



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Avaliação da Cultura de Segurança de uma Unidade de Cirurgia Ambulatória

Ana Cristina Rafael Matias

Coimbra, novembro de 2021



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO- CIRÚRGICA

Avaliação da Cultura de Segurança de uma Unidade de Cirurgia Ambulatória

Ana Cristina Rafael Matias

Orientador: Professor Doutor Luís Sarnadas, Professor Adjunto na Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, novembro de 2021

*“To err is human,
To cover up is unforgivable but to fail to learn is inexcusable”*
Sir Liam Donaldson, Chair, WHO Patient Safety

À minha filha, Carolina por todos os momentos em que estive ausente

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é o resultado da colaboração e contributos de várias pessoas a quem quero expressar o meu agradecimento.

Em primeiro lugar ao Professor Doutor Luís Sarnadas, por todo o seu saber, disponibilidade e empenho na realização deste trabalho e pelo modo como sempre me apoiou e incentivou neste percurso.

Ao Conselho de Administração e respetiva direção de serviço que autorizaram e proporcionaram a recolha de dados, à Dra. Elisabete Valente e à Enfermeira Gestora Purificação Soares.

Aos profissionais que colaboraram neste estudo, que prescindiram de algum do seu precioso tempo para responder ao questionário.

À Professora Joana Pinto pela cedência e autorização para o uso do instrumento de colheita de dados “Questionário para Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Cirurgia de Ambulatório” – versão portuguesa.

Às minhas amigas Lina Caetano e Isabel Arqueiro que me ouviram, encorajaram e ajudaram de diversas maneiras, sem elas seria tudo muito mais difícil.

À Enfermeira Margarida Jordão, chefe, amiga, por me inculir esta vontade de querer fazer mais, sendo para mim um exemplo como profissional.

Ao Professor Doutor João Paulo Castro Sousa, por acreditar em mim e tornar possível a minha integração neste projeto que é a cirurgia ambulatória e a oftalmologia.

A todos aqueles que apesar de não mencionados contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho.

A todos,

Muito obrigada

LISTA DE SIGLAS

AESOP – Associação de Enfermeiros de Sala de Operações

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality

CA – Cirurgia Ambulatória

CH – Centro Hospitalar

CNADCA – Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

GTADCA – Grupo de Trabalho para o Acompanhamento do Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório

LVCS – Lista de Verificação de Cirurgia Segura

OE – Ordem dos Enfermeiros

SD – Segurança do Doente

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCA – Unidade de Cirurgia Ambulatória

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

WHO – World Health Organization

RESUMO

Nos últimos anos, a realização de cirurgias em regime ambulatorio teve um crescimento exponencial no nosso país, sendo importante no aumento da efetividade da qualidade dos cuidados e da eficiência na organização hospitalar, com impacto positivo para o doente. Sendo a segurança do doente uma prioridade para a Estratégia Nacional da Qualidade, a Organização Mundial de Saúde, União Europeia e a Direção Geral da Saúde 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.

Esta investigação tem como objetivo principal, identificar oportunidades de melhoria da cultura de segurança do doente, com o contributo de todos os profissionais envolvidos na prestação direta ou indireta de cuidados ao doente submetido a cirurgia em regime ambulatorio. Foi realizado um estudo exploratório/ descritivo transversal de abordagem quantitativa com recurso à versão traduzida do questionário “*Ambulatory Surgery Center Survey on Patient Safety Culture*” – (ASC) SOPS®, a uma amostra de 52 profissionais de uma Unidade de Cirurgia Ambulatoria de um Centro Hospitalar da região centro do país. Quanto aos resultados, verificamos como aspetos fortes, a aprendizagem organizacional – melhoria contínua e a informação relacionada com o doente, ainda com grande potencial de melhoria. Relativamente aos aspetos críticos/ problemáticos, verificamos um predomínio de uma cultura de subnotificação de situações com potencial risco de dano, pouco investimento na formação e integração dos profissionais, mais visível no grupo profissional de enfermagem; necessidade de melhoria das competências comunicacionais e a presença de lideres mais proativos na segurança do doente que garantam o envolvimento de todos os elementos em projetos de melhoria e na promoção de uma cultura justa e de responsabilização.

A relevância para a prática desta investigação, passa pela divulgação destes resultados à administração, gestão intermédia e restantes profissionais do serviço, garantindo assim o envolvimento de todos no processo de melhoria contínua da cultura de segurança do doente.

Palavras-Chave: Cirurgia Ambulatoria, Cultura de Segurança do Doente, Enfermagem Perioperatória, Segurança do doente.

ABSTRACT

In the last few years, outpatient surgeries have had an exponential growth in our country, and an important tool in the growth of the effectiveness of the quality of care and in the efficiency of the hospital organization, with a positive impact on the patient. As the patient safety is a priority for The National Strategy of Quality, The World Health Organization, European Union and The General Directorate for Health recommend that, the cycle of continuous quality improvement, includes an assessment of the patient safety culture, through identification, assessment, and prioritisation of risks, promoting improvement in problematic areas.

The main aim of this research is to identify improvement opportunities in the patient safety culture, with the contribution of all the professionals involved in the direct or indirect health care for patients undergoing surgery on an outpatient basis. An exploratory/ descriptive cross-sectional study was conducted with a quantitative approach using the translated version of the survey "Ambulatory Surgery Center Survey on Patient Safety Culture" – (ASC) SOPS®, in a sample of 52 professionals from an Ambulatory Surgery Unit of a hospital centre in the central region of the country. As for the results, we verified as strong factors, the organizational learning – continuous improvement, and the information related to the patient, yet still with great improvement potential. In relation to critical/problematic aspects, we verified a predominance of underreporting of potential risk situations, little investment in training and integration of professionals, more visible in the nursing professionals; need for improvement in communication competencies and the presence of more proactive leaders in the patient safety who can guarantee the involvement of all the elements in projects for improvement and in the promotion of a fair and responsible culture.

The practical relevance of this research is to divulge these results to directors, managers and remaining professional members, therefore guaranteeing the involvement of everyone in the continuous improvement process of the patient safety culture

Key Words: Ambulatory Surgery, Patient Safety Culture, Perioperative Nursing, Patient Safety.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Percentagem de respostas positivas por dimensão da Cultura de Segurança do Doente	60
Figura 2: Resultados globais referentes à notificação de <i>quase-eventos</i>	66
Figura 3: Resultados relativos à classificação global da Segurança do Doente	67
Figura 4: Resultados relativos ao item G1 “Imediatamente antes do início dos procedimentos, todos os membros da equipa cirúrgica pararam para discutir o plano do que iria ser realizado”	68
Figura 5: Resultados relativos ao item G2 “Imediatamente antes do início dos procedimentos, o médico incentivou todos os membros da equipa a falarem a qualquer momento caso tivessem alguma preocupação ou dúvida”	68
Figura 6: Resultados relativos ao item G3 “Imediatamente após os procedimentos, os membros da equipa discutiram todos cuidados relativos à recuperação do doente” ...	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Dimensões da cultura de segurança do doente e sua definição	50
Tabela 2: Dimensões da cultura de segurança do doente e itens que a avaliam.....	51
Tabela 3: Recodificação da escala de <i>Likert</i>	53
Tabela 4: Valores referência do <i>Alpha de Cronbach</i>	54
Tabela 5: Distribuição da amostra por categoria profissional.....	57
Tabela 6: Distribuição do número de horas de trabalho semanal	57
Tabela 7: Coeficientes de correlação dos itens com o total de cada subescala, se apagados os itens e respetivos coeficientes de consistência interna.	58
Tabela 8: Distribuição de respostas positivas para os itens da dimensão 1 – Comunicação relacionada com informação do doente.....	61
Tabela 9: Distribuição de respostas positivas para os itens da dimensão 2 – Abertura comunicacional.....	61
Tabela 10: Distribuição de respostas positivas para os itens da dimensão 3 – Equipa, pressão e ritmo de trabalho	62
Tabela 11: Distribuição de respostas positivas para os itens da dimensão 4 – Trabalho em equipa.....	62
Tabela 12: Distribuição de respostas positivas para os itens da dimensão 5 – Capacitação do pessoal (conhecimento das tarefas a executar)	63
Tabela 13: Distribuição de respostas positivas para os itens da dimensão 6 – Aprendizagem organizacional – melhoria contínua.....	63
Tabela 14: Distribuição de respostas positivas para os itens da dimensão 7 – Resposta ao erro	64
Tabela 15: Distribuição de respostas positivas para os itens da dimensão 8 – Apoio que a administração/ superiores hierárquicos dão para a segurança do doente	64
Tabela 16: Distribuição de respostas positivas para cada dimensão, conforme o grupo profissional	65
Tabela 17: Distribuição de respostas positivas para Documentação de Near-Misses, conforme o grupo profissional.....	66
Tabela 18: Comentários dos inquiridos nos questionários e dimensões da CSD com que se relacionam	69

SUMÁRIO

RESUMO	21
INTRODUÇÃO	21
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
1. ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA E A SEGURANÇA DO DOENTE	27
2. CIRURGIA AMBULATÓRIA	29
2.1 ESPECIFICIDADES EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO.....	31
2.2 ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA EM CIRURGIA AMBULATÓRIA	32
3. SEGURANÇA DO DOENTE – DIMENSÃO DO RISCO	35
4. CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE	39
4.1 CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE EM CIRURGIA AMBULATÓRIA- SÍNTESE DA EVIDÊNCIA	41
CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	45
1. DESENHO METODOLÓGICO	47
1.1 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS.....	47
1.2 TIPO DE ESTUDO.....	48
1.3 ENQUADRAMENTO DO ESTUDO - POPULAÇÃO E AMOSTRA	48
1.4 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	49
1.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS	53
1.6 TRATAMENTO DOS DADOS.....	54
2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS	57
2.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	57
2.2 CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE – DIMENSÕES E ITENS.....	58
2.3 DOCUMENTAÇÃO DE <i>QUASE-EVENTOS</i>	65
2.4 CLASSIFICAÇÃO GLOBAL DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE	67
2.5 COMUNICAÇÃO NA SALA OPERATÓRIA.....	67
2.6 COMENTÁRIOS	69

3. DISCUSSÃO.....	71
CONCLUSÃO.....	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81

ANEXOS

ANEXO I – Versão Portuguesa “Questionário para Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Cirurgia de Ambulatório”

ANEXO II – Pedido de permissão para aplicação do questionário, à responsável pela sua tradução e validação para a população portuguesa, Enfermeira Joana Raquel Pinto

ANEXO III – Documento de solicitação de autorização para realização do estudo e respetivas autorizações do Conselho de Administração e Comissão de Ética da instituição onde se realiza o estudo

ANEXO IV – Pedido de solicitação de base de dados no programa Microsoft Excel® e respetiva autorização da Agency for Healthcare Research and Quality

APÊNDICES

APÊNDICE I – Estratégia de pesquisa para a revisão de *scoping* e quadro resumo de estudos selecionados.

APÊNDICE II – Formulário de Consentimento Informado, entregue aos participantes no estudo.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde considera a segurança do doente uma disciplina da saúde que surgiu da crescente complexidade dos sistemas de saúde e do aumento da prevalência de eventos adversos e danos provocados ao doente. Tem como objetivo prevenir e reduzir riscos, erros e danos durante a prestação de cuidados de saúde, sendo a sua pedra basilar a melhoria contínua com base na aprendizagem. A par com a qualidade dos cuidados, constitui uma das maiores preocupações das organizações prestadoras de cuidados de saúde. A existência de políticas claras; a capacidade de liderança; a implementação de estratégias já definidas para a segurança do doente; profissionais de saúde qualificados e o envolvimento do doente, são fundamentais (WHO, 2019).

Perante o exposto o Conselho da União Europeia na Recomendação 2009/C 151/01, refere que a segurança deficitária dos doentes, constitui um grave problema de saúde pública, representando em termos económicos uma fatura pesada para as instituições, pois nos estados-membros da União Europeia 8% a 12% dos doentes internados são vítimas de eventos adversos durante o seu internamento, sendo cerca de 50% destes acontecimentos preveníveis, devendo-se na sua maioria a fatores sistémicos. Globalmente um em cada 25 doentes são submetidos a cirurgia todos os anos. A complicação resultante do ato cirúrgico ocorre em pelo menos um quarto destes doentes e cerca de metade são considerados preveníveis. Quando falamos em regime de ambulatório estes valores são bem diferentes, globalmente 4 a 10 doentes são vítimas de um evento adverso sendo 80% evitáveis (WHO, 2019, 2017).

Nos Estados Unidos são realizadas mais de 25 milhões de cirurgias em regime ambulatório (AHRQ, 2017). No nosso país este crescimento é visível desde 2007, em 2018 cerca de 80% das cirurgias, eram realizadas neste regime de acordo com o Despacho nº 1380/2018, sendo considerado um importante instrumento no aumento da efetividade da qualidade dos cuidados e da eficiência na organização hospitalar, com um conjunto significativo de vantagens, para o doente, instituições e para a economia (CNADCA, 2008).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde considera a segurança do doente uma prioridade, sendo por isso fundamental a avaliação da cultura de segurança do doente, e o ponto de partida para a introdução de mudanças no comportamento dos

profissionais e instituições, por forma a direcionar intervenções de melhoria e monitorizar a sua evolução nas instituições (DGS, 2018).

Considerando esta mudança de paradigma a *Agency for Healthcare Research and Quality*, desenvolveu em 2014 o questionário “*Ambulatory Surgery Center Survey on Patient Safety Culture*”, cujo objetivo principal é ajudar as unidades de cirurgia ambulatória a avaliar em que medida a sua cultura enfatiza a segurança do doente.

