter iniciado há 8 anos através do Departamento de Qualidade da DGS, em boa verdade, os resultados dos estudos a que tivemos acesso revelam uma deterioração da cultura de segurança hospitalar preditivo de uma fraca capacidade de resiliência das organizações.

O doente juntamente com os profissionais de saúde são os principais agentes na cultura de segurança do doente, havendo a necessidade de uma mudança na cultura organizacional que envolva e responsabilize estes intervenientes no sentido de serem identificados os focos potenciais de eventos adversos, promovendo a aprendizagem e a melhoria contínua. Através da sua experiência de campo, a força de trabalho nos serviços é a primeira a identificar as situações potenciadoras de dano, motivo pelo qual se deverá dar oportunidade de falar abertamente sobre o assunto, num ambiente não punitivo e salutar.

As limitações dos recursos disponíveis condicionam as opções e estratégias das instituições para efetivar uma mudança assertiva da cultura de segurança dos doentes. Não obstante, a hierarquização da importância das áreas problemáticas e a facilidade com

que as mesmas podem ser resolvidas, devem ser consideradas pelas administrações. Procurar alterar comportamentos e atitudes numa dimensão organizacional, não implica o mesmo esforço se esta mudança for ao nível do serviço ou dos profissionais. Há que decidir com bom senso, fundamentação e com alguma ousadia a forma como se pensa, operacionaliza e se avalia as intervenções tomadas, em prol do doente, dos profissionais e das instituições. A disseminação de boas práticas e uma atitude mais pró-ativa permite encontrar respostas aos problemas de menor dimensão, mas que interferem com a segurança do doente. As demais dificuldades, cuja dimensão extravasa o âmbito da intervenção *in situ*, implica uma intervenção de um amplo conjunto de atores e parcerias, com análise pluridisciplinar fundamentada na investigação e na prática clínica.

Da análise efetuada neste estudo, verificámos que o seu ponto forte foi o *Trabalho em equipa dentro das unidades*, ainda que com grande potencial de melhoria. As restantes 11 dimensões apresentaram-se como problemáticas, destacando-se a criticidade da *Frequência da notificação de eventos/ocorrências*, do *Apoio da gestão hospitalar para a segurança do doente*, da *Comunicação e feedback acerca do erro*, da *Dotação de profissionais* e da *Resposta não punitiva ao erro*.

Desta investigação salientamos a falta de cultura de notificação de situações com potencial de dano, mecanismos de *feedback* ineficazes, lacuna nas competências a nível comunicacional, dotação de profissionais desadequada e elevada carga de trabalho, apoio institucional aos profissionais e liderança débeis, paradigma de culpabilização e receio perante o erro, inexistência de um procedimento padronizado de transferência de cuidados e falta de oportunidade para discutir sobre os aspetos a melhorar na área de segurança do doente.

O tipo de vínculo ao hospital diferencia a cultura de segurança do doente. Os colaboradores externos, em regime de prestação de serviços, têm melhor perceção da mesma.

A profissão também determina a cultura de segurança do doente. Os médicos entendem que a segurança do doente está melhor assegurada comparativamente aos enfermeiros. Se particularizarmos, esta diferença é mais significativa nas dimensões *Trabalho em equipa dentro das unidades*, *Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente*, *Aprendizagem organizacional – melhoria contínua*, *Dotação de profissionais* e *Transições*.

A existência de formação na área da segurança do doente influencia positivamente a forma como se percebe a cultura de segurança do doente.

Esta investigação fez-nos considerar que a cultura de segurança do doente não é assumida pelos profissionais e pelas organizações como uma prioridade *major*. Em simultâneo,



achamos que a cultura de segurança do doente analisada é produto de uma fragilidade da cultura organizacional portuguesa ao nível dos serviços de saúde.

Os níveis de complexidade dos cuidados, os sistemas imperfeitamente concebidos e conectados, propiciam a acumulação de fatores latentes difíceis de serem percebidos. A caracterização da cultura de segurança, a revisão do sistema e dos seus processos, bem como a identificação da causa e natureza subjacente aos eventos adversos, permitem desenhar um plano de melhoria que passa pelo envolvimento dos vários níveis da hierarquia e dos vários grupos profissionais.

Existem um conjunto de matérias e estratégias sobre as quais pensamos poder contribuir para a melhoria da cultura de segurança do doente nesta unidade/instituição. Assim, na perspetiva da melhoria da cultura de segurança do doente ao nível da unidade sugerimos a difusão dos indicadores de qualidade e de segurança do doente; a adoção de uma técnica padronizada de transferência de cuidados; a promoção a nível adequado de formação multidisciplinar sobre segurança do doente (idealmente com recurso à simulação); a promoção da comunicação e trabalho em equipa através de técnicas de *briefing* e *defriefing*; divulgação das orientações e/ou normas relativas à segurança do doente e/ou boas práticas; divulgação de um relatório mensal dos eventos adversos mais notificados e medidas de intervenção preconizadas.

Ao nível organizacional sugerimos a admissão de mais profissionais; atribuição de mérito aos profissionais competentes e briosos que se preocupam com a segurança dos cuidados; promoção de uma prática ativa de notificação, fomentando um ambiente de cultura organizacional justa (não punitiva e com ênfase no sistema); desenvolvimento de iniciativas de capacitação do doente, difundindo sobre as normas de segurança, riscos a que estão submetidos e direito a um consentimento informado; melhoramento da política de *feedback* associada ao evento adverso.

Esta investigação nasce de um estudo descritivo-correlacional e transversal, podendo ser o ponto de partida para um estudo longitudinal de investigação-ação. Neste contexto, poder-se-á avaliar a evolução do objeto de intervenção - cultura de segurança do doente, possibilitando a melhoria dos processos e a sua compreensão, através de ciclos sucessivos de planeamento, ação, observação e reflexão.

É justo hoje reconhecer que a investigação científica em enfermagem está a assumir um paradigma diferente, muito embora à custa da formação pós-graduada. Este é o caminho certo para a sua afirmação e reconhecimento sociais e como profissão no seio da comunidade científica. O que vemos depende, em grande parte, do que procurámos. Neste sentido, o presente estudo evidenciou uma cultura de segurança do doente com

necessidade de intervenção em vários domínios e que ilustra a necessidade de colaboração acrescida entre profissionais de saúde e administrações, almejando a melhoria contínua e segura das práticas de cuidados através da modificação dos processos, da estrutura e dos resultados do sistema. A mais valia desta investigação passa pela sua divulgação com conhecimento da administração, líderes intermédios e profissionais do serviço, no sentido de os envolver num processo de melhoria contínua de práticas seguras para, posteriormente, avaliar o impacto das intervenções implementadas.

O objetivo de uma qualquer organização com sucesso é ser capaz de se adaptar, aprender e ser flexível, conceitos vitais para a construção e desenvolvimento da resiliência. Estamos conscientes de que para a mudança da cultura de segurança do doente ser uma realidade, temos de considerar o doente e os profissionais de saúde no centro do sistema como uma prioridade.

*“A qualidade não é um acidente, é sempre o resultado de um esforço inteligente”*

(John Rusk)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---



ABREU, Cidalina – O Erro Humano... In RODRIGUES, Manuel; BENTO, Maria - **Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje: 100 anos**. Coimbra. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Unidade de Investigação, 2012. ISBN:978-989-97031-0-0

AESOP – Reconhecimento da individualização da especialidade clínica em Enfermagem Perioperatória. **AESOP Revista**. Lisboa. ISSN 0874-8128. Vol. XIV, n.º 39 (Outubro de 2015), p. 4-9

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY – **Making health care safer II: An updated critical analysis of the evidence for patient safety practices – Evidence Report/Techology Assessment Number 21**. [Em linha]. Rockville, MD: AHRQ, 2013. [Consultado em 28 Nov. 2018]. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/n/erta211/pdf/>

AGENCY FOR HEALTH CARE RESEARCH AND QUALITY. Patient safety network – Culture of safety. “**AHRQ**”. [Em linha]. (Jan. 2019). [Consultado em 2 Fev. 2019]. Disponível em <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/5/Culture-of-Safety>

ÁGUAS, Ricardo; ARAÚJO, Clara; SOARES, Salete – Questionário de atitudes de segurança – versão cuidados intensivos: adaptação e validação para a população portuguesa. **Revista de Enfermagem Referência**. [Em linha]. Série IV:15 (Out., Nov., Dez. 2017) 101-108. [Consultado em 29 Dez. 2018]. Disponível em <https://doi.org/10.12707/RIV17041>

ALAHMADI, Hanan – Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. **BMJ Quality and Safety**. [Em linha]. 19:5 (Out. 2010). [Consultado em 21 Jun. 2019]. Disponível em <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.033258>

AMERICAN COLLEGE OF HEALTHCARE EXECUTIVES – **Leading a culture of safety: a blueprint for success**. [Em linha]. Chicago: ACHE, 2017. [Consultado em 16 Nov. 2017]. Disponível em [https://www.osha.gov/shpguidelines/docs/Leading\\_a\\_Culture\\_of\\_Safety-A\\_Blueprint\\_for\\_Success.pdf](https://www.osha.gov/shpguidelines/docs/Leading_a_Culture_of_Safety-A_Blueprint_for_Success.pdf)