Face ao exposto e por desenvolvermos a nossa atividade profissional numa Unidade de Cirurgia Ambulatória (UCA), cujo movimento assistencial sofreu um enorme incremento, aquando da passagem de toda a atividade cirúrgica da especialidade de oftalmologia do bloco central para este serviço, considerámos pertinente a avaliação da cultura de segurança uma vez o aumento de fluxo operatório, a integração de novos elementos na equipa, novos procedimentos e técnicas cirúrgicas, podem ter influência na segurança do doente. O incremento significativo da produtividade cirúrgica deste serviço motivou a elaboração deste estudo, devido às implicações que pode ter na segurança do doente. O serviço de Oftalmologia foi responsável por 66,8% (6582 dos 9849 doentes operados em 2018) dos doentes intervencionados em regime de ambulatório. Este estudo assume particular importância, tendo em consideração que no ano de 2019, dos 10377 doentes intervencionados na unidade, 75,4% (7824) são da especialidade de oftalmologia. De notar que a atividade cirúrgica de Oftalmologia se realiza na sua totalidade na UCA desde setembro de 2019.

Esta reflexão é o ponto de partida para a concretização do presente estudo, conduzindo-nos à questão central desta investigação: qual a perceção dos profissionais relativamente à cultura de segurança do doente, na unidade de cirurgia ambulatória, de um Centro Hospitalar da região centro do país?

Com o intuito de responder à nossa indagação, o objetivo geral desta investigação é identificar oportunidades de melhoria da cultura de segurança do doente, com o contributo de todos os profissionais envolvidos na prestação direta ou indireta de cuidados ao doente submetido a cirurgia em regime ambulatório. Como objetivos específicos pretendemos: caracterizar a cultura de segurança do doente de uma UCA de um CH; propor estratégias de melhoria no desempenho dos profissionais, que visem obter ganhos em saúde do doente cirúrgico; identificar no âmbito da segurança do doente as necessidades de formação expressas pelos profissionais de UCA de um CH.

Para tal realizamos estudo exploratório/ descritivo transversal de abordagem quantitativa numa amostra de 52 profissionais de uma Unidade de Cirurgia Ambulatória de um Centro Hospitalar da região centro do país.

O trabalho está dividido em dois capítulos. O primeiro centrado no enquadramento teórico-conceitual, onde se apresentam e definem os conceitos centrais em estudo: enfermagem perioperatória qual a sua importância na segurança do doente e na manutenção de um ambiente seguro em perioperatório; cirurgia ambulatoria, quais as suas especificidades e a sua importância no aumento da efetividade da qualidade dos cuidados e da eficiência na organização hospitalar; segurança do doente, qual a dimensão do risco e as repercussões dos eventos adversos na qualidade dos cuidados; cultura de segurança do doente e quais as dimensões que a avaliam, bem como estado atual da arte. Nessa fase, revelou-se essencial a pesquisa bibliográfica em livros, monografias, teses de mestrado e doutoramento, periódicos e algumas bases de dados científicas. A pesquisa que suporta a revisão de *scoping*, foi realizada em 2 momentos. A primeira realizada durante os meses de novembro e dezembro de 2019 no motor de busca EBSCOhost com interface para as bases de dados: CINAHL Complete, MEDLINE Complete e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive. Desta pesquisa, foram considerados elegíveis 3 artigos.

Devido à situação pandémica a realização do estudo foi adiada, por essa razão considerámos pertinente a realização de um segundo momento de pesquisa durante o mês de maio de 2021, também no motor de busca EBSCOhost com interface para as bases de dados: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive deste foram considerados elegíveis para análise 2 artigos. Confrontando os resultados de ambos os momentos de pesquisa, foram considerados para análise do estado da arte 5 artigos.

O segundo capítulo é centrado na investigação empírica, onde apresentaremos o enquadramento metodológico que inclui tipo de estudo, objetivos, questões de investigação, população e amostra, instrumento de colheita de dados, procedimentos formais e éticos, análise e discussão de resultados e conclusão.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA E A SEGURANÇA DO DOENTE

A segurança do doente, assume atualmente uma condição prioritária e essencial nos cuidados de saúde, sendo os enfermeiros o grupo profissional mais numeroso no nosso serviço de saúde, considerando as suas competências e características de desempenho profissional, encontram-se muitas vezes entre a tomada de decisão e a execução, são por isso fundamentais na qualidade dos cuidados prestados e na segurança do doente (Fernandes & Queirós 2011). Como tal, e sendo a enfermagem uma profissão baseada na evidência, com padrões que garantem a qualidade e segurança dos cuidados prestados, importa refletir na sua importância no que diz respeito à promoção da segurança do doente cirúrgico, uma vez que as questões relacionadas com a segurança e complicações cirúrgicas estão identificadas como as principais causas de morte e incapacidade (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018).

Considerando, as normas deontológicas e legais que regem a profissão, são várias as referências à segurança do doente. Pode ler-se no Regulamento de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, nomeadamente na competência referente à promoção de um ambiente seguro que, “o enfermeiro focaliza a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ ambiente, (...), utilizando estratégias de garantia da qualidade e gestão do risco” (p. 19).

Esta preocupação na manutenção de um ambiente seguro no que se refere à prestação de cuidados, está inerente à competência do enfermeiro especialista descrita no Regulamento nº140/2019 da OE, que preconiza a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes atuando proativamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco, analisando e identificando práticas de risco, implementando medidas de prevenção e mitigação de incidentes.

De facto num ambiente tão específico como é o ambiente cirúrgico, a enfermagem perioperatória deve ser implementada e orientada por objetivos, tendo por base uma abordagem dinâmica e global do indivíduo enquanto pessoa, na utilização de um modelo de cuidados centrado no doente, definindo-se como, “ o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos, (...),[com os quais] reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, planeia esses cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos no trabalho realizado” (AESOP,

2012, p. 107).

Face ao exposto e à necessidade de cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes a OE no Regulamento nº 429/2018, reconhece a necessidade de especificar competências de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de intervenção, como é o caso da área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. A pessoa em situação perioperatória, vivencia um estado de vulnerabilidade física e emocional, devido ao estado de consciência alterado e riscos inerentes aos procedimentos cirúrgicos e anestésicos a que é submetida. No mesmo regulamento no seu anexo IV p. 19366 pode ler-se “O enfermeiro perioperatório demonstra competências especializadas no cuidado à pessoa em situação perioperatória e na garantia da segurança, congruente com a consciência cirúrgica”, maximiza ainda segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar. A sua intervenção desenvolve-se em cinco áreas distintas, mas complementares entre si são elas a consulta pré-operatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos, devendo adquirir competências específicas para o desempenho de todas elas, durante a totalidade do período perioperatório (AESOP, 2012).

Os cuidados perioperatórios têm associado um elevado risco de ocorrência de eventos adversos que decorre dos procedimentos, da complexidade do ambiente, dos recursos, muito dependente da atuação individual de alguns profissionais e do trabalho em equipa (Gutierrez et al., 2018). Pelo exposto o enfermeiro perioperatório deve promover um ambiente seguro para todos os intervenientes intervindo na gestão do risco e controlo da segurança perioperatória, tem um papel importante na prevenção e controlo de infeção garantindo os princípios da assepsia progressiva, e promove a gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no período perioperatório garantindo que estão íntegros, disponíveis e funcionais (Regulamento nº 429/2018).

A atuação do enfermeiro perioperatório desenvolve-se no bloco operatório e em cirurgia de ambulatório, ainda que com algumas diferenças, é o que desenvolveremos no capítulo seguinte.

2. CIRURGIA AMBULATÓRIA

O Ministério da Saúde considera a cirurgia de ambulatório um importante instrumento no aumento da efetividade da qualidade dos cuidados e da eficiência na organização hospitalar, tendo associadas múltiplas vantagens. Além do impacto positivo para o utente que, em menos de 24 horas, é intervencionado de forma programada, podendo recuperar num ambiente familiar, a CA permite ainda a reorganização da estrutura hospitalar uma vez que o internamento é direcionado às situações mais complexas, o que leva a uma racionalização da despesa em saúde com uma correta reorientação dos custos hospitalares, como descrito no Despacho nº 1380/2018.

Considerando a regulamentação legislativa existente, na Portaria nº 111/2014, define-se Cirurgia Ambulatória como "... intervenção cirúrgica programada, realizada em bloco operatório sob anestesia geral, loco-regional, local e/ou sedação que pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as atuais *leges artis*, em regime de admissão e alta do doente no mesmo dia, sem necessidade de pernoita" (p.2948).

Com um forte crescimento em termos internacionais, desde 2007 que Portugal tem acompanhado esta tendência. Este crescimento prende-se com a evolução tecnológica e científica (anestesia e cirurgia), diminuição do tempo de internamento do doente submetido a cirurgia, necessidade de adequação dos cuidados de saúde às necessidades da população e necessidade de providenciar um serviço de qualidade com uma boa relação custo-eficiência (Ferreira & Sequeira, 2012).

Em 1998 foi criada a Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA), cujo principal objetivo é a formação e a promoção da CA no nosso país, fomentando a expansão de programas, no âmbito da cirurgia em regime ambulatório em instituições públicas e privadas.

Em Portugal no ano 2000 a cirurgia ambulatória representava pouco mais de 10% do total de cirurgias realizadas, mas atualmente cerca de 80 % das cirurgias são realizadas neste regime de acordo com o Despacho nº1380/2018. Este crescimento deveu-se em parte às orientações emanadas pela Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNADCA), nomeada através do Despacho n.º 25832/2007, de 19 de outubro, com o objetivo de estudar e propor uma estratégia e correspondentes medidas, para o desenvolvimento da CA no Serviço Nacional de Saúde (SNS), tendo

sido responsável pela elaboração do relatório “Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente”.

Associado a este crescimento, a CNADCA (2008) refere que existe um conjunto significativo de vantagens, para o doente, instituições e para a economia. São elas clínicas devido à baixa incidência de complicações pós-operatórias como infeção nosocomial, complicações cardiovasculares, respiratórias e gastrointestinais; organizativas uma vez que garante um melhor acesso do utente à cirurgia, por redução das listas de espera cirúrgica, facilitando o processo de agendamento, o que implica um aumento significativo da eficiência hospitalar relativamente ao internamento; sociais dado que permite uma recuperação pós-operatória do doente mais rápida, permitindo o seu retorno mais precoce às atividades diárias familiares e profissionais, diminuindo assim o afastamento do seu ambiente familiar e social, aspetos de grande importância nas faixas etárias da pediatria e geriatria; económicas porque permite uma racionalização da despesa em saúde com correta reorientação dos custos hospitalares.

Com o objetivo de conhecer a perceção e satisfação da utilidade dos cuidados de saúde ao nível da Cirurgia de Ambulatório, para os profissionais, doentes e cidadãos esta comissão, realizou o estudo “Perceção e Satisfação com a Cirurgia de Ambulatório”, que ajudou a enquadrar a preparação do Plano de Desenvolvimento Nacional para a Cirurgia de Ambulatório (CNADCA, 2008, p. 80). As principais dimensões de análise deste estudo foram: prática atual, utilidade e perceção face ao futuro. Os principais resultados obtidos dizem-nos que 40% dos cidadãos inquiridos mostram recetividade à possibilidade de recuperar em casa, os principais motivos são a preferência pelo acompanhamento dos familiares (31.3%) e evitar o desconforto do internamento (28,3%). Relativamente aos profissionais a satisfação com o processo organizativo é moderada identificando como principais problemas a falta de autonomia das UCAs e o baixo número de equipas fixas ou exclusivas da unidade. Importa referir ainda a melhoria na aplicação de protocolos especificamente na avaliação pré-operatória dos doentes e na triagem mais criteriosa dos casos propostos para cirurgia ambulatória.

Face ao exposto, e com o objetivo de realizar um diagnóstico de situação, identificar áreas de intervenção prioritárias e maximizar as vantagens da CA, o Ministério da Saúde no Despacho nº 1380/2018 criou o Grupo de Trabalho para o Acompanhamento do Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (GTADCA). Este grupo de trabalho tem como missão: caracterizar a CA desde 2008 até à atualidade; identificar constrangimentos estruturais, de recursos humanos e de formação, que condicionem o crescimento da CA; proceder à revisão de procedimentos ambulatorizáveis e

tendencialmente ambulatorizáveis e analisar instituições com indicadores menos adequados, propondo melhorias.

O carácter inovador de cirurgia ambulatória reside exclusivamente no modelo organizativo, centrado no doente, que o envolve num circuito independente do internamento, procurando-se ganhos em eficiência e em qualidade, e obtendo-se níveis de maior humanização e satisfação para os doentes e familiares (CNADCA, 2008).

2.1 ESPECIFICIDADES EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Como referido anteriormente, a cirurgia de ambulatório traz vantagens não só para o doente e família, mas também para a instituição e sociedade, sendo um modelo organizacional que alia a segurança e a qualidade à obtenção de elevados índices de eficiência e eficácia proporcionando elevada poupança económica (Lemos, 2010).

Segundo a CNADCA (2008), maximizar a produtividade, a eficiência e a eficácia de uma Unidade de Cirurgia Ambulatória, de acordo com o estado da arte, passa por vários critérios e ter-se-á que ter em conta o seu modelo estrutural e estrutura física, recursos humanos e critérios de seleção de doentes.