ANDERSON, James; ABRAHAMSON, Kathleen – Your health care may kill you: medical errors. In LAU, Francis *et al.* - **Building capacity for health informatics in the future**. Amsterdam: IOS Press, 2017. ISBN 978-1-61499-741-2. p. 13-17

BAGNASCO, Annamaria *et al.* – Identifying and correcting communication failures among health professionals working in the emergency department. **International Emergency Nursing**. [Em linha]. 21:3 (Julho 2013) 168-172. [Consultado em 27 Out. 2018]. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2012.07.005>

BARKER, Linsey; NUSSBAUM, Maury – Fatigue, performance and the work environment: a survey of registered nurses. **Journal of Advanced Nursing**. [Em linha]. 67:6 (2011) 1370-1382. [Consultado em 22 Out. 2018]. Disponível em <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05597.x>

BENNER, Patricia – **De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Edição comemorativa. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-97-X

BINGÖL, Dursun; ŞENER, İrge; ÇEVİK, Emin – The effect of organizational culture on organizational image and identity: evidence from a pharmaceutical company. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**. [Em linha]. 99 (2013) 222-229. [Consultado em 16 Nov. 2018]. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.10.489>

BODUR, Said; FILIZ, Emel – Validity and reliability of Turkish version of “Hospital Survey on Patient Safety Culture” and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. **BMC Health Services Research**. [Em linha]. 10:28 (2010) 1-9. [Consultado em 27 Out. 2018]. Disponível em <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-28>

BRÁS, Cláudia; FERREIRA, Manuela – A segurança e qualidade dos cuidados: revisão de literatura. **Servir**. ISSN 0871-2379. Vol. 59, n.º 4 (Julho - Agosto 2016), p. 12-16

CABRAL, Richard *et al.* – Use of a surgical safety checklist to improve team communication. **AORN Journal**. [Em linha]. 104:3 (2016) 206-216. [Consultado em 25 Mar. 2019]. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.06.019>

CAMPOS, Alexandra – OCDE chama a atenção para a falta de enfermeiros em Portugal. **“Público”**. [Em linha]. (18 Fev. 2019). [Consultado em 30-06-2019]. Disponível em <https://www.publico.pt/2019/02/18/sociedade/noticia/ocde-chama-atencao-falta-enfermeiros-portugal-1862405>

CANADIAN HEALTH SERVICES RESEARCH FOUNDATION – **Interprofessional Collaborative Teams**. Ontario: Canadian Health Services Research Foundation, 2012. ISBN 978-1-927024-53-9

CARAYON, Pascale; GURSES, Ayse – Nursing workload and patient safety – A human factors Engineering Perspective In HUGHES, R. - **Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses: AHRQ Publication No. 08-0043**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2008.

CARNEY, Brian *et al.* – Differences in nurse and surgeon perceptions of teamwork: implications for use of a briefing checklist in the OR. **AORN Journal**. [Em linha]. 91:6 (Junho 2010) 722-729. [Consultado em 11 Out. 2018]. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2009.11.066>

CHO, Eunhee *et al.* – The relationships of nurse staffing level and work environment with patient adverse events. **Journal of Nursing Scholarship**. [Em linha]. 48:1 (Jan. 2016) 74-82. [Consultado em 12 Out. 2018]. Disponível em <https://doi.org/10.1111/jnu.12183>

COLLA, Judith – Measuring patient safety climate: a review of surveys. **BMJ Quality and Safety**. [Em linha]. 14:5 (Outubro 2005) 364-366. [Consultado em 10 Dez. 2018]. Disponível em <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.014217>

CONKLIN, Annalijn *et al.* – **Improving patient safety in the EU: assessing the expected effects of three policy areas for future action**. [Em linha]. Cambridge: RAND Europe, 2008. [Consultado em 26 Set. 2018]. Disponível em [https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical\\_reports/2008/RAND\\_TR596.pdf](https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2008/RAND_TR596.pdf)

CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA – **Recomendação do conselho sobre segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde**. [Em linha]. Bruxelas: Conselho da União Europeia, 2009. [Consultado em 11 Abr. 2018]. Disponível em [http://ec.europa.eu/health/ph\\_systems/docs/patient\\_rec2009\\_pt.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/patient_rec2009_pt.pdf)

COSTA, Marina – **Cultura de segurança do doente num hospital da região Centro, perceção dos profissionais**. Coimbra: Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, 2014. Dissertação de Mestrado

CRUZ, Sofia; FERREIRA, Maria – Perceção de cultura organizacional e de gestão do conhecimento em hospitais com diferentes modelos de gestão. **Referência**. IV Série, n.º 5 (Abr.- Maio-Jun. 2015), p. 75-83

DECRETO-LEI n.º 71/2019. **DR I Série**. 101 (27/05/2019) 2626-2642

DECRETO-LEI n.º 124/2011. **DR I Série**. 249 (29/12/2011) 5491-5498

DESPACHO n.º 1400-A/2015. **DR II Série**. 28 (10/02/2015) 3882-(2) - 3882-(10)

DESPACHO n.º 3635/2013. **DR II Série**. 47 (07/03/2013) 8528-8529

DESPACHO n.º 5613/2015. **DR II Série**. 102 (27/05/2015) 13550-13553

DESPACHO n.º 14223/2009. **DR II Série**. 120 (24/06/2009) 24667-24669

DEVILLARD, Olivier – **A dinâmica das equipas**. Lisboa: Livraria Bertrand, 2001. ISBN 972-25-1212-9

DIAS, Lúcia – Sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: um modelo construtivo no hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. **Revista Clínica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca**. [Em linha]. 2:1 (2014) 39-40. [Consultado em 09 Out. 2018]. Disponível em <https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/download/73/49>

DUARTE, Ana; MARTINS, Olga – **Enfermagem em bloco operatório**. Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, 2014. ISBN 978-972-757-959-4

DUFFY, William – Improving patient safety by practicing in a just culture. **AORN Journal**. [Em linha]. 106:1 (Jul. 2017) 66-68. [Consultado em 10 Fev. 2019]. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.05.005>

EIRAS, Margarida – **Avaliação da cultura de segurança do doente em meio hospitalar: Investigação ação numa unidade de radioterapia**. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, 2011. Tese de Doutoramento

EIRAS, Margarida *et al.* – The hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals: Instrument validity and reliability. **International Journal Of Health Care Quality Assurance**. [Em linha]. 27:2 (2014) 111-122. [Consultado em 14 Out. 2018]. Disponível em <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-07-2012-0072>

EUROPEAN COMMISSION – Patient safety – Making it happen!: Luxembourg Declaration on patient safety. **Italian Journal of Public Health**. [Em linha]. 2:3-4 (2005) 7-8. [Consultado em 30 Out. 2018]. Disponível em <https://doi.org/10.2427/5955>

EUROPEAN SOCIETY FOR QUALITY IN HEALTHCARE. Office for Quality Indicators – **Use of patient safety culture instruments and recommendations**. Dinamarca: ESQH, 2010. ISBN 978-87-993779-0-9



FAMOLARO, Theresa *et al.* – **Hospital survey on patient safety culture: 2018 User database report**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2018. (AHRQ Publication; 18-0025-EF)

FARUP, Per – Are measurements of patient safety culture and adverse events valid and reliable? Results from a cross sectional study. **BMC Health Services Research**. [Em linha]. 15:186 (2015) 1-7. [Consultado em 21 Nov. 2018]. Disponível em <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0852-x>

FERNANDES, António – **Dotação segura em enfermagem e a cultura de segurança: subsídios para a segurança do doente**. León: Universidade de León, Departamento de Ciências Biomédicas, 2014. Tese de Doutoramento

FERNANDES, António – Segurança do doente: velho desígnio, novos desafios. A mudança de paradigma cultural nas organizações de saúde. In: RODRIGUES, Manuel; BENTO, Maria – **Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje: 100 anos**. Coimbra. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Unidade de Investigação, 2012. ISBN: 978-989-97031-0-0

FERNANDES, António; QUEIRÓS, Paulo – Cultura de segurança do doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. **Revista de Enfermagem Referência**. [Em linha]. Série III:4 (Jul. 2011) 37-48. [Consultado em 12 Out. 2018]. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn4/serIIIIn4a04.pdf>

FERREIRA, José; NEVES, José; CAETANO, António – **Manual de psicossociologia das organizações**. Lisboa: Escolar Editora, 2011. ISBN 978-972-592-297-2

FORTIN, Marie-Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusociência, 2009a. ISBN 978-989-8075-18-5

FORTIN, Marie-Fabienne – **O Processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 2009b. ISBN 972-8383-10-X

FRAGATA, José – **Erro em medicina: perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade**. Coimbra: Edições Almedina, 2014. ISBN 9789724023472

FRAGATA, José – Erro médico: a segurança dos doentes – Indicador de qualidade em saúde. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. [Em linha]. 26:6 (2010a) 564-570. [Consultado em 7 Nov. 2018]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v26i6.10799>

FRAGATA, José – Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Lisboa. Volume temático nº. 10 (2010b). ISSN 0870-9025

FRAGATA, José – **Segurança dos doentes: uma abordagem prática**. Lisboa: Lidel Ed., 2012. ISBN: 978-972-757-797-2

FREITAS, Maria – **Dotação segura para a prática de enfermagem: um contributo para a gestão de unidades de saúde**. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, 2015. Tese de Doutoramento

FREITAS, Maria; PARREIRA, Pedro – Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. **Revista de Enfermagem Referência**. III Série, n.º 10 (Julho 2013), p. 171-178

FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN – **Um futuro para a saúde: todos temos um papel a desempenhar**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2014. ISBN 978-989-8380-18-0

GILLESPIE, Brigid *et al.* – Effect of using a safety checklist on patient complications after surgery: a systematic review and meta-analysis. **Anesthesiology**. [Em linha]. 120:6 (Junho 2014) 1380-1389. [Consultado em 27 Out. 2018]. Disponível em <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000000232>

GOMES, José – **Percursos para a avaliação da qualidade no bloco operatório**. Braga: Universidade do Minho, Escola de Economia e Gestão, 2010. Dissertação de Mestrado

GOMES, José *et al.* – Validação de uma escala sobre indicadores de estrutura no bloco operatório: contributos para a enfermagem. **Aquichan**. 10:1 (2019) 1-13. [Consultado em 19 Mar. 2019]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2019.19.1.7>

GOMES, José; OSÓRIO, José; FERNANDES, Carla – Dimensões da qualidade no bloco operatório. **AESOP Revista**. Lisboa. ISSN 0874-8128. Vol. XIV, n.º 40 (Abril de 2016), p. 20-30

GOMES, Maria – **Cultura de segurança do doente no bloco operatório**. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012. Dissertação de Mestrado

GONÇALVES, Tânia – **Dotações em enfermagem: impacte nos resultados em saúde**. Faro: Universidade do Algarve, Faculdade de Economia, 2015. Dissertação de Mestrado

GORDIS, Leon – **Epidemiologia**. Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-989-8075-30-7

HALL, Michael *et al.* – A structured transfer of care process reduces perioperative complications in cardiac surgery patients. **Anesthesia and Analgesia**. [Em linha]. 125:2 (2017) 477-482. [Consultado em 1 Fev. 2019]. Disponível em <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002020>

HEALTH QUALITY AND SAFETY COMMISSION – **Checklists, briefings and debriefings: an evidence summary**. [Em linha]. Wellington: Health Quality and Safety Commission, 2016. [Consultado em 5 Out. 2018]. Disponível em <https://www.hqsc.govt.nz/assets/Perioperative-Harm/PR-files--images/evidence-summary-September-2016.pdf>

HENRIQUES, Susete – Falta de anestesistas. SNS tem de abrir mais vagas e cativar médicos. **“Diário de Notícias”**. [Em linha]. (25 Jan. 2019). [Consultado em 27-06-2019]. Disponível em <https://www.dn.pt/edicao-do-dia/25-jan-2019/interior/falta-de-anestesistas-sns-tem-de-abrir-mais-vagas-e-cativar-medicos-10483971.html>

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; HERNÁNDEZ COLLADO, Carlos; BATISTA LUCIO, Maria del Pilar – **Metodologia de pesquisa**. 5ª Edição. São Paulo: Penso, 2013. ISBN: 978-85-65848-28-2

HEYNES, Alex *et al.* – Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. **BMJ Quality and Safety**. [Em linha]. 20 (2011) 102-107. [Consultado em 25 Ago. 2018]. Disponível em <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2009.040022>

HILL, Manuela; HILL, Andrew – **Investigação por questionário**. 2ª edição revista e corrigida. Lisboa: Edições Sílabo, 2016. ISBN 978-972-618-273-3

HOMEM, Filipa *et al.* – Team building e a enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**. III Série, n.º 7 (Julho 2012), p. 169-177

HULL, Louise; SEVDALIS, Nick – Teamwork and safety in surgery. **Revista Colombiana de Anestesiologia**. [Em linha]. 43:1 (Jan-Mar 2015) 3-6. [Consultado em 29 Nov. 2018]. Disponível em <http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v43n1/v43n1a02.pdf>

INSTITUTE OF MEDICINE – **Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century**. Washington: National Academy Press, 2001. ISBN: 0-309-07280-8

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – **Ambientes favoráveis à prática: condições no trabalho=cuidados de qualidade**. Genebra: ICN, 2007. ISBN: 9295040-80-5

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – **Dotações seguras salvam vidas: instrumentos de informação e acção**. [Em linha]. Genebra: ICN, 2006. [Consultado em 22 Nov. 2018]. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit\\_DIE\\_2006.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.pdf)

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – **Enfermeiros: uma força para mudar – um recurso vital para a saúde: dia internacional do enfermeiro 2014**. Lisboa: OE, 2014. ISBN: 978-989-8444-27-1

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – **Position statement: evidence-based safe nurse staffing**. [Em linha]. Genebra: ICN, 2018. [Consultado em 22 Nov. 2018]. Disponível em [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20PS%20Evidence%20based%20safe%20nurse%20staffing\\_0.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20PS%20Evidence%20based%20safe%20nurse%20staffing_0.pdf)

JACOBS, Rowena *et al.* – The relationship between organizational culture and performance in acute hospitals. **Social Science and Medicine**. [Em linha]. 76 (2013) 115-125. [Consultado em 15 Nov. 2018]. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.10.014>

JOHNSON, Hope; KIMSEY, Diane – Patient safety: break the silence. **AORN Journal**. [Em linha]. 95:5 (Mai. 2012) 591-601. [Consultado em 22 Jun. 2019]. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2012.03.002>

KIRSCHAUM, Kristin *et al.* – Improved climate, culture, and communication through multidisciplinary training and instruction. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**. [Em linha]. 207:3 (Set. 2012) 200.e1-200.e7. [Consultado em 22 Jun. 2019]. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.06.036>

KLINER, Rex B. – **Principles and practice of structural equation modeling**. 2a Ed. New York: The Guilford Publications, Inc., 2005. ISBN: 1-59385-075-1.

KOHN, Linda; CORRIGAN, Janet; DONALDSON, Molla – **To err is human: building a safer health system**. Washington, DC: National Academy Press, 2000. ISBN 0-309-51563-7

KÜNZLE, Barbara; KOLBE, Michaela; GROTE, Gudela – Ensuring patient safety through effective leadership behaviour: a literature review. **Safety Science**. [Em linha]. 48:1 (2010) 1-17. [Consultado em 06/10/2018]. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2009.06.004>

LARIZGOITIA, Itziar; BOUESSEAU, Marie-Charlotte; KELLY, Charolte – WHO efforts to promote reporting of adverse events and global learning. **Journal of Public Health Research**. [Em linha]. 2:e29 (2013) 168-174. [Consultado em 25 Mar. 2019]. Disponível em <https://dx.doi.org/10.4081%2Fjphr.2013.e29>

LEE, Soo-Hoon *et al.* – Handoffs, safety culture, and practices: evidence from the hospital survey on patient safety culture. **BMC Health Services Research**. [Em linha]. 16:254 (2016) 1-8. [Consultado em 9 Nov. 2018]. Disponível em <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1502-7>

LEI n.º 156/2015. **DR I Série**. 181 (16/09/2015) 8059-8105

LEONARD, Michael; FRANKEL, Allan – **How can leaders influence a safety culture?** [Em linha]. London: The Health Foundation, 2012. [Consultado em 9 Out. 2018]. Disponível em <https://www.health.org.uk/sites/default/files/HowCanLeadersInfluenceASafetyCulture.pdf>

LUSA – Serviço Nacional de Saúde: eventos adversos nos internamentos aumentam risco de morte e custam 100 milhões de euros. **“Público”**. [Em linha]. (29 Fev. 2018). [Consultado em 02-01-2019]. Disponível em <https://www.publico.pt/2018/02/19/sociedade/noticia/eventos-adversos-nos-internamentos-aumentam-risco-de-morte-e-custam-100-milhoes-de-euros-1803635>

MAGILL, Stephen *et al.* – Changing operating room culture: implementation of a postoperative debrief and improved safety culture. **World Neurosurgery**. [Em linha]. 107 (Nov. 2017) 597-603. [Consultado em 23 Jan. 2019]. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2017.08.090>

MANSER, Tanja – Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. **Acta Anaesthesiologica Scandinavica**. [Em linha]. 53:2 (2009) 143-151. [Consultado em 28 Nov. 2018]. Disponível em <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x>

MANSOÁ, Ana *et al.* – Eventos adversos na prestação de cuidados hospitalares em Portugal no ano de 2008. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. [Em linha]. 29:2 (2011) 116-122. [Consultado em 11 Out. 2018]. Disponível em <http://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S0870902511700153&r=323>

MARDON, Russell *et al.* – Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events. **Journal of Patient Safety**. [Em linha]. 6:4 (2010) 226-232. [Consultado em 23 Jan. 2019]. Disponível em <https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e3181fd1a00>

MARÔCO, João – **Análise estatística com o SPSS statistics**. 6<sup>a</sup> Edição. Pêro Pinheiro: ReportNumber, 2014. ISBN: 978-989-96763-4-3

MARSTELLER, Jill *et al.* – Safety culture in cardiac surgical teams: data from five programs and national surgical comparison. **The Annals of Thoracic Surgery**. [Em linha]. 100:6 (2015) 2182-2189. [Consultado em 23 Jan. 2019]. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2015.05.109>

MAXFIELD, David *et al.* – Confronting safety gaps across labor and delivery teams. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**. [Em linha]. 209:5 (Nov. 2013) 402-408. [Consultado em 22 Jun. 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.07.013>