Assim e relativamente ao modelo estrutural, as unidades de cirurgia ambulatória podem ser de três tipos: centro autónomo concebido e organizado exclusivamente para cirurgia de ambulatório, o que implica a existência de um hospital de retaguarda; centro adjacente a um hospital concebido e organizado exclusivamente para cirurgia de ambulatório dentro do espaço físico do hospital; centro misto concebido e organizado para realização de cirurgia em regime de ambulatório e convencional (Ferreira & Sequeira, 2012). De acordo com a CNADCA (2008) o modelo mais adequado será aquele que funcione em unidade própria, com estrutura física e recursos técnicos e humanos exclusivos, integrada num hospital mas gerida de forma independente dos outros serviços, ainda que aproveitando as sinergias decorrentes de se situar num edifício hospitalar pré-existente.

No que diz respeito à estrutura física deverão estar contempladas as diferentes áreas de trabalho por forma a que o percurso do utente na unidade seja rápido, simples e curto, assim preconiza-se a existência de sala de acolhimento/ sala de espera, vestiários para utentes, área de transferência, bloco operatório (sala de indução anestésica e sala operatória), unidade cuidados pós-anestésicos e área de alta (CNADCA, 2008).

Quando falamos em recursos humanos, a UCA deverá ter afeta uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, cirurgiões e anestesistas, enfermeiros, técnicos, assistentes administrativas e operacionais.

O tipo de procedimento e a seleção do doente, são elementos chave que influenciam os resultados perioperatórios após cirurgia em regime ambulatorio (Joshi, 2020). Os critérios de seleção de doentes estão definidos como critérios sociais, aceitar ser intervencionado em regime ambulatorio, ter área de residência ou pernoita a menos de 60 minutos de distância do hospital e presença de cuidador/ adulto responsável; como critérios clínicos é considerado o tipo de procedimento cirúrgico e a classificação ASA¹ (*American Society of Anesthesiologists*) I, II e III desde que estabilizados. Apesar da importância da definição dos critérios referidos anteriormente, deverá ser também considerada a baixa incidência de complicações como dor, náuseas e vômitos, passíveis de controlar com medicação *per os* (Caseiro, 2009; Ferreira & Sequeira, 2012).

Face o exposto a APCA emanou uma série de recomendações, cujo objetivo é a promoção da qualidade dos cuidados e a segurança do doente, que passamos a enumerar: manutenção da normotermia em CA; profilaxia e tratamento de náuseas e vômitos; tratamento da dor aguda pós-operatória em CA; manuseio perioperatório do doente medicado com anticoagulantes e antiagregantes plaquetários e gestão do bloqueio neuromuscular em CA (APCA, 2020).

O Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) desenvolvido pela Entidade Reguladora da Saúde procede à avaliação da excelência clínica em CA, considerando o cumprimento dos procedimentos que garantam a qualidade e segurança dos cuidados. Tem como principais indicadores a seleção do doente para administração da profilaxia das náuseas e vômitos, a seleção da profilaxia das náuseas e vômitos, os registos regulares da intensidade da dor em CA, a dor moderada a máxima em doentes submetidos a CA, cedência de fármacos na alta, o ensino e orientação na alta e a avaliação pós-operatória nas 24 horas após a alta (ERS, 2021).

Tendo em conta todas as especificidades, a evolução técnica e o aumento de cirurgias neste regime, a segurança do doente é um dos pontos chave para uma prestação de cuidados de qualidade.

2.2 ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA EM CIRURGIA AMBULATORIA

A intervenção do enfermeiro em cirurgia ambulatoria reveste-se de grande importância, uma vez que a permanência do doente na instituição é curta, o que implica que tanto o doente como o seu cuidador/ adulto responsável ficam responsáveis pelo seu

¹ Classificação risco anestésico do doente de acordo com a Sociedade Americana de Anestesiologia

autocuidado, a sua atividade desenvolve-se de acordo com o conceito de enfermagem perioperatória, nos períodos pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório (Ferreira & Sequeira, 2012).

O período pré-operatório engloba: a consulta de enfermagem dando continuidade ao processo de seleção do doente, tem como principais objetivos: avaliar necessidades físicas e psicológicas do doente, descrever procedimentos da admissão à alta, envolver a família no plano de alta, fornecer documentação existente no serviço e ensino para a alta; o momento do acolhimento é de grande stress emocional para o doente e família, exige que o enfermeiro deva estabelecer uma relação terapêutica, validar a informação da consulta de enfermagem, o conhecimento e consentimento do procedimento a realizar, permitindo ao doente expressar qualquer necessidade não detetada durante a consulta (AESOP, 2012).

No período intraoperatório o enfermeiro integra uma equipa multidisciplinar, de acordo com a OE no Regulamento nº 429/2018, é de extrema importância a utilização de estratégias de comunicação efetiva na continuidade de cuidados perioperatórios, tendo especial atenção a alteração do estado de consciência, conforto, posicionamento, alterações das funções cardíacas e respiratórias, manutenção da segurança e prevenção e controlo da infeção.

A transição de cuidados/ *handover* para Unidade de Cuidados pós-anestésicos (UCPA) é um momento que se reveste de grande importância na segurança do doente. Um *handover* não eficaz é reconhecido como um problema na segurança do doente crítico, estimando-se que cerca de 80% dos erros graves que ocorrem, envolvem a falta de comunicação entre profissionais durante a transferência dos doentes (JCI, 2012).

Na UCPA o enfermeiro deve fazer a avaliação hemodinâmica do doente e de alterações resultantes do procedimento anestésico-cirúrgico, avaliar estado de consciência, nível de conforto e nível de dor, utilizando escalas existentes para o efeito e fazer diagnósticos de enfermagem. Na preparação para a alta deve verificar-se a estabilidade hemodinâmica, ausência de náuseas e/ou vômitos, dor e hemorragia, o doente deve ser capaz de ingerir líquidos, deambular e vestir-se. A alta verifica-se quando estão reunidas as condições descritas anteriormente e na presença do cuidador responsável, deverá ser validada a informação sobre possíveis complicações, cuidados a ter no pós-operatório no domicílio e atitudes a tomar, deve ser entregue carta de alta de enfermagem, instruções escritas sobre prescrição de fármacos e cuidados a ter (AESOP, 2012).

Às 24 horas de pós cirurgia, o enfermeiro deverá avaliar o pós-operatório, através de um telefonema ao doente, questionando sobre a situação assegurando assim a continuidade de cuidados. Sendo este um dos indicadores de avaliação recomendados pela ERS já referenciados anteriormente. Considerando a alta precoce é de extrema importância a responsabilização do doente e do adulto responsável, por forma a que a recuperação e reinserção na vida ativa ocorra o mais rapidamente possível.

3. SEGURANÇA DO DOENTE – DIMENSÃO DO RISCO

Internacionalmente reconhecida como um princípio fundamental da qualidade dos cuidados de saúde, a WHO (2017), define Segurança do Doente como a prevenção de erros e eventos adversos associados aos cuidados de saúde. A esta definição a AHRQ (2021) acrescenta a inexistência de efeitos prejudiciais, potencialmente evitáveis, ou ausência de danos a um doente, durante o processo de prestação de cuidados de saúde, sendo um motivo de grande preocupação em todos os contextos quer sejam cuidados primários, secundários, na comunidade, públicos ou privados.

A prestação de cuidados cada vez mais complexos, a doentes cada vez mais suscetíveis e exigentes no que concerne aos seus direitos, a informação disseminada e reforçada pelos meios de comunicação, a pressão económica num contexto global de escassos recursos e a diminuição dos custos associados aos cuidados de saúde, têm consequências na segurança do doente, contribuindo para que as organizações modifiquem as suas práticas continuamente e aumentem a responsabilização dos seus intervenientes (Afonso, 2012).

Apesar da existência de investigação, na área da segurança do doente, só em 1999 com a divulgação do relatório “*To err is human – building a safer health system*”, se destaca como um aspeto importante a ser considerado nas políticas de saúde. Este relatório revelou que poderiam morrer por ano, devido a erros preveníveis nos cuidados de saúde hospitalares, entre 44 000 e 98 000 americanos e que cerca de 1 milhão de doentes sofria, pelo menos, um dano. Além do impacto económico, este refletiu-se também na perda de confiança no sistema de saúde e diminuição da satisfação, tanto nos doentes como nos profissionais de saúde (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000).

Perante estes resultados, a OMS na resolução WHA55.18 de 2002, reconhecendo a necessidade de promover a segurança do doente como um princípio fundamental de todos os sistemas de saúde, exorta os países a melhorar a segurança dos cuidados de saúde e os seus sistemas de monitorização, através da investigação, realização de estudos epidemiológicos, avaliação dos custos associados, desenvolvimento de sistemas de notificação, ações preventivas e implementação de medidas para reduzir os riscos associados à segurança do doente (WHO, 2002).

No seguimento da resolução referida anteriormente, é criada em 2004 a *World Alliance for Patient Safety* (WAPS). Esta iniciativa, reuniu dirigentes de agências, decisores

políticos e grupos de doentes com o intuito de avançar com a meta, “*First, do no harm*”, cujo principal objetivo é reduzir as consequências adversas de cuidados não seguros, promovendo o estabelecimento de políticas e práticas clínicas seguras, centrando as suas ações em campanhas de segurança do doente, designadas por “Desafios Globais para a Segurança do Doente”, em programas que o integrem como parceiro na sua segurança, no desenvolvimento de uma taxonomia padrão, na investigação na área e na promoção da prática baseada na evidência (OMS, 2009). Desta campanha surgiram vários desafios, sendo o primeiro em 2005 designado “*Clean Care is Safer Care*” cujo principal objetivo é a redução das infeções associadas aos cuidados de saúde, alertando para a importância da higienização das mãos; em 2008 foi lançado o segundo desafio “*Safe Surgery Saves Lives*”, com o objetivo de reduzir os riscos associados à cirurgia, nomeadamente com a aplicação da Lista de Verificação de Cirurgia Segura (LVCS) e em 2017 foi lançado “*Medication without Harm*”, o terceiro desafio, com o qual se pretende reduzir o nível de danos graves evitáveis relacionados com medicamentos em 50% em todo o mundo em 5 anos (WHO, 2019).

As Metas internacionais para a Segurança do Doente mencionadas pela *Joint Commission International* (JCI) referem a comunicação eficaz, a relação interpessoal, a formação, os aspetos processuais e técnicos como fatores basilares para a segurança dos cuidados de saúde (JCI, 2017). Cientes desta responsabilidade, pretende-se uma melhoria contínua da prática clínica e da segurança do doente através de comportamentos responsáveis, adequados, realçando a importância das boas condições de trabalho, do apoio de uma liderança forte, da motivação e da experiência dos profissionais que integram as equipas de saúde, no sentido de ser mais justa e eficiente a utilização dos meios e eficaz e exequível a obtenção de resultados (Afonso, 2012).

Com o objetivo de definir e agrupar conceitos relacionados com a segurança do doente, foi elaborada em 2009 a Classificação Internacional da Segurança do Doente, que permite a categorização da informação sobre segurança com recurso a conceitos estandardizados. Esta classificação tem como objetivo final promover a aprendizagem e a melhoria das práticas em todos os sistemas de saúde (DGS, 2011).

Ao falarmos em segurança do doente importa rever os conceitos chave de erro, evento adverso e *near-miss*, conhecer a taxonomia dos erros e acidentes analisando as suas causas determinantes. O erro cometido pelo profissional de saúde pode resultar num 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,

podendo causar danos transitórios ou definitivos. Um *near-miss* verifica-se quando o erro é recuperado e não provoca dano, são considerados oportunidades de aprendizagem e melhoria contínua (Fragata, 2010a).

Na Recomendação 2009/C 151/01, do Conselho da União Europeia pode ler-se “...nos Estados-Membros da UE entre 8% e 12% dos doentes internados em hospitais (...) vítimas de acontecimentos adversos durante o seu tratamento. (...) grande parte (...) é passível de prevenção, (...) e, na sua maioria, parecem dever-se a factores sistémicos.” (p.2). Os eventos adversos nas instituições de saúde constituem um problema com consequências e desafios para a saúde pública. O conhecimento da taxa incidência e suas causas deverá ser encarado como o primeiro passo para a melhoria da qualidade e segurança em saúde (Fragata, 2010a; Sousa, Uva, Serranheira, Nunes, & Leite, 2014).

No nosso país, a notificação de incidentes e eventos adversos é possível para profissionais e cidadãos, desde 2013 através do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA). Esta plataforma é disponibilizada pela Direção Geral da Saúde através da Norma nº008/2013, tendo sido reconfigurada na sua estrutura e organização de conteúdos em 2014, passando a designar-se Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA. É disponibilizado através da Norma nº 015/2014, caracteriza-se pelo anonimato, confidencialidade e tem carácter não punitivo. De acordo com relatório de monitorização, foram registadas desde o início do sistema até ao final do 4º trimestre de 2019, 8610 notificações por parte dos profissionais de saúde, das quais 38% referem-se a acidentes com o doente, 15% relacionadas com recursos e gestão da organização e 9% relativas a incidentes com medicação/fluidos; no que diz respeito aos cidadãos foram registadas 469 notificações, onde se destaca 24% incidentes relacionados com o processo clínico, 19% relativos aos recursos e gestão da organização e 11% relacionadas com acidentes com o doente (DGS, 2014, 2019).