MEURLING, Lisbet *et al.* – Systematic simulation-based team training in a Swedish intensive care unit: a diverse response among critical care professions. **BMJ Quality and Safety**. [Em linha]. 22:6 (Junho 2013) 485-494. [Consultado em 11 Out. 2018]. Disponível em <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-000994>

NIEVA, Veronica; SORRA, Joann – Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **BMJ Quality and Safety**. [Em linha]. 12:ii (2003). [Consultado em 27 Out. 2018]. Disponível em [http://dx.doi.org/10.1136/qhc.12.suppl\\_2.ii17](http://dx.doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17)

NORTON, Rebecca; MORDAS, Dolores – A postprocedure wrap-up tool for improving OR communication and performance. **AORN Journal**. [Em linha]. 107:1 (Jan. 2018) 108-115. [Consultado em 14 Out. 2018]. Disponível em <http://doi.org/10.1002/aorn.12007>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – O Papel dos enfermeiros. “**Ordem dos Enfermeiros - Centro**”. [Em linha]. (3 Jul. 2018). [Consultado em 02-01-2019]. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/o-papel-dos-enfermeiros/>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos**. [Em linha]. Lisboa: OE, 2012. [Consultado em 19 Fev. 2019]. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros – **Tomada de posição sobre segurança do cliente**. [Em linha]. Lisboa: OE, 2006. [Consultado em 21 Nov. 2018]. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_2Maio2006.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf)

PEDROJA, Alberta *et al.* – The relationship between hospital systems load and patient harm. **Journal of Patient Safety**. [Em linha]. 10:3 (2014) 168-175. [Consultado em 26 Mar. 2019]. Disponível em <https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e31829e4f82>

PESTANA, Maria; GAGEIRO, João – **Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS**. 6ª Edição revista, atualizada e aumentada Lisboa: Sílabo, 2014. ISBN 978-972-618-775-2

PHADNIS, Joideep; TEMPLETON-WARD, Oliver – Inadequate preoperative team briefings lead to more intraoperative adverse events. **Journal of Patient Safety**. [Em linha]. 14:2 (2018) 82-86. [Consultado em 25 Mar. 2019]. Disponível em <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000181>

PINHEIRO, João – **Perceções sobre o clima de segurança em bloco operatório**. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, 2013. Dissertação de Mestrado

PORTUGAL. Assembleia da República – **Constituição da República Portuguesa**. Lisboa: Assembleia da República - Divisão de Edições. 2005. ISBN 978-972-556-646-6

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde – **Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020**. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2015a. [Consultado em 06 Nov. 2018]. Disponível em <https://www.dgs.pt/em-destaque/plano-nacional-de-saude-revisao-e-extensao-a-2020-aprovada-pdf.aspx>

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde. Departamento da Qualidade – **Avaliação da cultura de segurança do doente numa amostra de hospitais portugueses: resultados do estudo piloto**. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2011. [Consultado em 17 Mai. 2018]. Disponível em <https://www.dgs.pt/em-destaque/avaliacao-da-cultura-de-seguranca-do-doente-numa-amostra-de-hospitais-portugueses-pdf.aspx>

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde – **Norma 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde**. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2017. [Consultado em 23 Jan. 2019]. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde. Departamento da Qualidade da Saúde – **Norma 02/2013: Cirurgia Segura, Salva Vidas**. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2013a. [Consultado em 27 Set. 2018]. Disponível em [https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/seguranca-cirurgica-norma\\_002\\_2013\\_cssv-revisao-junho2013.aspx](https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/seguranca-cirurgica-norma_002_2013_cssv-revisao-junho2013.aspx)

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde. Departamento da Qualidade da Saúde – **Norma 005/2018: Avaliação da cultura de segurança do doente nos Hospitais**. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2018. [Consultado em 16 Mar. 2018]. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052018-de-20022018-pdf.aspx>

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde – **Norma 008/2013: Sistema nacional de notificação de incidentes e eventos adversos**. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2013b. [Consultado em 28 Nov. 2018]. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082013-de-15052013-jpg.aspx>



PORTUGAL. Direção Geral da Saúde. Departamento da Qualidade da Saúde – **Orientação 11/2012: Análise de incidentes e de eventos adversos**. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2012. [Consultado em 28 Nov. 2018]. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0112012-de-30072012-jpg.aspx>

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde. Departamento da Qualidade – **Relatório segurança dos doentes: avaliação da cultura nos hospitais**. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2015b. [Consultado em 20 Abr. 2019]. Disponível em [https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/acsd\\_hh\\_relatorio-nacional\\_2014-vf5agostopdf-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/acsd_hh_relatorio-nacional_2014-vf5agostopdf-pdf.aspx)

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística – **Estatísticas da Saúde 2016**. [Em linha]. Lisboa: INE, 2018. [Consultado em 25 Set. 2018]. Disponível em [https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=325047163&att\\_display=n&att\\_download=y](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=325047163&att_display=n&att_download=y)

PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Avaliação da Situação dos Blocos Operatórios**. [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, 2015. [Consultado em 5 Out. 2018]. Disponível em [http://www.apca.com.pt/documentos/2015/Avaliacao\\_situacao\\_nacional\\_blocos\\_operatorios\\_Outubro2015.pdf](http://www.apca.com.pt/documentos/2015/Avaliacao_situacao_nacional_blocos_operatorios_Outubro2015.pdf)

PORTUGAL. Ministério da Saúde – **A organização interna e a governação dos hospitais**. [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, 2010. [Consultado em 20 Nov. 2018]. Disponível em <https://www.spmi.pt/pdf/RelatorioFinalGTHospitaisVersaoFinal2.pdf>

PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Retrato da Saúde 2018**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2018. ISBN 978-989-99480-1-3

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde. Unidade Operacional Normalização de Instalações e Equipamentos – **Recomendações Técnicas para o Bloco Operatório: RT 05/2011**. Lisboa: ACSS, 2011. ISSN 1647-8568

PUGEL, Anne *et al.* – Use of the surgical safety checklist to improve communication and reduce complications. **Journal of Infection and Public Health**. [Em linha]. 8:3 (2015) 219-225. [Consultado em 16 Jul. 2018]. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2015.01.001>

RAFTER, Natasha *et al.* – Adverse events in healthcare: learning from mistakes. **QJM: An International Journal of Medicine**. [Em linha]. 108:4 (Abr. 2015) 273-277. [Consultado em 10 Fev. 2019]. Disponível em <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcu145>

REASON, James – Human error: models and management. **British Medical Journal**. [Em linha]. 320 (2000) 768-770. [Consultado em 18 Mai. 2018]. Disponível em <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>

REGULAMENTO n.º 122/2011. **DR II Série**. 35 (18/02/2011) 8648-8653

REGULAMENTO n.º 124/2011. **DR II Série**. 35 (18/02/2011) 8656-8657

REGULAMENTO n.º 140/2019. **DR II Série**. 26 (06/02/2019) 4744-4750

REGULAMENTO n.º 190/2015. **DR II Série**. 79 (23/04/2015) 10087-10090

REGULAMENTO n.º 429/2018. **DR II Série**. 135 (16/07/2018) 19359-19370

REGULAMENTO n.º 533/2014. **DR II Série**. 233 (02/12/2014) 30247-30254

REGULAMENTO n.º 707/2016. **DR II Série**. 139 (21/07/2016) 22575-22588

REIS, Cláudia; MARTINS, Mônica; LAGUARDIA, Josué – Segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**. [Em linha]. 18:7 (2013) 2029-2036. [Consultado em 9 Nov. 2018]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700018>

ROCHA, J. – **Gestão de recursos humanos na administração pública**. 3ª ed. Lisboa: Escolar Editora, 2010. ISBN 978-972-592-289-7

ROYAL COLLEGE OF NURSING. Policy Unit – **Policy Briefing 14/2009: Specialist nurses make a difference**. [Em linha]. London: RNC, 2009. [Consultado em 4 Set. 2018]. Disponível em <https://www.rcn.org.uk/-/media/royal-college-of-nursing/documents/policies-and-briefings/uk-wide/policies/2009/1409.pdf>

SALMAN, Fabiane *et al.* – **Qualidade e segurança em anestesiologia**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia, 2012. ISBN 978-85-98632-16-2

SANTOS, Margarida *et al.* – Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. [Em linha]. 10 (2010) 47-57. [Consultado em 12 Nov. 2018]. Disponível em <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/3120/1/Comunica%C3%A7%C3%A3o%20em%20sa%C3%BAde%20e%20a%20seguran%C3%A7a%20do%20doente.pdf>

SARAIVA, Dora; ALMEIDA, Anabela – Tradução e adaptação cultural do Safety Attitudes Questionnaire – short form 2006 para Portugal. **Portuguese Journal of Public Health**. [Em linha]. 35:3 (2018) 1-10. [Consultado em 14 Set. 2018]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1159/000486015>

SEGALL, Noa *et al.* – Can we make postoperative patient handovers safer? A systematic review of the literature. **Anesthesia and Analgesia**. [Em linha]. 115:1 (Julho 2012) 102-115. [Consultado em 23 Jan. 2019]. Disponível em <https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e318253af4b>

SEXTON, John *et al.* – Teamwork in the operating room: frontline perspectives among hospitals and operating room personnel. **Anesthesiology**. [Em linha]. 105:5 (Novembro 2006a) 877-884. [Consultado em 9 Set. 2018]. Disponível em <http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=1923342>

SEXTON, John *et al.* – The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **Biomed Central Health Services Research**. [Em linha]. 6:44 (2006b) 1-10. [Consultado 18.05.2018]. Disponível em <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-44>

SEXTON, John; THOMAS, Eric; HELMREICH, Robert – Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. **British Medical Journal**. [Em linha]. 320 (2000) 745-749. [Consultado em 21 Mai. 2018]. Disponível em <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.745>

SFANTOU, Dana *et al.* – Importance of leadership style towards quality of care measures in healthcare settings: a systematic review. **Healthcare**. [Em linha]. 5:73 (2017) 1-17. [Consultado em 8 Out. 2018]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare5040073>

SHU, Qin *et al.* – What does a hospital survey on patient safety reveal about patient safety culture of surgical units compared with that of other units? **Medicine Journal**. [Em linha]. 94:27 (2015) 1-8. [Consultado em 23 Jan. 2019]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000001074>

SILVA, Edite; RODRIGUES, Francisco – Segurança do doente e os processos sociais na relação com enfermeiros em contexto de bloco operatório. **Cultura de los cuidados**. [Em linha]. 20:46 (2016) 134-145. [Consultado em 22 Out. 2018]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.46.13>

SINDICATO DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES – **ICN 2017: Recomendações para as dotações seguras de enfermeiros**. [Em linha]. (1 Junho 2017). [Consultado em 22-11-2018]. Disponível em <https://www.sep.org.pt/artigo/setor-publico/icn-2017-recomendacoes-para-as-dotacoes-seguras-de-enfermeiros/>

SINGER, Sara *et al.* – Relationship between operating room teamwork, contextual factors, and safety checklist performance. **Journal of the American College of Surgeons**. [Em linha]. 223:4 (Outubro 2016) 568-580. [Consultado em 5 Out. 2018]. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2016.07.006>

SIU, Joey; MARAN, Nikki; PATERSON-BROWN, Simon – Observation of behavioural markers of non-technical skills in the operating room and their relationship to intra-operative incidents. **The Surgeon**. [Em linha]. 14:3 (2016) 119-128. [Consultado em 23 Jan. 2019]. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.surge.2014.06.005>

SORRA, Joann *et al.* – **Hospital Survey on Patient Safety Culture: user's guide**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2016. (AHRQ Publication; 15(16)-0049-EF)

SORRA, Joann *et al.* – **Hospital Survey on Patient Safety Culture: user's guide**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2018. (AHRQ Publication; 18-0036-EF)

SORRA, Joann *et al.* – **Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2014 user comparative database report**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2014. (AHRQ Publication; 14-0019-EF)

SORRA, Joann; DYER, Naomi – Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. **BMC Health Services Research**. [Em linha]. 10:199 (2010) 1-13. [Consultado em 27 Out. 2018]. Disponível em <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-199>

SORRA, Joann; NIEVA, Veronica – **Hospital Survey on Patient Safety Culture**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004. (AHRQ Publication; 04-0041)

SOUSA, Anabela – **Avaliação da cultura de segurança do doente num centro hospitalar da região centro**. Coimbra: Universidade de Coimbra. Faculdade de Economia, 2013. Dissertação de mestrado

SOUSA, Cláudia – Cultura e mudança organizacional. **Hospitalidade**. Ano 78, nº. 305 (Jul.-Set. 2014), p. 37-42

SOUSA, Paulo – Patient safety – A Necessidade de uma estratégia nacional. **Acta Médica Portuguesa**. [Em linha]. 19:4 (2006) 309-318. [Consultado em 16 Jul. 2018]. Disponível em <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/964/637>

SOUSA, Paulo *et al.* – Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. **BMC Health Services Research**. [Em linha]. 14:311 (2014) 1-6. [Consultado em 26 Set. 2018]. Disponível em <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-311>

SOUSA-PINTO, Bernardo *et al.* – Frequency and impact of adverse events in patients: A nationwide analysis of episodes between 2000 and 2015. **Journal of Medical Systems**. [Em linha]. 42:48 (2018) 1-9. [Consultado em 27 Set. 2018]. Disponível em <https://doi.org/10.1007/s10916-018-0898-5>

STALPERS, Dewi *et al.* – Associations between characteristics of the nurse work environment and five nurse-sensitive patient outcomes in hospitals: A systematic review of literature. **International Journal of Nursing Studies**. [Em linha]. 52:4 (2015) 817-835. [Consultado em 6 Out. 2018]. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.01.005>

STEELMAN, Victoria.; CULLEN, Joseph. – Designing a safer process to prevent retained surgical sponges: A healthcare failure mode and effect analysis. **AORN Journal**. [Em linha]. 94:2 (2011) 132-141. [Consultado em 27 Mar. 2019]. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2010.09.034>

STEELMAN, Victoria.; GRALING, Paula. – Top 10 patient safety issues: what more can we do?. **AORN Journal**. [Em linha]. 97:6 (2013) 679-701. [Consultado em 11 Out. 2018]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2013.04.012>

THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Committee on Patient Safety and Quality Improvement – **Patient safety in the surgical environment: Committee Opinion Nº. 464**. [Em linha]. Washington: The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2010. [Consultado em 25 Ago. 2018]. Disponível em <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Patient-Safety-and-Quality-Improvement/co464.pdf?dmc=1&ts=20190324T0904005989>

THE AMERICAN INSTITUTE OF ARCHITECTS ACADEMY OF ARCHITECTURE FOR HEALTH. The Facility Guidelines Institute – **Guidelines for design and construction of hospital and health care facilities**. [Em linha]. Washington DC: The American Institute of Architects, 2001. [Consultado em 5 Out. 2018]. Disponível em <https://www.fgiguilines.org/wp-content/uploads/2015/08/2001guidelines.pdf>

THE HEALTH FOUNDATION – **Safety culture: What is it and how do we monitor and measure it? Event Report**. [Em linha]. London: The Health Foundation, 2013. [Consultado em 9 Out. 2018]. Disponível em [http://patientsafety.health.org.uk/sites/default/files/resources/safety\\_culture\\_-\\_what\\_is\\_it\\_and\\_how\\_do\\_we\\_monitor\\_and\\_measure\\_it.pdf](http://patientsafety.health.org.uk/sites/default/files/resources/safety_culture_-_what_is_it_and_how_do_we_monitor_and_measure_it.pdf)

THE KING'S FUND – **Leadership and engagement for improvement in the NHS: Together we can – Report from The King's Fund leadership review 2012**. London: The King's Fund, 2012. ISBN: 978-1-85717-640-7

TSAI, Yafang – Relationship between organizational culture, leadership behavior and job satisfaction. **BMC Health Services Research**. [Em linha]. 11:98 (2011) 1-9. [Consultado em 15 Nov. 2018]. Disponível em <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-98>

TSCHOLL, David *et al.* – An anesthesia preinduction checklist to improve information exchange, knowledge of critical information, perception of safety, and possibly perception of teamwork in anesthesia teams. **Anesthesia and Analgesia**. [Em linha]. 121:4 (Outubro 2015) 948-956. [Consultado em 1 Fev. 2019]. Disponível em <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000000671>

VICENT, Charles – **Patient safety**. 2ª Edição. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 2010. ISBN: 978-1-4051-9221-7

VLAYEN, Annemie *et al.* – Variability of patient safety culture in Belgian acute hospitals. **Journal of Patient Safety**. [Em linha]. 11:2 (Junho 2015) 110-121. [Consultado em 25 Mar. 2019]. Disponível em <https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e31829c74a3>

WAGNER, C. *et al.* – Assessing patient safety culture in hospitals across countries. **International Journal for Quality in Health Care**. [Em linha]. 25:3 (2013) 213-221. [Consultado em 9 Nov. 2018]. Disponível em <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt024>

WALLACE, Barbara – Nurse staffing and patient safety: What's your perspective? **Nursing Management**. Vol. 44, n.º 6 (Junho 2013), p. 49-51

WARING, Justin – Healthcare quality and safety: a review of policy, practice and research. **Sociology of Health & Illness**. ISSN 0141-9889. Vol. 38, n.º 2 (2016), p. 198-215

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **A brief synopsis on patient safety**. [Em linha]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010a. [Consultado em 20 Jan. 2019]. Disponível em [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0015/111507/E93833.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/111507/E93833.pdf?ua=1)

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Communication during patient hand-overs**. [Em linha]. Geneva: WHO, 2007. [Consultado em 19 Nov. 2018]. Disponível em <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Estrutura concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente**. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2011a. [Consultado em 17 Mai. 2018]. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks**. Copenhagen: WHO, 2013. ISBN 978-92-890-0294-3

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Orientações da OMS para a cirurgia segura 2009: Cirurgia segura salva vidas**. Lisboa: DGS, 2010b. ISBN 978-92-4-159855-2

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Patient safety curriculum guide: Multi-professional edition**. Malta: WHO, 2011b. ISBN 978-92-4-150195-8

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Patient safety tool kit**. Cairo: WHO, 2015. ISBN 978-92-9022-058-9

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Portugal health system: Performance assessment**. [Em linha]. Copenhagen: WHO, 2010c. [Consultado em 27 Set. 2018]. Disponível em [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/131766/E94518.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/131766/E94518.pdf?ua=1)

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Quality of care: a process for making strategic choices in health systems**. Geneva: WHO Press, 2006. ISBN 92-4-156324-9