Com o objetivo de avaliar a incidência, o impacto e a prevenção de eventos adversos, em três hospitais da região metropolitana de Lisboa, Sousa et al. (2014), realizaram um estudo de *coorte* retrospectivo, no qual analisaram 1669 registos médicos representativos de 47783 admissões hospitalares, durante o ano de 2019. Os principais resultados revelaram uma taxa de incidência de 11,1% de eventos adversos, dos quais 53,2% seriam preveníveis, a maioria, 27% associados a procedimentos cirúrgicos; 18,3% eventos relacionados com a medicação e 12,2% relativos a infeção associada aos cuidados de saúde. De referir ainda que em termos de impacto para o doente 61%

resultaram em dano mínimo ou sem dano; 5,4% resultaram em dano permanente e 10,8% levaram à morte. Em termos de impacto económico 58,6% das situações tiveram um aumento no tempo de internamento e custos diretos associados.

Mais recentemente, no nosso país num outro estudo com o objetivo de avaliar a frequência e o impacto dos eventos adversos nos doentes, foi analisado o registo de internamento nos hospitais portugueses entre 2000 e 2015, tendo sido identificados todos os episódios com registo de evento adverso e posteriormente classificados em três categorias: imprevistos nos cuidados médicos e cirúrgicos, complicações dos procedimentos médicos e cirúrgicos e eventos adversos com medicação. Concluiu-se que de todos os internamentos registados, n=14890339, 5,8% (861372) advém de pelo menos um evento adverso, traduzindo-se num aumento no número de dias de internamento e custos associados, e quando relacionados com imprevistos e complicações médicas e cirúrgicas no aumento da mortalidade (Sousa-Pinto, Marques, Lopes, e Freitas (2018)).

Face ao exposto, torna-se evidente a necessidade de priorizar a segurança do doente apostando numa praxis segura e na mitigação dos erros, por todas as implicações que tem nas organizações, nos profissionais, na população e sobretudo no doente devido à incidência de eventos adversos associados ao ato cirúrgico.

4. CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

A prestação de cuidados cirúrgicos é feita por uma equipa multidisciplinar, cuja interação e atitudes específicas, contribuem para a segurança do doente. Considerando esta premissa, a Organização Mundial de Saúde refere que a Cultura de Segurança do Doente, para além de um estilo e de uma competência de gestão, é um produto de valores individuais e de grupo, cujas atitudes, perceções e padrões de comportamento, determinam o compromisso dessa instituição para com a segurança do doente, ressaltando ainda o ambiente próprio de cada organização, que recebe influências e influencia quem nela está presente (DGS, 2018; Smith, Sorra, Franklin, & Behm, 2015).

Quando falamos em segurança e cultura de segurança do doente, Fragata (2010a) considera que é inevitável a sua ligação à aviação e à engenharia nuclear, onde os fatores humanos e organizacionais são *drivers* da segurança que permitem a mudança das organizações e dos processos de trabalho, uma vez que na área da saúde está cada vez mais patente a adequação das suas metodologias de segurança e dinâmicas de equipa organizacionais, sendo exemplos práticos desta metodologia, a utilização da LVSC, recomendada pela DGS na Norma nº 02/ 2013 e o recurso à técnica ISBAR², na comunicação eficaz na transição de cuidados e recomendada na Norma nº 001/2017 da DGS.

(Fragata, 2010a) citando Reason, refere que a cultura de segurança deve ser uma cultura justa onde os profissionais não são punidos por cometer erros; uma cultura de reporte de eventos associada a uma cultura de aprendizagem, sendo também de referir a mudança cultural no que diz respeito à transparência e confiança no seio da equipa.

Tendo em consideração o referido anteriormente e sendo a segurança do doente uma prioridade para a Estratégia Nacional da Qualidade, é fundamental a avaliação da cultura de segurança do doente, sendo o ponto de partida para a introdução de mudanças no comportamento dos profissionais e instituições, por forma a direcionar intervenções de melhoria e monitorizar a sua evolução nas instituições (DGS, 2018; Diniz et al., 2015).

² ISBAR é a sigla que corresponde a: Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações)

Em Portugal, foi realizado em 2014 no âmbito da Norma nº 025/2013, o estudo piloto “Avaliação da cultura de segurança dos doentes nos hospitais”, a partir da aplicação do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC), da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), traduzido e adaptado ao contexto português por Eiras (2011) para “Questionário de Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais Portugueses”. Este instrumento permite avaliar 12 dimensões da cultura de segurança do doente, monitorizar alterações ao longo do tempo e avaliar o impacto de intervenções nesta área. Neste estudo participaram cinquenta a cinco unidades hospitalares, tendo apresentado uma taxa de adesão global de 18,3%. Como principais resultados verificou-se à data, a necessidade de intervenção prioritária nas dimensões, dotação de profissionais; resposta ao erro não punitiva e frequência da notificação, concluindo-se que a CSD não era assumida como uma prioridade pelos profissionais e instituições (DGS, 2018; Diniz et al., 2015).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 da DGS integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, contempla no seu objetivo estratégico I, aumentar a cultura de segurança do ambiente interno, recomendando a avaliação da cultura de segurança do doente nas instituições hospitalares, pretendendo-se que no final de 2020 a taxa de adesão nacional à avaliação da cultura de segurança seja superior ou igual a 90% e que a média nacional ponderada de todas as dimensões do questionário da avaliação da cultura de segurança do doente seja superior ou igual 50% (DGS, 2015). Perante o exposto, foram realizadas avaliações da CSD, nos anos 2016 e 2018, que nos mostram a necessidade de intervenção nas dimensões, resposta ao erro não punitiva; frequência da notificação; dotação de profissionais; apoio à segurança do doente pela gestão; trabalho entre unidades; abertura na comunicação; feedback e comunicação acerca do erro; perceções gerais sobre a segurança do doente e transições (DGS, 2018).

Mais recentemente, foi publicado a 24 de setembro do corrente ano o Despacho nº 9390/2021 que aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, no qual se apela à mobilização e ação dos diferentes intervenientes da saúde, desde os decisores políticos, passando pelos líderes e gestores das instituições, profissionais de saúde, utentes, doentes, famílias e cuidadores. Tem em consideração o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 da OMS, está estruturado em cinco pilares, nos quais se integram objetivos estratégicos, sendo o Pilar I referente à Cultura de Segurança.

Considerando o crescimento e as especificidades da CA, a AHRQ desenvolveu em 2014

o *Ambulatory Surgery Center Survey on Patient Safety Culture*, desenhado especificamente para ser aplicado em unidades de cirurgia ambulatoria. Smith et al. (2015) definem como dimensões da Cultura de Segurança do Doente em Cirurgia de Ambulatório, a comunicação relacionada com informação do doente, a abertura comunicacional, a equipa, pressão no trabalho e ritmo de trabalho, o trabalho em equipa, a capacitação do pessoal - conhecimento das tarefas a executar, a aprendizagem organizacional – melhoria contínua; a resposta ao erro e o apoio que os administradores/superiores hierárquicos dão para a segurança do doente. Referem ainda que cada ponto do processo de cuidar contém um certo grau de insegurança inerente. Devendo ser considerados aspetos como a existência de políticas claras, a capacidade de liderança organizacional, a existência de dados para promover melhorias na segurança, profissionais de saúde qualificados e envolvimento efetivo dos doentes nos seus cuidados, essenciais na garantia de melhorias sustentáveis e significativas na segurança dos cuidados de saúde.

Podemos concluir que as organizações com uma cultura de segurança positiva, são caracterizadas pela comunicação efetiva com base no respeito mútuo, confiança na partilha de preocupações relativas à segurança do doente e na aplicação de medidas preventivas (Smith et al., 2015). Perante o exposto Fragata (2010a) defende a promoção de uma Cultura Organizacional de Segurança, centrada em equipas, ou seja, uma cultura “*just*” em que as pessoas não são punidas por cometer erros, uma cultura de reporte de eventos e uma cultura de aprendizagem em torno dos mesmos.

4.1 CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE EM CIRURGIA AMBULATORIA- SINTESE DA EVIDÊNCIA

A síntese da evidência, na forma de revisão, é um aspeto basilar da prática baseada na evidência. Dependente dos objetivos e da questão de investigação, a abordagem poderá ser de diversas formas, sendo uma delas a revisão de *scoping* (Peters et al., 2015). Para a análise do estado da arte, foi realizada uma revisão de *scoping*, cujas etapas assim como a apresentação dos principais resultados, estão apresentados no Apêndice I.

Esta revisão tem como principal objetivo, mapear a evidência existente sobre a cultura de segurança do doente em unidades de cirurgia ambulatoria, dando resposta à questão de investigação: “Como avaliam os profissionais de saúde de uma unidade de cirurgia ambulatoria, a cultura de segurança do doente?”. A estratégia de pesquisa, segue a

metodologia para revisões de *scoping*, recomendada pelo *Joanna Briggs Institute*, identificando critérios de inclusão e exclusão, para População, Conceito e Contexto (PCC) Peters et al. (2020). Assim, e face ao exposto, esta revisão considera estudos que têm como participantes, profissionais de saúde a exercer funções em unidades de cirurgia de ambulatório, de instituições públicas ou privadas independentemente do seu vínculo laboral, idade e tempo de profissão; no que diz respeito ao conceito, considera estudos que avaliam a cultura de segurança do doente em unidades de cirurgia ambulatória assim como as dimensões que a constituem, tendo em vista a identificação de áreas problemáticas assim como as implicações que possam ter na segurança do doente, e quanto ao contexto, estão incluídos estudos realizados em unidades de cirurgia ambulatória, integradas ou não em hospitais, públicas ou privadas.

Dos estudos considerados elegíveis para a análise do estado da arte, é possível perceber que a abordagem à cultura de segurança em cirurgia de ambulatório é ainda muito limitada. São abordados diferentes aspetos das dimensões da cultura de segurança já referidos anteriormente, além dos critérios de seleção de doentes e a concetualização da unidade de cirurgia ambulatória.

Lorente-Herce et al. (2015) e Row (2018) nos seus estudos referem a importância da existência de protocolos de preparação e seleção de doentes tendo em conta não só o doente mas também o tipo de cirurgia e quais os critérios de alta, por forma a avaliar a segurança do doente, através de aspetos como a profilaxia antibiótica, manutenção da temperatura corporal dos doentes e a prevenção de fenómenos tromboembólicos. Row (2018), refere que a implementação de protocolos em cirurgia ambulatória, assim como uma cuidadosa seleção dos doentes, é essencial para a segurança do doente e aumenta a eficácia das unidades de cirurgia ambulatória. Este aspeto vai ao encontro a Lorente-Herce et al. (2015) que no seu estudo conclui que a criação destes protocolos tem efeitos positivos em termos de morbilidade e segurança do doente. Ainda, no que diz respeito a este aspeto, Joshi (2020) considera que a criação de protocolos de otimização da recuperação pós-operatória, designados por *Enhanced recovery pathways (ERPs)* ou *Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)*, adaptados à CA permitem a normalização dos cuidados perioperatórios minimizando assim a variabilidade e melhorando os resultados sendo que a sua implementação requer uma abordagem multidisciplinar, entre anestesistas, cirurgiões e enfermeiros de perioperatório, visando assim a segurança do doente.

Diaz Dayuta, Chee, Ong, e Tan (2016) com base na premissa de que a cirurgia do lado errado, apesar de pouco frequente, é considerado um evento adverso grave e com o objetivo de difundir a cultura de segurança do doente existente num bloco operatório de

cirurgia major para uma unidade de cirurgia ambulatoria, recorreram à aplicação do protocolo intitulado, “*High 5s Correct Site Surgery*”. Este protocolo recomenda no mínimo 3 aspetos que devem ser tidos em conta para a prevenção da cirurgia do lado errado, nomeadamente a verificação pré-operatória, marcação do local e realização do *time-out*. Ao mesmo tempo foi realizada uma análise dos fatores humanos com recurso ao Sistema de Classificação e Análise de Fatores Humanos³, não com o objetivo de culpabilizar, mas para auxiliar na identificação das causas de não cumprimento do protocolo. Concluindo que a cultura de segurança do doente assenta numa comunicação eficaz entre a equipa multidisciplinar, sendo este um fator chave a adotar, assim como a análise dos fatores humanos ajuda no desenvolvimento de estratégias de intervenção e aquisição de ferramentas para melhorar a *compliance*.

Tendo em conta o crescimento exponencial da cirurgia ambulatoria no nosso país, é essencial a avaliação da cultura de segurança do doente neste contexto. Assim Pinto e Sarnadas (2020) realizaram a tradução, adaptação e validação para a população portuguesa do questionário, *Ambulatory Surgery Center Survey on Patient Safety Culture*, desenvolvido pela AHRQ, sendo este o primeiro estudo desenvolvido no nosso país na área da cultura de segurança do doente em cirurgia de ambulatorio. A versão traduzida foi aplicada numa unidade privada de cirurgia ambulatoria, apresentando na avaliação psicométrica boa consistência interna, com *Alpha de Cronbach* de 0,934, podendo por isso ser considerado um instrumento válido, fiável e útil para a avaliação da cultura de segurança do doente em cirurgia de ambulatorio no nosso país. Com base nas dimensões analisadas obtiveram como principais resultados a necessidade de uma liderança proativa no que diz respeito à SD, promovendo uma comunicação efetiva e partilha de valores com consciência do risco e aceitação da sua falibilidade. Evidenciaram-se como pontos críticos da CSD as dimensões, “Capacitação do pessoal”, “Equipa, pressão e ritmo de trabalho” e “Apoio que a administração dá para a SD”.

Dentro do universo que é a cultura de segurança do doente em cirurgia de ambulatorio, todos os estudos apresentam uma abordagem diferente da mesma. Todavia, todos eles apontam para questões que merecem ser discutidas, uma vez que são essenciais não só para um bom entendimento do estado atual da arte, mas também para justificar a atualidade e pertinência do tema em discussão.