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Quality of care: patient safety: Report by the Secretariat**. [Em linha]. In **Fifty Fifth World Health Assembly, Provisional Agenda Item 13.9 23 Março 2002**. [Consultado em 25 Set. 2018]. Disponível em <https://www.who.int/patientsafety/worldalliance/ea5513.pdf>

WORLD HEALTH PROFESSIONS ALLIANCE – **Patient safety: World health professions alliance fact sheet**. [Em linha]. Ferney-Voltaire: WHPA, 2002. [Consultado em 21 Nov. 2018]. Disponível em <http://www.whpa.org/factptsafety.pdf>

YUE-YUNG, Hu *et al.* – Deconstructing intraoperative communication failures. **Journal of Surgical Research**. [Em linha]. 177 (2012) 37-42. [Consultado em 29 Nov. 2018]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.jss.2012.04.029>



**ANEXOS**

---



**ANEXO I – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE**

---



	<b>Realização de Projeto de Investigação Clínica</b> <b>Parecer nº 61/2018 -CES</b>	Pág. 1 de 2
--	--	-------------

### Comissão de Ética para a Saúde (CES)

<p>Data de Entrada no Secretariado da CES: Nº 117 – 28/009/2018</p> <p style="text-align: center;"><b>Assunto:</b></p> <p>" Cultura de segurança no bloco operatório de um hospital da região Norte, pertencente ao Serviço Nacional de Saúde".</p>	<p>Solicitado pelo Conselho de Administração</p> <p style="text-align: center;">Em nome do(s) investigador(es):</p> <p>Ricardo Luis Amorim Parente da Silva, estudante do Mestrado em Enfermagem Medico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo</p>
---	---

#### 1. A(s) questão(ões) colocada(s)

Pedido de autorização para a realização de um estudo quantitativo, descritivo – correlacional e transversal, através da aplicação de um questionário aos profissionais de saúde (enfermeiros, anestesistas e cirurgiões) que exercem funções no Bloco Operatório Central. Pretende-se com este estudo analisar a perceção que estes profissionais têm relativamente á cultura de segurança do doente, avaliar os factores associados bem como as características sociodemográficas e socioprofissionais e ainda verificar a relação da formação dos profissionais com a cultura de segurança do doente.

#### 2. Fundamentação

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde tem assumido por parte das Organizações uma redobrada atenção, designadamente na gestão da segurança dos cuidados de saúde prestados aos doentes. Neste contexto têm emitido normas que visem o aumento da segurança do doente e a minimização do erro, devendo instituir-se, manter ou melhorar sistemas generalizados de notificação e de formação de forma a poder determinar o grau e as causas dos eventos adversos. Estes não ocorrem de maneira intencional, sendo certo que a sua maioria surge devido á complexidade dos atuais sistemas de saúde, onde o sucesso do tratamento e dos resultados obtidos em cada paciente, descentralizam-se da competência individual dos profissionais e são agora multifactoriais. Face ao exposto, a segurança do paciente assume-se como uma área emergente de ser trabalhada e melhorada.

Pretende-se que este projecto possa incrementar a segurança cirúrgica do doente no bloco operatório, através da detecção de factores que possam condicionar a segurança do paciente proporcionando uma melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados. Pretende-se ainda que possa contribuir para a consciencialização dos profissionais de saúde para as questões da segurança do doente no bloco operatório.

#### 3. Conclusão/parecer

O estudo solicitado cumpre os requisitos exigidos pela CES da no Mod.Q741.0,  
pelo que nada há a opor à autorização requerida.

**Nota:** Referências bibliográficas:



	<b>Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 61/2018 -CES</b>	Pág. 2 de 2
--	--	-------------

Relator(es)	
Ratificado em reunião do dia	20/11/2018
Enviado parecer: ___ / ___ / ___	

20/11/2018

O Presidente da CES

DR  
PRESIDENTE DA CES

*Arbeiz*  
Enfermeira Diretora

*João Carlos de Albuquerque de Melo*



## APÊNDICES

---





**APÊNDICE I – AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA  
DO HSPSC**

---



De: **Margarida Eiras**  
Assunto: Re: Autorização para aplicação da versão Portuguesa do Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSPSC)  
Data: 4 de fevereiro de 2019, 13:34  
Para: Ricardo Silva



Bom dia  
Muito agradeço o seu contacto.

Autorizamos a utilização do questionário que junto para facilitar. Poderá adequar apenas a ultima secção à realidade da instituição.  
Desejo as maiores felicidades e agradeço feedback do estudo.

Com os melhores cumprimentos,  
Margarida Eiras, PhD  
Diretora do Mestrado GATS



Questionário  
hospita...z).doc

On 1 Feb 2019, at 22:41, Ricardo Silva

wrote:

Exma. Senhora Doutora Margarida Eiras,

Permita-me que me apresente. O meu nome é Ricardo Luís Amorim Parente da Silva, Enfermeiro, membro da Ordem dos Enfermeiros n.º , a exercer funções no e encontro-me a desenvolver um trabalho de investigação subordinado a um tema que lhe é muito familiar - "Cultura de Segurança do Doente". A dissertação que se pretende desenvolver insere-se no plano curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo – Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sob a orientação da Professora Doutora Clara Araújo e do Professor Doutor Luís Graça.

Por conseguinte, seria indispensável para a concretização da mesma, que me fosse concedida autorização para a aplicação da versão Portuguesa do Hospital Survey On Patient Safety Culture, traduzido e validado por vossa excelência.

Agradecendo, desde já, a atenção dispensada, peço diferimento.

Os melhores cumprimentos,  
Ricardo Silva



**APÊNDICE II – HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE – VERSÃO  
PORTUGUESA**

---



## Questionário Hospitalar sobre Cultura de Segurança do Doente

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde tem assumido por parte das organizações governamentais e não governamentais uma redobrada atenção, designadamente na gestão da segurança dos cuidados de saúde prestados aos doentes. Os eventos adversos não ocorrem de maneira intencional, sendo certo que a sua maioria surge devido à complexidade dos atuais sistemas de saúde, descentralizando-se da competência individual dos profissionais, assumindo-se multifatorial.

A sua participação, voluntária e confidencial, irá permitir a análise da perceção que os profissionais de saúde têm relativamente à cultura de segurança do doente.

Este questionário levará entre 10 a 15 minutos a responder. Não existem respostas certas nem erradas, apenas lhe é pedido que expresse a sua opinião sincera.

O questionário apresentado foi traduzido, validado e adaptado culturalmente para Português de Portugal por Margarida Eiras (2011).

**\*Obrigatório**

### 1. Aceita participar voluntariamente no estudo? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não *Pare de preencher este formulário.*

Para o preenchimento do questionário reporte-se à sua experiência no BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL

Considere as seguintes definições durante o mesmo:

**EVENTO/OCORRÊNCIA** - qualquer tipo de erro, equívoco, incidente, acidente ou desvio, independentemente de ter ou não causado dano no doente

**SEGURANÇA DO DOENTE** - prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde

## SECÇÃO A: O seu serviço/unidade de trabalho (Parte 1)

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do serviço/unidade onde trabalha.

Utilize para isso a escala indicada:

1- Discordo fortemente

2- Discordo

3- Não concordo nem discordo

4- Concordo

5- Concordo fortemente

2. \*

Marcar apenas uma oval por linha.

	1	2	3	4	5
Neste serviço/unidade os profissionais en-treajudam-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neste serviço/unidade e as pessoas tratam-se com respeito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## SECÇÃO A: O seu serviço/unidade de trabalho (Parte 2)

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do serviço/unidade onde trabalha.

Utilize para isso a escala indicada:

- 1 - Discordo fortemente
- 2 - Discordo
- 3 - Não concordo nem discordo
- 4 - Concordo
- 5 - Concordo fortemente

3. \*

Marcar apenas uma oval por linha.

	1	2	3	4	5
Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aqui, os erros conduzem a mudanças positivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste serviço/unidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## SECÇÃO A: O seu serviço/unidade de trabalho (Parte 3)

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do serviço/unidade onde trabalha.

Utilize para isso a escala indicada:

- 1 - Discordo fortemente
- 2 - Discordo
- 3 - Não concordo nem discordo
- 4 - Concordo
- 5 - Concordo fortemente

4. \*

*Marcar apenas uma oval por linha.*

	1	2	3	4	5
Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabalhamos em "modo crise", tentando fazer muito, demasiado depressa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neste serviço/unidade temos problemas com a segurança do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## SECÇÃO B: O seu superior hierárquico

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do seu superior hierárquico.

Utilize para isso a escala indicada:

- 1 - Discordo fortemente
- 2 - Discordo
- 3 - Não concordo nem discordo
- 4 - Concordo
- 5 - Concordo fortemente

5. \*

Marcar apenas uma oval por linha.

	1	2	3	4	5
O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### SECÇÃO C: Comunicações

Com que frequência acontece este tipo de situações no serviço/unidade onde trabalha?

Para responder utilize a escala indicada:

- 1 - Nunca
- 2 - Raramente
- 3 - Por vezes
- 4 - A maioria das vezes
- 5 - Sempre

6. \*

Marcar apenas uma oval por linha.

	1	2	3	4	5
É-nos fornecida informação acerca das mudanças efectuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afecta negativamente os cuidados para com o doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Somos informados acerca de erros que aconteçam neste serviço/unidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e acções dos superiores hierárquicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neste serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## SECÇÃO D: Frequência da notificação de eventos/ocorrências

No serviço/unidade onde trabalha, quando os eventos/ocorrências seguintes ocorrem, quantas vezes são notificados?

Para responder utilize a escala indicada:

1 - Nunca

2 - Raramente

3 - Por vezes

4 - A maioria das vezes

5 - Sempre

7. \*

Marcar apenas uma oval por linha.

	1	2	3	4	5
Quando ocorre um evento/ocorrência, MAS É DETECTADO E CORRIGIDO ANTES DE AFECTAR O DOENTE, com que frequência é notificado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando ocorre um evento/ocorrência, MAS NÃO TEM PERIGO POTENCIAL PARA O DOENTE, com que frequência é notificado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando ocorre um evento/ocorrência, QUE PODERIA CAUSAR DANO AO DOENTE MAS ISSO NÃO ACONTECE, com que frequência é notificado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## SECÇÃO E: Grau de segurança do doente

8. Por favor atribua ao seu serviço/unidade de trabalho neste hospital, um grau sobre a segurança do doente \*

Marcar apenas uma oval por linha.

	Excelente	Muito Boa	Aceitável	Fraca	Muito Fraca
Resposta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## SECÇÃO F: O seu hospital (Parte 1)

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do seu hospital.

Utilize para isso a escala indicada:

- 1 - Discordo fortemente
- 2 - Discordo
- 3 - Não concordo nem discordo
- 4 - Concordo
- 5 - Concordo fortemente

9. \*

Marcar apenas uma oval por linha.

	1	2	3	4	5
A Direcção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um serviço/unidade para outro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existe boa colaboração entre os serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros serviços/unidades do Hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## SECÇÃO F: O seu hospital (Parte 2)

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do seu hospital.

Utilize para isso a escala indicada:

- 1 - Discordo fortemente
- 2 - Discordo
- 3 - Não concordo nem discordo
- 4 - Concordo
- 5 - Concordo fortemente

10. \*

Marcar apenas uma oval por linha.

	1	2	3	4	5
Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários serviços/unidades do Hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As acções da Direcção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A Direcção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os serviços/unidades do hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As mudanças de turno neste hospital são problemáticas para o doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## SECÇÃO G: Número de eventos/ocorrências notificadas

11. Nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos/ocorrências preencheu e entregou? \*

Marcar apenas uma oval.

- Nenhum
- 1 a 2 relatórios de eventos/ocorrências
- 3 a 5 relatórios de eventos/ocorrências
- 6 a 10 relatórios de eventos/ocorrências
- 11 a 20 relatórios de eventos/ocorrências
- 21 ou mais relatórios de eventos/ocorrências

## SECÇÃO H: Caracterização sócio-profissional

12. Alguma vez tinha respondido a este questionário? \*

Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

13. Indique o seu sexo \*

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
- Masculino

14. **Indique a sua idade (em anos) \***

\_\_\_\_\_

15. **Indique o seu vínculo com a ULSAM \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Contrato de Trabalho em Funções Públicas
- Contrato Individual de Trabalho
- Contrato Administrativo de Provimento
- Regime de Prestação de Serviços
- Outra: \_\_\_\_\_

16. **Indique a sua formação académica? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

17. **Tempo de experiência profissional (em anos) \***

\_\_\_\_\_

18. **Tempo de experiência profissional no Bloco Operatório da ULSAM (em anos) \***

\_\_\_\_\_

19. **Neste serviço, exerce actividade em regime de produção adicional (SIGIC)? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Não
- Sim

20. **Exerce actividade em regime de acumulação noutra instituição?**

*Marcar apenas uma oval.*

- Não
- Sim

**21. Indique a sua profissão \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Enfermeiro *Passe para a pergunta 22.*  
 Médico *Passe para a pergunta 26.*

## **Caracterização sócio-profissional (Enfermeiro)**

A presente secção destina-se exclusivamente para caracterização da amostra em estudo.

**22. Qual a área de competência para a qual está mais vocacionado? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Anestesia  
 Circulação/Instrumentação

**23. Qual o regime de horário que habitualmente pratica?**

*Marcar apenas uma oval.*

- Fixo  
 Rotativo

**24. Possui título de Enfermeiro Especialista? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Não  
 Sim

**25. Respondeu SIM à pergunta anterior, indique qual o título de Enfermeiro Especialista.**

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- Enfermagem Comunitária  
 Enfermagem Médico-Cirúrgica  
 Enfermagem de Reabilitação  
 Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica  
 Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica  
 Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

*Passe para a pergunta 27.*

## **Caracterização sócio-profissional (Médico)**

A presente secção destina-se exclusivamente para caracterização da amostra em estudo.



26. **Qual a sua especialidade? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Anestesia
- Cirurgia Geral
- Estomatologia
- Ginecologia/Obstetrícia
- Ortopedia
- Otorrinolaringologia
- Urologia

27. **Possui formação específica na área de segurança do doente? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Não
- Sim

28. **Respondeu SIM à pergunta anterior, indique quantas horas de formação teve nos últimos 2 anos**

---

29. **Por favor deixe aqui um comentário que considere oportuno quanto à segurança do doente, erros ou sistemas de notificação do serviço.**

---

---

---

---

---



**APÊNDICE III – CORRESPONDÊNCIA DAS DIMENSÕES E ITENS DO HSPSC**

---



<b>Dimensões</b>	<b>Itens</b>
1. Trabalho em equipa dentro das unidades	Neste serviço/unidade os profissionais entreajudam-se (A1)
	Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer (A3)
	Neste serviço/unidade as pessoas tratam-se com respeito (A4)
	Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio (A11)
2. Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos (B1)
	O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente (B2)
	Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhemos mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos (B3R)
	O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente (B4R)
3. Aprendizagem organizacional - melhoria contínua	Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente (A6)
	Aqui, os erros conduzem a mudanças positivas (A9)
	Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente (A13)
4. Apoio da gestão hospitalar para segurança do doente	A Direção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente (F1)
	As ações da Direção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades (F8)
	A Direção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade (F9R)
5. Perceção geral da segurança do doente	Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho (A15)
	Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer (A18)
	É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste serviço/unidade (A10R)
	Neste serviço/unidade temos problemas com a segurança do doente (A17R)
6. Comunicação e feedback acerca do erro	É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências (C1)
	Somos informados acerca de erros que aconteçam neste serviço/unidade (C3)
	Neste serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer (C5)
7. Abertura na comunicação	Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente (C2)
	Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos (C4)
	Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo (C6R)
8. Frequência da notificação de eventos/ocorrências	Quando ocorre um evento/ocorrência, MAS É DETECTADO E CORRIGIDO ANTES DE AFECTAR O DOENTE, com que frequência é notificado? (D1)
	Quando ocorre um evento/ocorrência, MAS NÃO TEM PERIGO POTENCIAL PARA O DOENTE, com que frequência é notificado? (D2)
	Quando ocorre um evento/ocorrência, QUE PODERIA CAUSAR DANO AO DOENTE MAS ISSO NÃO ACONTECE, com que frequência é notificado? (D3)
9. Trabalho em equipa entre unidades	Existe boa colaboração entre os serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente (F4)
	Os serviços/unidades do hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente (F10)
	Os serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros (F2R)
	É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros serviços/unidades do Hospital (F6R)
10. Dotação de profissionais	Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido (A2)
	Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados (A5R)
	Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável (A7R)
	Trabalhamos em "modo crise", tentando fazer muito, demasiado depressa (A14R)
11. Transições	A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um serviço/unidade para outro (F3R)
	É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno (F5R)
	Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários serviços/unidades do Hospital (F7R)
	As mudanças de turno neste hospital são problemáticas para o doente (F11R)
12. Resposta não punitiva ao erro	Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles (A8R)
	Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si (A12R)
	Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal (A16R)
Grau de segurança do doente	Por favor atribua ao seu serviço/unidade de trabalho neste hospital, um grau sobre a segurança do doente (E1)
Número de eventos/ocorrências notificadas	Nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos/ocorrências preencheu e entregou? (G1)

Fonte: Sorra *et al.*, 2016; Eiras (2011)



**APÊNDICE IV – AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO DO DEPARTAMENTO DE  
ANESTESIOLOGIA**

---





De: **Ricardo Silva**  
Assunto: **Re: Pedido de autorização para recolha de dados**  
Data: **24 de setembro de 2018, 19:11**  
Para:

---

Boa tarde,

Cara                    terei todo o prazer em esclarecer aquela que é a sua incerteza sobre o trabalho que pretendo desenvolver.

Os eventos adversos não ocorrem de maneira intencional, sendo certo que a sua maioria surge devido à complexidade dos atuais sistemas de saúde, onde o sucesso do tratamento e dos resultados obtidos em cada paciente, descentralizaram-se da competência individual dos profissionais e são agora multifatoriais.

Tal como foi adiantado, é minha intenção saber a percepção que os profissionais têm sobre aquilo que é designada cultura de segurança, desta feita, no bloco operatório.

A materialização do trabalho consiste na aplicação do "Questionário de Atitudes de Segurança – Bloco Operatório", desenvolvido originalmente por John Sexton (2006) da Universidade do Texas – Estados Unidos da América, o qual foi traduzido, validado e adaptado culturalmente para a população portuguesa por João Pedro Pinheiro no âmbito do seu Mestrado em Segurança do Doente pela Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa (2013).