³ *Human Factors Analysis and Classification System* (HFACS), tradução nossa

CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1. DESENHO METODOLÓGICO

O enquadramento teórico que antecede este capítulo permite uma melhor compreensão do estado da arte.

Para Haro et al. (2016) a investigação científica é um processo sistemático que tem por objetivo fornecer informação para a resolução de um problema, procurando dar resposta a uma questão de investigação, Vilelas (2017) acrescenta ainda, que tem subjacente um método específico, uma forma de fazer as coisas, de colocar as questões, formular as respostas, característico da ciência, o que vai permitir ao investigador desenvolver o seu trabalho de um modo sistemático.

Neste capítulo, são apresentados os aspetos de natureza metodológica que irão dar o rumo pretendido ao estudo, definindo-se o tipo de estudo, questões de investigação e objetivos, enquadramento do estudo, população e amostra a estudar, o instrumento para a colheita de dados utilizado, procedimentos éticos e formais e o tratamento estatístico a ser utilizado.

1.1 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

No processo de investigação, a formulação da questão de investigação é uma etapa essencial, uma vez que fornece ao investigador o fio condutor da sua pesquisa de modo a que o seu trabalho se estruture de forma coerente (Haro et al., 2016; Vilelas, 2017).

Considerando o exposto, delineámos a questão de investigação: Qual a perceção dos profissionais, relativamente à cultura de segurança do doente, na unidade de cirurgia ambulatória de um centro hospitalar, da região centro do país?

Com o intuito de responder à nossa indagação, o objetivo geral desta investigação é identificar oportunidades de melhoria da cultura de segurança do doente, com o contributo de todos os profissionais envolvidos na prestação direta ou indireta de cuidados ao doente submetido a cirurgia em regime ambulatorio.

Como objetivos específicos pretendemos: caracterizar a cultura de segurança do doente de uma UCA de um CH; propor estratégias de melhoria no desempenho dos profissionais, que visem obter ganhos em saúde do doente cirúrgico; identificar no âmbito da segurança do doente as necessidades de formação expressas pelos profissionais de UCA de um CH.

1.2 TIPO DE ESTUDO

Sendo o conhecimento um processo teórico-prático, no qual as ideias e hipóteses são confrontadas com os factos empíricos de forma a afirmá-las ou negá-las, é fundamental a definição de um modelo concetual e operativo para a sua efetividade. Assim a escolha do tipo de estudo vai determinar a natureza dos dados a serem colhidos, que análise deve ser feita sobre esses dados e qual o significado e a aplicabilidade dos resultados (Vilelas, 2017).

Tendo em consideração a problemática, a questão de investigação e os objetivos delineados, optámos pela realização de um estudo exploratório/ descritivo transversal com abordagem quantitativa na utilização de uma escala traduzida. É exploratório porque pretende analisar uma temática onde muito pouco é conhecido e é descritivo porque nos permite descrever um fenómeno, uma população ou um conceito relativo a essa população, não estabelecendo relações entre variáveis (Haro et al., 2016; Vilelas, 2017). Esta investigação caracteriza-se também por ser um estudo transversal pelo facto de examinar, em simultâneo e num só momento da investigação, grupos de indivíduos relativamente a um fenómeno (Fortin, 2009).

1.3 ENQUADRAMENTO DO ESTUDO - POPULAÇÃO E AMOSTRA

O estudo é realizado numa Unidade de Cirurgia Ambulatória, de um Centro Hospitalar na região Centro do país. Esta unidade é composta por três salas operatórias que funcionam de segunda a sábado com cirurgia programada em regime ambulatório sem pernoita, com as especialidades cirúrgicas de oftalmologia, dermatologia, cirurgia geral (pequenas cirurgias) e urologia de 15 em 15 dias. Para a prestação de cuidados pós-anestésicos, existe uma unidade composta por oito camas para doentes submetidos a cirurgia sob anestesia geral e loco-regional e dez cadeirões para doentes submetidos a anestesia local, estão adstritos à unidade três enfermeiros e duas assistentes operacionais. A equipa multidisciplinar na sala operatória é composta por três enfermeiros, dois cirurgiões, um anestesiológista (doentes submetidos a anestesia geral) e uma assistente operacional. A equipa da unidade completa-se ainda com duas assistentes técnicas. A instituição onde está integrada a unidade em estudo, tem acreditação pela *Joint Comission International*.

Para o estudo foi utilizada uma amostragem não probabilística por conveniência, uma vez que os elementos selecionados, são aqueles que estavam mais acessíveis, tendo sido selecionados sem uma ordem específica, até se completar o número de elementos previstos para a amostra. Este tipo de amostragem é utilizada em contextos de

investigação exploratória (Haro et al., 2016; Vilelas, 2017), como é o caso do estudo atual.

A população alvo (N=59) deste estudo, são os profissionais da equipa multidisciplinar, nomeadamente, anestesistas, cirurgiões, enfermeiros, assistentes operacionais e assistentes técnicas, a exercerem funções na UCA na prestação direta e indireta de cuidados aos doentes submetidos a cirurgia em regime ambulatorio. A inclusão dos diversos grupos profissionais na população está relacionada com o facto de o trabalho ser desenvolvido em equipa, onde todos têm uma ponderação efetiva na cultura de segurança do doente. Foram excluídos 3 elementos, uma vez que se encontravam temporariamente ausentes do serviço. Como critérios de inclusão, foram considerados: o tempo de atividade profissional superior a 6 meses e a participação livre e consentida no estudo por parte dos profissionais. A investigadora foi excluída da amostra por se encontrar a exercer funções na unidade em questão.

Foram seguidas as recomendações dos autores do questionário original, *Ambulatory Surgery Center Survey on Patient Safety Culture*, que recomenda a exclusão de questionários que estão completamente em branco, que apresentem apenas respostas para as questões demográficas, ou que estejam preenchidos com exatamente a mesma resposta em todas as questões, dado que algumas questões são formuladas de forma inversa, o que a mesma resposta a todos os itens poderia significar que o participante não terá prestado a devida atenção e as respostas não podem ser consideradas válidas. Por esta razão, houve necessidade de excluir 1 questionário. Foram ainda excluídos mais dois questionários devido à desistência dos participantes após iniciar o preenchimento do mesmo. Face ao exposto, a amostra do estudo, é constituída por 52 participantes.

O período da colheita de dados decorreu entre 3 de dezembro de 2020 e 30 de janeiro de 2021.

1.4 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Em investigação, Haro et al. (2016) referem que o avanço da pesquisa depende da recolha de informação empírica fidedigna pois só assim os investigadores conseguirão dar resposta às suas questões de investigação, estabelecer conclusões do seu estudo e apontar novas perspetivas de investigação. A escolha do instrumento de colheita de dados a utilizar deve ser feita em função do objetivo da pesquisa e da abordagem que pretendemos utilizar. No recurso à abordagem quantitativa de um estudo Vilelas (2017) considera o questionário como o instrumento de colheita de dados eleito, uma vez que a colheita e tratamento dos dados se torna mais simplificada e rápida.

Existe a nível internacional um considerável número de instrumentos que permitem realizar a caracterização da CSD das instituições, entre eles o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC) e o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ). Considerando que a unidade em estudo é uma UCA, entendemos utilizar como instrumento de colheita de dados, o questionário “*Ambulatory Surgery Center Survey on Patient Safety Culture*” – (ASC) SOPS®, desenvolvido em 2014 pela AHRQ, adicionando-o a um conjunto de questionários já desenvolvidos na área da segurança do doente, sendo este, desenhado especificamente para UCAs, no qual se solicita a opinião de toda a equipa multidisciplinar no que concerne à CSD no seu local de trabalho (Smith et al., 2015). Para os autores, a aplicação deste questionário torna possível, aumentar a consciência dos profissionais para a segurança do doente; avaliar a segurança do doente; identificar pontos fortes e áreas a melhorar na cultura de segurança do doente; analisar mudanças da cultura de segurança do doente ao longo do tempo; avaliar o impacto na cultura organizacional de iniciativas na segurança do doente e fazer *benchmarking* com e entre instituições.

A versão original foi traduzida, adaptada culturalmente e validada para a realidade portuguesa em 2018 (Pinto, 2018; Pinto & Sarnadas, 2020). Após tradução e validação, apresenta-se como instrumento fiável com boas propriedades psicométricas com um *Alfa de Cronbach* de 0.93 (Pinto & Sarnadas, 2020). O questionário (Anexo I), avalia a segurança do doente e as questões relacionadas com a qualidade, num total de 35 itens. Destes, 27 avaliam 8 dimensões da cultura de segurança do doente, que se apresentam na tabela 1, assim como a sua definição.

Tabela 1: Dimensões da cultura de segurança do doente e sua definição

Dimensões da cultura de segurança do Doente	Definição
Comunicação relacionada com o doente	Medida em que a informação importante sobre o doente está disponível e é comunicada corretamente na UCA
Abertura comunicacional	Capacidade de a equipa comunicar quando alguém observa alguma coisa que não seja segura, sentindo-se confortável para fazer perguntas e se considera que as suas sugestões são valorizadas
Equipa, pressão e ritmo de trabalho	A equipa não se sente apressada, tem o tempo suficiente para preparar adequadamente os procedimentos e há pessoal suficiente para lidar com a carga de trabalho
Trabalho em equipa	Medida em que os profissionais são respeitosos e se ajudam mutuamente, trabalhando juntos como uma equipa eficaz e compreendendo os papéis e responsabilidades de cada um Os profissionais recebem orientações adequadas, assim como a atualização de conhecimentos, e integração que necessitam não

Capacitação do pessoal (conhecimento das tarefas a executar)	se sentindo pressionados a fazer tarefas para as quais não estão capacitados
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	Procura ativa que a UCA tem de maneiras para melhorar a SD e em que medida faz mudanças para garantir que os problemas não se repetem
Resposta ao erro	A equipa é informada sobre os problemas de SD, é enfatizada a aprendizagem em vez da culpa e os profissionais são tratados com justiça quando cometem erros
Apoio que a administração/superiores hierárquicos dão para a segurança do doente	Os administradores analisam os eventos que podem levar ao erro, fornecem recursos adequados e encorajam todos a sugerirem formas de melhorar a SD.

Ainda, e relativamente às dimensões da cultura de segurança, apresentam-se na tabela 2, os itens que a avaliam bem como a sua descrição. Os itens que compõem o questionário estão distribuídos pelas nove secções em que este está estruturado sendo identificadas pelas letras, A, B, C, D, E, F, G, H e I. A secção A identificada com “Trabalhar nesta instituição”, secção B “Trabalho em equipa e formação”, a secção C “Aprendizagem Organizacional/ Resposta aos Erros”, a secção D “Documentação de quase-eventos” na qual se pretende quantificar a frequência com que as UCAs documentam os “*near misses*” ou “quase - eventos”, a secção E “Apoio da administração para a segurança do doente”, a secção F “Avaliação global da SD do doente”, a secção G “Comunicação nas salas operatórias/ de procedimentos” na qual se questiona o participante acerca da sua presença no período intraoperatório e é avaliada a comunicação entre a equipa antes, durante e após a cirurgia/ procedimentos, a secção H relativa às características sociodemográficas do participante e uma secção, I, destinada a comentários (Pinto & Sarnadas, 2020; Smith et al., 2015).

Tabela 2: Dimensões da cultura de segurança do doente e itens que a avaliam

Dimensões da Cultura de Segurança do Doente e itens que a avaliam
1. Comunicação relacionada com a informação do doente
A1 – Informações importantes sobre os doentes são comunicadas claramente entre as diversas áreas desta instituição.
A5i – Faltam informações importantes sobre os doentes quando são necessárias.
A7 – Partilhamos informações importantes sobre os doentes assim que estas se encontram disponíveis.
A9 – Nesta instituição, fazemos um bom trabalho relativamente à comunicação de informações que afetam os cuidados do doente.
2. Abertura Comunicacional
A2 – Sentimo-nos confortáveis para fazer perguntas quando alguma coisa não parece correta.
A4 – Quando vemos alguém com mais autoridade a fazer algo que não seja seguro para os doentes, comunicamos-lhe.
A6 – As nossas ideias e sugestões são valorizadas nesta instituição.

3. Equipa, pressão ritmo de trabalho

A3 – Temos trabalhadores suficientes para comportar toda a carga de trabalho.

A8 – Há tempo suficiente entre os procedimentos para preparar adequadamente o seguinte.

A10i– Sentimo-nos apressados quando prestamos cuidados aos doentes.

4. Trabalho em equipa

B1 – Nesta instituição, quando alguém fica muito ocupado, a restante equipa ajuda.

B4 – Médicos e restante equipa compreendem claramente quais os papéis que cada um desempenha e respetivas responsabilidades.

B6i – Nesta instituição é permitido comportamento desrespeitoso por aqueles que aqui trabalham.

B8 – trabalhamos juntos como uma verdadeira equipa.

5. Capacitação do pessoal (conhecimento das tarefas a executar)

B2 – Nesta instituição, novos membros da equipa recebem uma orientação adequada.

B3i – A equipa sente-se pressionada para realizar tarefas para as quais não tem formação.

B5 – Nesta instituição recebemos a formação no trabalho que necessitamos.

B7 – A equipa recebe a formação que necessita para a atualização de conhecimentos.

6. Aprendizagem organizacional/ melhoria contínua

C1 – Esta instituição procura ativamente formas de melhorar a segurança do doente.

C3 – Fazemos melhorias quando alguém refere problemas com a segurança do doente.

C6 – Somos bons a mudar procedimentos de forma a garantir que problemas na segurança dos doentes não se repetem.