Este questionário permitirá avaliar 6 dimensões que abrangem fatores organizacionais, fatores do ambiente de trabalho e fatores de equipa.

Caso necessite de um esclarecimento adicional, encontro-me ao dispor.  
Ricardo Silva

No dia 24/09/2018, às 17:26

escreveu:

Boa tarde,

Desculpe a demora na resposta mas isto está complicado .

Pelo serviço de Anestesiologia não tenho nada a opor , mas gostava de saber qual o teor do trabalho .

Cps

---

De: Ricardo Silva

Enviado: 20 de setembro de 2018 00:13:27

Para:

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados

Exma. Sra. Diretora de Departamento (Anestesiologia)

Dra

Ricardo Luís Amorim Parente da Silva, Enfermeiro membro da Ordem dos Enfermeiros n.º                    a exercer funções no                    , no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo – Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sob a orientação da Professora Doutora Clara Araújo e do Professor Doutor Luís Graça, vem solicitar autorização para a recolha de dados, nos termos previstos da política interna da Comissão de Ética para a Saúde da                    .

O trabalho de investigação que se pretende desenvolver intitula-se: **“Cultura de segurança no bloco operatório num hospital da região Norte, pertencente ao Serviço Nacional de Saúde”**, tendo como objectivo principal a análise da percepção que os profissionais de saúde têm relativamente à cultura de segurança.

A recolha de dados que se pretende levar a cabo, através de questionário, incidirá sobre os profissionais de saúde que exercem atividade no bloco operatório central, designadamente a todos os cirurgiões especialistas (independentemente da sua especialidade), anestesistas e enfermeiros.

Sendo este pedido de autorização um requisito fundamental para o parecer da Comissão de Ética para a Saúde da                    , peço deferimento do mesmo.

Sem outro assunto de momento, apresento os melhores cumprimentos.


Ricardo Silva



**APÊNDICE V – AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO DO BLOCO OPERATÓRIO**

---



De:   
Assunto: Re: Pedido de autorização de recolha de dados  
Data: 28 de setembro de 2018, 08:08  
Para: Ricardo Silva

Bom dia Sr. Enfº Ricardo

Concordo com a realização do inquérito.

Cumprimentos,

Diretor Bloco Operatório Central  
Tel.:  
E-mail:



SNS SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE

---

**De:** Ricardo Silva  
**Enviado:** 20 de setembro de 2018 00:13:56  
**Para:**  
**Assunto:** Pedido de autorização de recolha de dados

Exmo. Sr. Diretor de Serviço (Bloco Operatório)

Ricardo Luís Amorim Parente da Silva, Enfermeiro membro da Ordem dos Enfermeiros n.º , a exercer funções no Bloco Operatório Central da , no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo – Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sob a orientação da Professora Doutora Clara Araújo e do Professor Doutor Luís Graça, vem solicitar autorização para a recolha de dados, nos termos previstos da política interna da Comissão de Ética para a Saúde da

O trabalho de investigação que se pretende desenvolver intitula-se: “**Cultura de segurança no bloco operatório num hospital da região Norte, pertencente ao Serviço Nacional de Saúde**”, tendo como objectivo principal a análise da percepção que os profissionais de saúde têm relativamente à cultura de segurança.

A recolha de dados que se pretende levar a cabo, através de questionário, incidirá sobre os profissionais de saúde que exercem atividade no bloco operatório central, designadamente a todos os cirurgiões especialistas (independentemente da sua especialidade), anestesistas e enfermeiros.

Sendo este pedido de autorização um requisito fundamental para o parecer da Comissão de Ética para a Saúde da , peço deferimento do mesmo.

Sem outro assunto de momento, apresento os melhores cumprimentos.  
Ricardo Silva



**APÊNDICE VI – AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO DO DEPARTAMENTO DE  
CIRURGIA**

---





De:  
Assunto: Re: Pedido de autorização para recolha de dados  
Data: 22 de setembro de 2018, 20:09  
Para: Ricardo Silva

---

Caro Sr. Enf Ricardo Silva

Não tenho nada a opor à implementação do trabalho de investigação proposto.

---

**De:** Ricardo Silva  
**Enviado:** 20 de setembro de 2018 00:11:56  
**Para:**  
**Assunto:** Pedido de autorização para recolha de dados

Exmo. Sr. Diretor de Departamento de Cirurgia

Ricardo Luís Amorim Parente da Silva, Enfermeiro membro da Ordem dos Enfermeiros n.º \_\_\_\_\_, a exercer funções no Bloco Operatório Central da \_\_\_\_\_, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo – Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sob a orientação da Professora Doutora Clara Araújo e do Professor Doutor Luís Graça, vem solicitar autorização para a recolha de dados, nos termos previstos da política interna da Comissão de Ética para a Saúde da \_\_\_\_\_

O trabalho de investigação que se pretende desenvolver intitula-se: “Cultura de segurança no bloco operatório num hospital da região Norte, pertencente ao Serviço Nacional de Saúde”, tendo como objectivo principal a análise da percepção que os profissionais de saúde têm relativamente à cultura de segurança.

A recolha de dados que se pretende levar a cabo, através de questionário, incidirá sobre os profissionais de saúde que exercem atividade no bloco operatório central, designadamente a todos os cirurgiões especialistas (independentemente da sua especialidade), anestesistas e enfermeiros.

Sendo este pedido de autorização um requisito fundamental para o parecer da Comissão de Ética para a Saúde da \_\_\_\_\_, peço deferimento do mesmo.

Sem outro assunto de momento, apresento os melhores cumprimentos.

Ricardo Silva



## **APÊNDICE VII – TESTES DE NORMALIDADE**

---



**Testes de normalidade das características sociodemográficas e profissionais  
conforme a cultura de segurança do doente (n= 113)**

**Testes de Normalidade**

	Formação_acadêmica_2 _variáveis	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
Cultura_segurança_total	Formação Graduada	,066	90	,200*	,982	90	,234
	Formação Pós-Graduada	,125	23	,200*	,965	23	,560

\*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

**Testes de Normalidade**

	Tipo_contrato_2variáveis	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
Cultura_segurança_total	Colaboradores internos	,045	101	,200*	,986	101	,364
	Colaboradores externos	,212	12	,141	,939	12	,481

\*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

**Testes de Normalidade**

	Neste serviço, exerce actividade em regime de produção adicional (SIGIC)?	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
Cultura_segurança_total	Não	,153	26	,118	,957	26	,344
	Sim	,058	87	,200*	,990	87	,725

\*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

**Testes de Normalidade**

	Possui formação específica na área de segurança do doente?	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
Cultura_segurança_total	Não	,046	108	,200*	,987	108	,376
	Sim	,348	5	,047	,779	5	,054

\*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

**Testes de normalidade das características socioprofissionais dos enfermeiros  
conforme a cultura de segurança do doente (n= 43)**

**Testes de Normalidade**

	Qual a área de competência para a qual está mais vocacionado?	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
Cultura_segurança_total	Anestesia	,107	19	,200*	,976	19	,891
	Circulação/Instrumentação	,171	24	,068	,963	24	,509

\*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

**Testes de Normalidade**

	Qual o regime de horário que habitualmente pratica?	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
Cultura_segurança_total	Rotativo	,141	36	,068	,972	36	,481
	Fixo	,180	7	,200*	,964	7	,856

\*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

**Testes de Normalidade**

	Possui título de Enfermeiro Especialista?	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
Cultura_segurança_total	Sim	,130	8	,200*	,987	8	,989
	Não	,169	35	,013	,962	35	,254

\*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

## **APÊNDICE VIII – TESTES DA HOMOGENEIDADE DE VARIÂNCIAS**

---





**Testes da homogeneidade de variâncias das características sociodemográficas e profissionais conforme a cultura de segurança do doente (n= 113)**

<b>Variável</b>	<b>Levene</b>	<b>Sig</b>	
Sexo	0,382	0,538	
Habilitações académicas	0,002	0,962	
Profissão	0,793	0,375	
Relação jurídica de emprego	0,004	0,950	
Acumulação de funções	Fora da instituição	0,213	0,645
	Em regime de atividade adicional	5,862	0,017
Formação na área da segurança do doente	5,980	0,016	

**Homogeneidade de variâncias das características socioprofissionais dos enfermeiros conforme a cultura de segurança do doente (n= 43)**

<b>Variável</b>	<b>Levene</b>	<b>Sig</b>
Área de competência de enfermagem	0,357	0,553
Regime de horário	0,087	0,769
Título de enfermeiro especialista	0,031	0,861

**Homogeneidade de variâncias da profissão conforme as dimensões da cultura de segurança do doente (n= 113)**

<b>Dimensão</b>	<b>Levene</b>	<b>Sig</b>
1. Trabalho em equipa dentro das unidades	1,292	0,258
2. Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	2,302	0,132
3. Aprendizagem organizacional - melhoria contínua	0,007	0,935
4. Apoio da gestão hospitalar para segurança do doente	2,189	0,142
5. Perceção geral da segurança do doente	0,726	0,396
6. Comunicação e feedback acerca do erro	0,285	0,595
7. Abertura na comunicação	2,529	0,115
8. Frequência da notificação de eventos/ocorrências	0,812	0,370
9. Trabalho em equipa entre unidades	0,530	0,468
10. Dotação de profissionais	0,080	0,777
11. Transições	0,168	0,683
12. Resposta não punitiva ao erro	2,614	0,109