7. Resposta ao erro

C2 – Os membros da equipa são tratados de forma justa quando alguém comete erros.

C4 – A aprendizagem, em vez de culpa, é enfatizada quando são cometidos erros

C5 – Nesta instituição, a equipa é informada acerca dos problemas que ocorrem relativos à segurança do doente.

8. Apoio da administração/ superiores hierárquicos na segurança do doente

E1 – A administração encoraja todos a sugerirem formas de melhorar a segurança dos doentes.

E2 – A administração avalia os quase-eventos que poderiam ter prejudicado os doentes, mas não o fizeram

E3 – A administração fornece recursos adequados para melhorar a segurança do doente.

Adaptado de Smith et al. (2015); “i”(pergunta formulada na negativa)

São utilizadas no questionário duas escalas de *Likert*, uma para avaliar o grau em que o participante está ou não de acordo com o enunciado (de “Discordo Fortemente” a “Concordo Fortemente”), e outra que avalia a frequência com que o participante efetua o que está no enunciado (de “Nunca” a “Sempre”), está também incluída uma opção possível de ser assinalada caso o participante considere que o enunciado “não se aplica” ou “não sabe” responder.

Para melhorar a eficácia na análise e interpretação dos resultados obtidos e seguindo a metodologia proposta pela AHRQ, procedemos à recodificação da escala de *Likert*, que se apresenta na tabela 3. Os autores do questionário original consideram o principal indicador de análise de um item a percentagem de respostas positivas ou negativas de cada um. Queremos com isto dizer, que a escala de *Likert* de 5 categorias de resposta se transforma numa escala com apenas 3 categorias. Assim, as duas categorias que representam as respostas mais baixas (1 e 2) são combinadas numa só – “Negativo”, da mesma forma que as categorias de respostas mais elevadas (4 e 5) também são combinadas numa única categoria – “Positivo”; os valores centrais da escala (3) são tratados separadamente, numa categoria, designada por “Neutro”.

Tabela 3: Recodificação da escala de *Likert*

Codificação base	Discordo fortemente	Discordo	Não Concordo/ Nem Discordo	Concordo	Concordo Fortemente
	Nunca	Raramente	Por vezes	Maioria das vezes	Sempre
Recodificação	NEGATIVO		NEUTRO	POSITIVO	

Adaptado de Smith et al. (2015)

Alguns dos itens que compõem as dimensões estão formulados na negativa (estão invertidos), sendo por isso identificados pela letra “i”, devendo ser considerados na positiva, ponto que foi tido em conta aquando da análise dos dados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®).

1.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS

A investigação implica, por parte do investigador, o levantamento de questões éticas, decorrentes das exigências morais, que podem entrar em conflito com o rigor da investigação (Vilelas, 2017).

Como refere Nunes (2020):

(...) ética na investigação abrange todas as etapas do processo, (...), do princípio ao fim do estudo, desde a pertinência e definição do problema a estudar à validade dos resultados (...), da escolha da metodologia adequada aos instrumentos e processos apropriados de colheita e análise de dados, da confrontação de resultados de outros estudos às regras de publicação e disseminação dos resultados. (p.5)

O consentimento informado é uma das pedras angulares de investigação eticamente sólida. É neste processo que o investigador se assegura que o participante entende os riscos / benefícios, conhece os seus direitos, onde se inclui o de não participar ou abandonar a investigação (Nunes, 2013).

Face ao exposto, foi solicitada a permissão para a aplicação da versão portuguesa do instrumento de colheita de dados (Anexo II), à responsável pela sua tradução e validação. Para a colheita de dados e realização do estudo, foi solicitada autorização ao Conselho de Administração e Comissão de Ética do Centro Hospitalar, que integra a UCA, em impresso próprio e cujas autorizações respetivas se encontram no final do deste documento (Anexo III).

Após a obtenção de um parecer favorável de todas as entidades, foi realizada reunião com a direção do serviço, diretora do serviço e enfermeira gestora, por forma a

comunicar os objetivos do estudo, a sua finalidade e solicitar a sua colaboração na divulgação do mesmo.

Os questionários foram entregues individualmente a cada um dos elementos da equipa multidisciplinar em envelope aberto, juntamente com a solicitação de consentimento informado para a participação no estudo (Apêndice II), tendo sido posteriormente recolhidos em envelope selado. Para o efeito, foi colocada uma caixa devidamente identificada, em local previamente identificado e de acesso fácil a todos os participantes, onde seriam colocados os envelopes selados com o questionário, e uma capa na qual se colocariam os consentimentos informados.

1.6 TRATAMENTO DOS DADOS

O tratamento estatístico é o método mais adequado para analisar e interpretar os dados recolhidos na investigação proposta, possibilitando simplificar, resumir, organizar, interpretar e comunicar a informação recolhida (Polit, Beck, & Hungler, 2004).

Após a colheita dos dados, procedemos à sua organização numa base de dados no programa *Microsof Excel®*, que foi cedida pela AHRQ (Apêndice IV), tendo sido posteriormente transferida o software informático SPSS® - *Statistical Package for the Social Science*, de modo a serem analisados.

Seguindo a metodologia proposta por Smith et al. (2015), foi feito estudo de fidelidade, avaliando consistência interna do questionário através do *Alpha de Cronbach*, que nos permite avaliar a homogeneidade dos itens que constituem um instrumento ou seja como um conjunto de itens avalia uma variável, se de forma fraca ou estável e corresponde à correlação entre a escala usada e outras escalas com igual número de itens para medir a mesma característica (Haro et al., 2016; Vilelas, 2017). De acordo com Vilelas (2017) o valor do *Alpha* deverá variar entre 0 e 1 como se demonstra na tabela 4. Sendo esta a “técnica mais correntemente utilizada para estimar a consistência interna de um instrumento de medida quando existem várias escolhas para o estabelecimento de scores, como na escala de *Likert*” (Fortin, 2009, p. 227).

Tabela 4: Valores referência do *Alpha de Cronbach*

Varição valores <i>Alpha de Cronbach</i>	Consistência interna
Superior a 0.9	Muito boa
Entre 0.8 e 0.9	Boa
Entre 0.7 e 0.8	Razoável
Entre 0.6 e 0.7	Fraca
Inferior a 0.6	Inadmissível

Adaptado de Vilelas (2017)

Seguindo a metodologia referida, além da caracterização sociodemográfica da amostra, foi avaliada a percentagem de respostas positivas, constituindo esta o principal indicador para a análise de cada item, valores de respostas positivas superiores ou iguais a 75%, revelam aspetos fortes/positivos da CSD, valores localizados entre os 50% e os 75% exclusive, representam áreas ou aspetos a melhorar e valores inferiores a 50% representam aspetos negativos, críticos ou problemáticos da CSD.

Os resultados obtidos são apresentados no ponto seguinte com recurso a tabelas, e gráficos, por forma a organizar e sistematizar melhor a informação.

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Neste capítulo procedemos à apresentação e análise dos resultados obtidos, por forma a dar resposta aos objetivos do estudo. No sentido de facilitar a sua leitura e análise esta será feita com recurso a tabelas e gráficos.

Importa referir que a análise e tratamento dos dados foi realizada conforme preconizada por Smith et al. (2015), que se encontra descrita no capítulo referente à metodologia.

Iniciamos com a caracterização sociodemográfica da amostra, seguida da avaliação das características psicométricas dos itens, dimensões e total da escala na qual é feita a comparação com o *Alfa de Cronbach* de estudos anteriores Pinto (2018) e Sorra, Smith, e Franklin (2015).

2.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Relativamente à distribuição por grupo profissional, podemos observar na tabela 5, que os participantes são na sua maioria enfermeiros (33%), seguindo-se cirurgiões (29%), anestesistas (19%) e assistentes operacionais (15%) os restantes grupos profissionais são representados de uma forma mais discreta.

Tabela 5: Distribuição da amostra por categoria profissional

Distribuição por categoria profissional (Item H1)	N	%
Anestesiologista	10	19%
Cirurgião	15	29%
Enfermeiro	17	33%
Assistente Operacional	8	15%
Assistente Técnico	2	4%
Total	52	100%

No que se refere ao número de horas de trabalho por semana na tabela 6, verificamos, que 67% dos profissionais referem trabalhar entre 32 a 40 horas por semana na unidade e 29% referem trabalhar mais de 40 horas por semana.

Tabela 6: Distribuição do número de horas de trabalho semanal

Horas de Trabalho por semana (Item H2)	N	%
1 a 16 horas por semana	1	2%
17 a 31 horas por semana	1	2%
32 a 40 horas por semana	35	67%
Mais de 40 horas por semana	15	29%
Total	52	100%

Serão analisadas no ponto seguinte as dimensões que caracterizam a cultura de segurança do doente em cirurgia de ambulatório.

2.2 CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE – DIMENSÕES E ITENS

Iniciaremos este ponto com a apresentação do estudo de fidelidade e características psicométricas dos itens, dimensões e total da escala, apresentação dos resultados para cada uma das dimensões da CSD e posteriormente uma apresentação mais detalhada de cada um dos itens que as compõem.

De modo a avaliar a consistência interna do instrumento de colheita de dados utilizado, foi calculado o *Alpha de Cronbach*, estes dados são visíveis na tabela 7. É possível verificar que as dimensões que apresentam melhor consistência interna, com valores entre 0.73 e 0.78 são as referentes à abertura comunicacional, à aprendizagem organizacional e ao apoio que os administradores/superiores hierárquicos dão para a SD. Verificou-se que as dimensões referentes à comunicação relacionada com doente, à equipa, pressão e ritmo de trabalho e à resposta ao erro, notificação de quase-eventos, apresentam valores críticos que variam entre 0.50 e 0.57. Contudo, em termos globais a escala apresenta uma boa consistência interna ($\alpha=0.83$), o que nos leva a concluir que esta constitui um bom indicador de precisão e fiabilidade.

Tabela 7: Coeficientes de correlação dos itens com o total de cada subescala, se apagados os itens e respetivos coeficientes de consistência interna.

Dimensões da Escala	Itens		Correlação item total corrigido	Alfa se apagado o item
1. Comunicação relacionada com informação do doente	A1	Informações importantes sobre os doentes são claramente comunicadas entre as diversas áreas desta instituição	0,480	0.305
	A5	Faltam informações importantes sobre os doentes quando são necessárias (i)	0,302	0,424
	A7	Partilhamos informações importantes sobre os doentes assim que estas se encontram disponíveis	0,092	0,666
	A9	Nesta instituição, fazemos um bom trabalho relativamente à comunicação de informações que afetam os cuidados ao doente	0,426	0,307
	Total	Pinto (2018) $\alpha=0,75$; Sorra et al. (2015) $\alpha=0,71$ Este estudo $\alpha=0,50$		
2. Abertura comunicacional	A2	Sentimo-nos confortáveis para fazer perguntas quando alguma coisa não parece correta	0,764	0,514
	A4	Quando vemos alguém com mais autoridade a fazer algo que não seja seguro para os doentes, comunicamos-lhe	0,640	0,679
	A6	As nossas ideias e sugestões são valorizadas nesta instituição	0,498	0,823
	Total	Pinto (2018) $\alpha=0,65$; Sorra et al. (2015) $\alpha=0,69$ Este estudo $\alpha=0,77$		

3. Equipa, pressão e ritmo de trabalho	A3	Temos trabalhadores suficientes para comportar toda a carga de trabalho	0,385	0,453
	A8	Há tempo suficiente entre os procedimentos para preparar adequadamente o seguinte	0,301	0,582
	A10	Sentimo-nos apressados quando prestamos cuidados aos doentes (i)	0,457	0,358
	Total	Pinto (2018) $\alpha=0,77$; Sorra et al. (2015) $\alpha=0,78$ Este estudo $\alpha=0,56$		
4. Trabalho em equipa	B1	Nesta instituição, quando alguém fica muito ocupado, a restante equipa ajuda	0,524	0,505
	B4	Médicos e restante equipa compreendem claramente quais os papéis que cada um desempenha e respetivas responsabilidades	0,491	0,558
	B6	Nesta instituição é permitido comportamento desrespeitoso por aqueles que aqui trabalham (i)	0,314	0,657
	B8	Trabalhamos juntos como uma verdadeira equipa	0,424	0,583
	Total	Pinto (2018) $\alpha=0,77$; Sorra et al. (2015) $\alpha=0,74$ Este estudo $\alpha=0,64$		
5. Capacitação do pessoal (conhecimento das tarefas a executar)	B2	Nesta instituição, novos membros da equipa recebem uma orientação adequada	0,669	0,428
	B3	A equipa sente-se pressionada para realizar tarefas para as quais não tem formação (i)	0,048	0,825
	B5	Nesta instituição recebemos a formação no trabalho que necessitamos	0,567	0,547
	B7	A equipa recebe a formação que necessita para a atualização de conhecimentos	0,629	0,462
	Total	Pinto (2018) $\alpha=0,79$; Sorra et al. (2015) $\alpha=0,83$ Este estudo $\alpha=0,66$		
6. Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	C1	Esta instituição procura ativamente formas de melhorar a segurança dos doentes	0,463	0,759
	C3	Fazemos melhorias quando alguém refere problemas com a segurança do doente	0,689	0,493
	C6	Somos bons a mudar procedimentos de forma a garantir que problemas na segurança dos doentes não se repetem	0,573	0,658
	Total	Pinto (2018) $\alpha=0,76$; Sorra et al. (2015) $\alpha=0,83$ Este estudo $\alpha=0,73$		
7. Resposta ao erro	C2	Os membros da equipa são tratados de forma justa quando alguém comete erros.	0,460	0,354
	C4	A aprendizagem, em vez de culpa, é enfatizada quando são cometidos erros	0,415	0,425
	C5	Nesta instituição, a equipa é informada acerca dos problemas que ocorrem relativos à segurança do doente	0,308	0,575
	Total	Pinto (2018) $\alpha=0,66$; Sorra et al. (2015) $\alpha=0,78$ Este estudo $\alpha=0,57$		
8. Apoio que a administração/superiores hierárquicos dão para a SD	E1	A administração encoraja todos a sugerirem formas de melhorar a segurança dos doentes	0,731	0,546
	E2	A administração avalia os quase-eventos que poderiam ter prejudicado os doentes, mas não o fizeram	0,521	0,880
	E3	A administração fornece recursos adequados para melhorar a segurança do doente	0,641	0,643
	Total	Pinto (2018) $\alpha=0,80$; Sorra et al. (2015) $\alpha=0,84$ Este estudo $\alpha=0,74$		
TOTAL da ESCALA		Pinto (2018) $\alpha=0,93$; Sorra et al. (2015) α não indicado; Este estudo $\alpha=0,83$		

A análise das dimensões da cultura de segurança do doente considerando a percentagem de respostas positivas e descrita na figura 1, demonstra-nos que a dimensão referente à aprendizagem organizacional é aquela que se apresenta com maior percentagem de respostas positivas (68%), contudo e considerando como referência os valores considerados por Smith et al. (2015), este é ainda um aspeto a melhorar na CSD. Todas as outras dimensões apresentam valores relativamente baixos, em especial o apoio da administração para a segurança do doente (27%), a capacitação do pessoal - conhecimento das tarefas a executar (27%) e a resposta ao erro (37%).

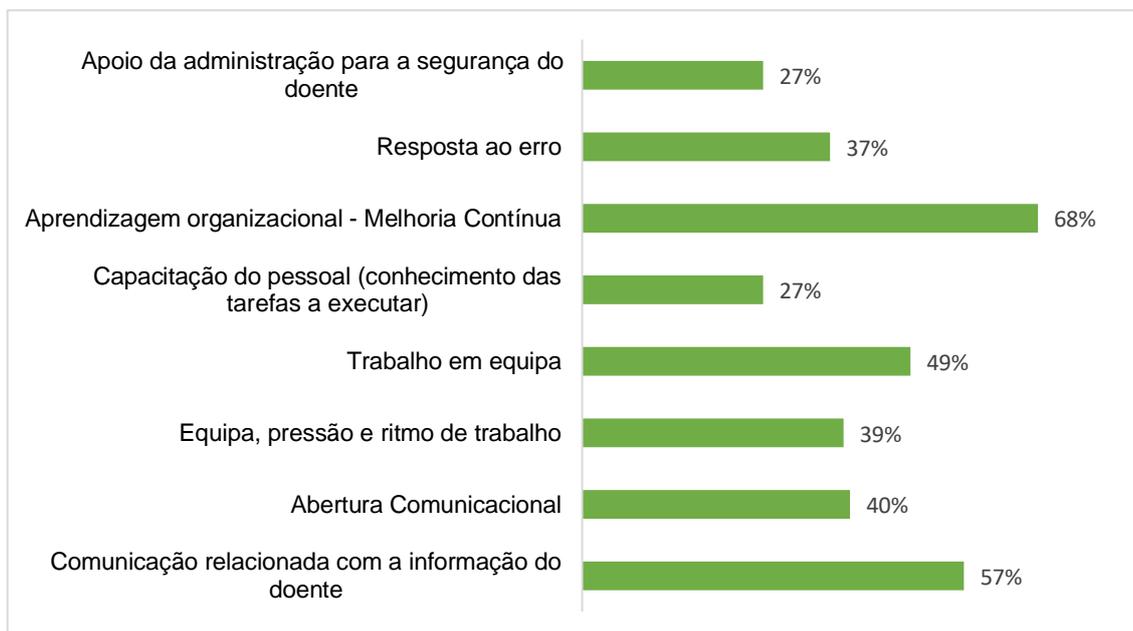


Figura 1: Percentagem de respostas positivas por dimensão da Cultura de Segurança do Doente

Cada dimensão é composta por diferentes itens, por forma a tentar perceber como cada um deles influencia a dimensão, de seguida apresentamos os resultados para cada dimensão e respetivos itens.

Relativamente à dimensão “Comunicação relacionada com o doente”, é avaliada por quatro itens como é possível observar na tabela 8, com uma percentagem total de 57% de respostas positivas, revela-se como uma das áreas a melhorar, sobretudo no que se refere ao item A5 (36%), referente à falta de informações pertinentes relativamente ao doente, sendo um aspeto crítico nesta unidade.

Tabela 8: Distribuição de respostas positivas para os itens da dimensão 1 – Comunicação relacionada com informação do doente.

D1 – Comunicação relacionada com a informação do doente	% Positivas	% Neutras	% Negativas
A1 - Informações importantes sobre os doentes são comunicadas claramente entre as diversas áreas desta instituição.	63%	35%	2%
A5i – Faltam informações importantes sobre os doentes quando são necessárias.	36%	56%	8%
A7 – Partilhamos informações importantes sobre os doentes assim que estas se encontram disponíveis.	63%	22%	15%
A9 – Nesta instituição, fazemos um bom trabalho relativamente à comunicação de informações que afetam os cuidados do doente.	67%	29%	4%

Nota: (1) - “i” item formulado na negativa; (2) NS/NA nº de participantes que responderam Não Sei ou Não se Aplica; (3) se o nº de participantes for inferior a 3 os dados não aparecem

No que diz respeito à dimensão relativa à “abertura comunicacional”, esta apresenta uma percentagem total de 40% de respostas positivas e é avaliada por 3 itens como podemos observar na tabela 9, revela-se um dos pontos críticos da unidade em estudo. De salientar, pela negativa, o item A6 “As nossas ideias e sugestões são valorizadas nesta instituição”, que apresenta uma percentagem de respostas positivas de 13%. Estes valores indicam-nos a dificuldade que os profissionais têm em questionar e sugerir, mas sobretudo alerta para a urgência de mudança de postura dos líderes/gestores da unidade em estudo.

Tabela 9: Distribuição de respostas positivas para os itens da dimensão 2 – Abertura comunicacional

D2 – Abertura Comunicacional	% Positivas	% Neutras	% Negativas
A2 - Sentimo-nos confortáveis para fazer perguntas quando alguma coisa não parece correta.	55%	37%	8%
A4 - Quando vemos alguém com mais autoridade a fazer algo que não seja seguro para os doentes, comunicamos-lhe.	51%	35%	13%
A6 - As nossas ideias e sugestões são valorizadas nesta instituição.	13%	34%	52%

Nota: (1) NS/NA nº de participantes que responderam Não Sei ou Não se Aplica; (2) se o nº de participantes for inferior a 3 os dados não aparecem

Relativamente à dimensão “equipa, pressão e ritmo de trabalho”, esta apresenta um percentual de respostas positivo de 39%, é por isso, considerado um aspeto crítico da CSD na UCA em análise. Esta dimensão é composta por três itens, A3, A8 e A10i como podemos observar na tabela 10. De ressaltar que todos os itens apresentaram valores

de respostas positivas abaixo de 49%, o que revela, dotação insuficiente de profissionais observada pela percentagem de respostas positivas do item A3 (27%), falta de tempo entre os procedimentos e que os profissionais se sentem apressados enquanto prestam cuidados.

Tabela 10: Distribuição de respostas positivas para os itens da dimensão 3 – Equipa, pressão e ritmo de trabalho

D3 – Equipa, pressão e ritmo de trabalho	% Positivas	% Neutras	% Negativas
A3 - Temos trabalhadores suficientes para comportar toda a carga de trabalho.	27%	44%	29%
A8 - Há tempo suficiente entre os procedimentos para preparar adequadamente o seguinte.	49%	44%	8%
A10i - Sentimo-nos apressados quando prestamos cuidados aos doentes.	42%	52%	6%

Nota: (1) - “i” item formulado na negativa; (2) NS/NA nº de participantes que responderam Não Sei ou Não se Aplica; (3) se o nº de participantes for inferior a 3 os dados não aparecem

Relativamente à dimensão referente ao trabalho em equipa também esta se revela como um aspeto crítico da CSD na unidade em estudo, apresentando uma percentagem total de respostas positivas de 49%. Esta dimensão é avaliada por quatro itens que se apresentam na tabela 11, sendo que o que mais se destaca como ponto forte é o item B4 (75%), o que revela uma clara distinção papéis e funções entre os profissionais da equipa multidisciplinar. Contudo o item B8 (36%) é claramente um ponto crítico nesta dimensão, que poderá estar relacionado com o ritmo de trabalho, número de doentes e claramente com a baixa dotação de profissionais.

Tabela 11: Distribuição de respostas positivas para os itens da dimensão 4 – Trabalho em equipa

D4 – Trabalho em equipa	% Positivas	% Neutras	% Negativas
B1 - Nesta instituição, quando alguém fica muito ocupado, a restante equipa ajuda.	61%	20%	20%
B4 - Médicos e restante equipa compreendem claramente quais os papéis que cada um desempenha e respetivas responsabilidades.	75%	19%	6%
B6i - Nesta instituição é permitido comportamento desrespeitoso por aqueles que aqui trabalham.	25%	29%	46%
B8 - Trabalhamos juntos como uma verdadeira equipa.	36%	23%	40%

Nota: (1) - “i” item formulado na negativa; (2) NS/NA nº de participantes que responderam Não Sei ou Não se Aplica; (3) se o nº de participantes for inferior a 3 os dados não aparecem

A capacitação do pessoal (conhecimento das tarefas a executar) é outra das dimensões avaliadas, apresenta uma percentagem total de respostas positivas de 27%, constituindo uma dimensão crítica da UCA. Avaliada por quatro itens que se apresentam na tabela 12, todos eles com valores abaixo de 35%. Estes aspetos revelam a falta de um plano adequado de integração e formação dos profissionais, devendo ser alvo de reflexão pelos gestores do serviço.

Tabela 12: Distribuição de respostas positivas para os itens da dimensão 5 – Capacitação do pessoal (conhecimento das tarefas a executar)

D5 – Capacitação do pessoal (conhecimento das tarefas a executar)	% Positivas	% Neutras	% Negativas
B2 - Nesta instituição, novos membros da equipa recebem uma orientação adequada.	29%	29%	41%
B3i - A equipa sente-se pressionada para realizar tarefas para as quais não tem formação	35%	35%	30%
B5 - Nesta instituição recebemos a formação no trabalho que necessitamos.	21%	33%	46%
B7 - A equipa recebe a formação que necessita para a atualização de conhecimentos.	24%	27%	49%

Nota: (1) - “i” item formulado na negativa; (2) NS/NA nº de participantes que responderam Não Sei ou Não se Aplica; (3) se o nº de participantes for inferior a 3 os dados não aparecem

A aprendizagem organizacional – melhoria contínua, apresenta-se como a dimensão com maior percentagem de respostas positivas (68%), contudo é um aspeto que deverá ser melhorado. Esta dimensão é avaliada por três itens como podemos observar na tabela 13, de destacar os itens C1 “Esta instituição procura ativamente formas de melhorar a segurança do doente” e C3 “Fazemos melhorias quando alguém refere problemas com a segurança do doente”, com 79% e 75% de respostas positivas respetivamente. Como aspeto a melhorar o item C6 “Somos bons a mudar procedimentos de forma a garantir que problemas na segurança dos doentes não se repetem” (52%).

Tabela 13: Distribuição de respostas positivas para os itens da dimensão 6 – Aprendizagem organizacional – melhoria contínua

D6 – Aprendizagem organizacional – Melhoria contínua	% Positivas	% Neutras	% Negativas
C1 - Esta instituição procura ativamente formas de melhorar a segurança do doente.	79%	17%	4%
C3 - Fazemos melhorias quando alguém refere problemas com a segurança do doente.	75%	17%	8%
C6 - Somos bons a mudar procedimentos de forma a garantir que problemas na segurança dos doentes não se repetem.	52%	29%	19%

Nota: (1) NS/NA nº de participantes que responderam Não Sei ou Não se Aplica; (2) se o nº de participantes for inferior a 3 os dados não aparecem

No que diz respeito à dimensão relativa à resposta ao erro, esta apresenta um total de respostas positivas de 37%, o que representa aspeto crítico na CSD da unidade em estudo. Como podemos observar na tabela 14 esta dimensão é avaliada por três itens todos eles com percentagens de respostas positivas, que variam entre os 42% e os 29%.

Tabela 14: Distribuição de respostas positivas para os itens da dimensão 7 – Resposta ao erro

D7 – Resposta ao erro	% Positivas	% Neutras	% Negativas
C2- Os membros da equipa são tratados de forma justa quando alguém comete erros.	29%	35%	35%
C4 – A aprendizagem, em vez de culpa, é enfatizada quando são cometidos erros.	38%	25%	36%
C5 – Nesta instituição, a equipa é informada acerca dos problemas que ocorrem relativos à segurança do doente.	42%	36%	21%

Nota:(1) NS/NA nº de participantes que responderam Não Sei ou Não se Aplica; (2) se o nº de participantes for inferior a 3 os dados não aparecem

No que se refere ao apoio da administração para a segurança do doente, esta dimensão está entre as mais críticas na CSD da unidade em estudo, uma vez que apresenta um total de respostas positivas de 27%. É avaliada por três itens apresentados na tabela 15. De frisar que o item E2 “A administração avalia os quase-eventos que poderiam ter prejudicado os doentes, mas não o fizeram” é o mais crítico de todos os itens que são avaliados no questionário, apresentado assim o percentual mais baixo de respostas positivas – 12%.O facto de ser a dimensão com pior classificação no estudo e de todos os itens que a avaliam apresentarem percentagens de respostas positivas inferiores a 40%, mostra a urgência da reflexão e de intervenção nesta área da CSD pela direção da unidade.

Tabela 15: Distribuição de respostas positivas para os itens da dimensão 8 – Apoio que a administração/ superiores hierárquicos dão para a segurança do doente

D8 – Apoio que a administração/ superiores hierárquicos dão para a segurança do doente	% Positivas	% Neutras	% Negativas
E1 – A administração encoraja todos a sugerirem formas de melhorar a segurança dos doentes.	32%	42%	26%
E2 – A administração avalia os quase-eventos que poderiam ter prejudicado os doentes, mas não o fizeram.	12%	66%	22%
E3 – A administração fornece recursos adequados para melhorar a segurança do doente.	38%	32%	30%

Nota: (1) NS/NA nº de participantes que responderam Não Sei ou Não se Aplica; (2) se o nº de participantes for inferior a 3 os dados não aparecem

Apresentados os resultados globais para cada uma das dimensões e respetivos itens, importa perceber como cada grupo profissional está representado em cada dimensão, estando os dados apresentados na tabela 16. Como é possível observar o grupo profissional de enfermagem é aquele que apresenta um percentual de respostas positivas mais baixo em todas as dimensões, de ressaltar pela negativa a dimensão – Capacitação do pessoal (conhecimento das tarefas a executar) – com 10% de respostas positivas. Este resultado está em linha com os restantes grupos profissionais, sendo a dimensão que apresenta valores mais críticos em todas as categorias profissionais.

Tabela 16: Distribuição de respostas positivas para cada dimensão, conforme o grupo profissional

Dimensões da escala	Categoria Profissional			
	Enf. n= 17	Cirur n=15	Anest n=10	A. op n=8
Comunicação relacionada com informação do doente	51%	72%	55%	58%
Abertura comunicacional	29%	62%	50%	14%
Equipa, pressão e ritmo de trabalho	22%	29%	43%	17%
Trabalho em equipa	38%	70%	68%	50%
Capacitação do pessoal – conhecimento das tarefas a executar	10%	47%	20%	33%
Aprendizagem organizacional - melhoria contínua	63%	71%	70%	83%
Resposta ao erro	24%	62%	43%	17%
Apoio que a administração/ superiores dão para a SD	34%	29%	13%	29%

A Cultura de Segurança do Doente, além das dimensões referidas anteriormente, engloba também a notificação de *Near-Misses* ou *Quase-eventos*, cujos resultados são apresentados de seguida.

2.3 DOCUMENTAÇÃO DE QUASE-EVENTOS

No que diz respeito aos *Near-Misses* ou *quase-eventos*, é possível observar na Figura 2 uma cultura de subnotificação, 45% dos respondentes referem que *Raramente* notificam, enquanto somente 7% notificam *Sempre* ou a *Maior parte das vezes*.

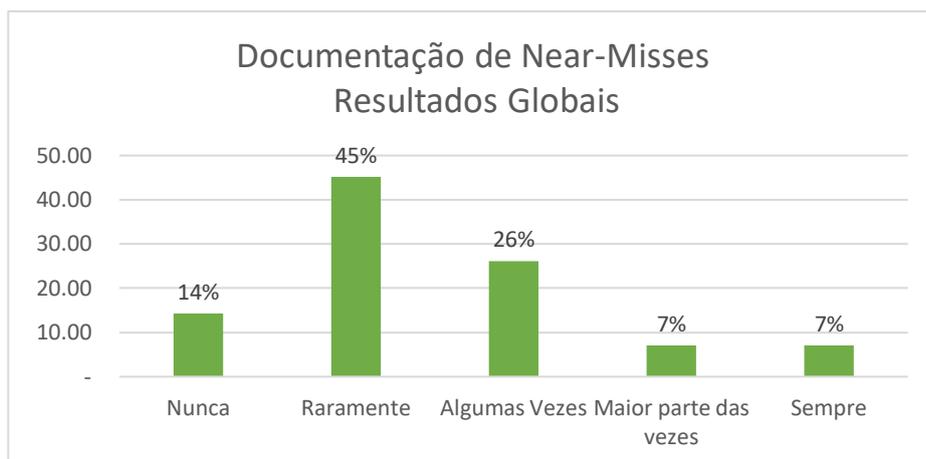


Figura 2: Resultados globais referentes à notificação de *quase-eventos*

Ao observarmos as respostas por grupo profissional na tabela 17, é possível verificar alguma consistência nos resultados, de notar que 23% dos cirurgiões notifica *Sempre* e que 63% dos enfermeiros *Raramente* notificam. Esta situação pode acontecer por falta de conhecimento do sistema de notificação ou por medo de represálias.

Tabela 17: Distribuição de respostas positivas para Documentação de Near-Misses, conforme o grupo profissional

Documentação de <i>Near- Misses</i>	Grupo Profissional			
	Enf. n= 17	Cirur n=15	Anest n=10	A. op n=8
Sempre	0%	23%	0%	0%
Maior Parte das Vezes	6%	8%	10%	0%
Algumas Vezes	19%	23%	40%	33%
Raramente	63%	38%	30%	33%
Nunca	13%	8%	20%	33%

Perante os resultados obtidos, e tendo em conta o grande número de aspetos críticos na CSD da unidade em estudo, é importante perceber como os profissionais a classificam, apresentam-se os resultados no ponto seguinte.

2.4 CLASSIFICAÇÃO GLOBAL DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

Relativamente à classificação da cultura de segurança do doente na unidade em estudo nesta investigação, podemos observar na Figura 3, que 58% dos inquiridos considera a CSD da sua unidade como “Boa”, 13% como “Muito Boa” e 8% como “Excelente”.

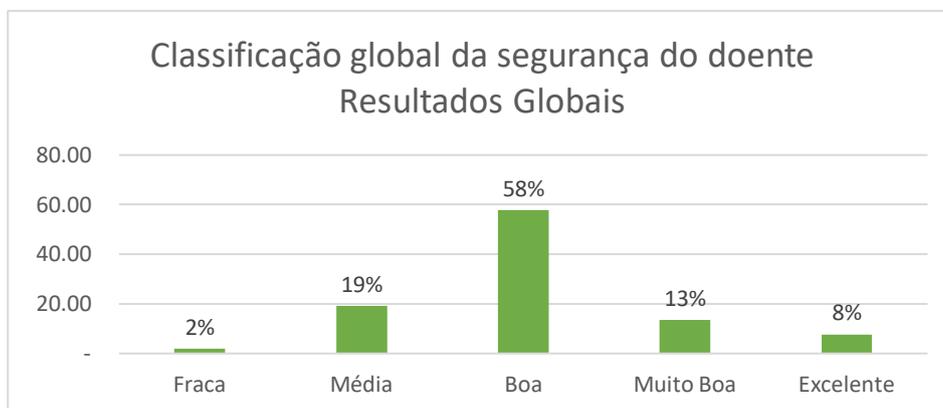


Figura 3: Resultados relativos à classificação global da Segurança do Doente

Sendo a comunicação efetiva um aspeto fundamental da CSD, de seguida apresentam-se os resultados obtidos, relativos à comunicação na sala operatória.

2.5 COMUNICAÇÃO NA SALA OPERATÓRIA

No que diz respeito à comunicação na sala operatória, esta é avaliada na secção G do questionário através de três itens, G1 “Imediatamente antes do início dos procedimentos, todos os membros da equipa cirúrgica pararam para discutir o plano do que iria ser realizado”, G2 “Imediatamente antes do início dos procedimentos, o médico incentivou todos os membros da equipa a falarem a qualquer momento caso tivessem alguma preocupação ou dúvida” e G3 “Imediatamente após os procedimentos, os membros da equipa discutiram todos cuidados relativos à recuperação do doente”. Foram excluídos os inquiridos que não exercem funções nas mesmas (n=47). Os resultados obtidos são apresentados nas Figuras 4,5 e 6 respetivamente.

Relativamente ao Item G1, podemos observar na figura 4 que a maioria dos inquiridos (30%), refere que só *Raramente* e *Algumas vezes* é feita uma paragem antes do início dos procedimentos para discutir o plano cirúrgico; 23% referem que esta paragem se faz a *Maior parte das vezes*; 11% referem que se faz *Sempre* e somente 6% referem que *Nunca* se faz.



Figura 4: Resultados relativos ao item G1 “Imediatamente antes do início dos procedimentos, todos os membros da equipa cirúrgica pararam para discutir o plano do que iria ser realizado”

No que se refere ao item G2, na figura 5 é possível verificar que 30%, refere que *Raramente* “O médico incentivou outros membros da equipa a expor as suas preocupações”; 22% referem a existência desta preocupação por parte do médico *Algumas vezes* e a *Maior parte das vezes*; 9% refere que existe *Sempre* esta preocupação e 17% referem que *Nunca* existe essa preocupação.



Figura 5: Resultados relativos ao item G2 “Imediatamente antes do início dos procedimentos, o médico incentivou todos os membros da equipa a falarem a qualquer momento caso tivessem alguma preocupação ou dúvida”

Por fim e relativamente ao item G3 na figura 6, podemos observar que 26% dos inquiridos, refere que “Após os procedimentos” *Nunca* se discutem os cuidados pós-operatórios do doente; 23% refere que a *Maior parte das vezes* existe esta preocupação; 21% refere que este procedimento se faz *Sempre* e 11% refere que *Nunca* se faz.



Figura 6: Resultados relativos ao item G3 “Imediatamente após os procedimentos, os membros da equipa discutiram todos cuidados relativos à recuperação do doente”

2.6 COMENTÁRIOS

A última secção do questionário, inclui um espaço no qual os inquiridos podem escrever um comentário acerca da segurança do doente na unidade. Estes comentários são apresentados na tabela 18, tendo sido associado a cada comentário uma dimensão da Cultura de Segurança do Doente. De notar que as dimensões associadas são também aquelas que se apresentam como aspetos críticos de acordo com a metodologia utilizada.

Tabela 18: Comentários dos inquiridos nos questionários e dimensões da CSD com que se relacionam

COMENTÁRIOS	Dimensão da Cultura de segurança do Doente
Q29 - “a minha sugestão é que durante o ano deveria haver mais ações de formação para melhores conhecimentos e trabalhar com mais segurança”	Capacitação do pessoal (conhecimento das tarefas a executar) Aprendizagem organizacional – Melhoria contínua
Q 39 - “penso que deveria ser feito briefing 6-6meses, com todos os elementos da equipa, no sentido de ajustar falhas ou tendência para relaxar medidas de controle de segurança do paciente, desde a entrada até que sai”	Abertura comunicacional
Q 45 - “considero que os parâmetros vitais, o interrogatório circunstancial, ensinamentos realizados, no acolhimento e na alta são efetuados corretamente”	Capacitação do pessoal – conhecimento das tarefas a executar
Q 48 - “Nunca perder o foco por “SMALL TALK”	Trabalho em equipa

Terminada a apresentação dos resultados, o próximo capítulo será dedicado à discussão e análise dos mesmos.

3. DISCUSSÃO

Após a apresentação e análise dos resultados, segue-se a sua interpretação, por forma a retirar conclusões. Pretendemos, assim, dar resposta aos objetivos a que nos propusemos inicialmente, confrontando os resultados obtidos, com o enquadramento concetual e metodológico efetuados anteriormente e comparando-os com os estudos de Pinto (2018) e Sorra et al. (2015).

A segurança do doente é um elemento estruturante da qualidade dos cuidados de saúde prestados, a cultura de segurança determina, assim, o compromisso de uma instituição para com a segurança do doente, sendo essencial para a identificação de áreas problemáticas de um determinado serviço (Fernandes & Queirós, 2011).

Foram analisadas as respostas dos 52 participantes, profissionais da equipa multidisciplinar da unidade em estudo, tendo sido obtida uma taxa de adesão de 95%.

O envolvimento da equipa multidisciplinar, na avaliação da cultura de segurança do doente de uma organização, é fundamental. A Norma nº 005/2018 da DGS, define CSD como "... produto de valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a segurança, e o estilo e competência da gestão da segurança de uma organização de saúde..." (p.1). Tendo em conta esta definição, neste estudo, participaram 52 profissionais da equipa multidisciplinar de uma UCA, de um centro hospitalar da região centro do país, sendo o grupo profissional de enfermagem o mais representativo com 33% de participantes. O mesmo se verifica nos estudos de Pinto (2018) e Sorra et al. (2015), o que nos leva a refletir na importância e qual o papel do enfermeiro de perioperatório, na segurança do doente. Gutierrez et al. (2018), consideram o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar, especialmente cirurgiões, anestesistas e gestores, dando ênfase ao papel do enfermeiro perioperatório, no desenvolvimento de ações que visem a segurança do doente.

Não obstante, e no que diz respeito em particular à segurança do doente, na unidade em estudo, o apuramento de responsabilidades, é compartilhada entre enfermeiros e médicos, cirurgiões e anestesistas, não sendo a intervenção dos restantes grupos profissionais autónoma nem interdependente, mas sim delegada. Estes dois grupos profissionais, médicos e enfermeiros, 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.

A avaliação das propriedades psicométricas do instrumento de colheita de dados utilizado, foi feita com recurso ao cálculo do *Alpha de Cronbach*, que se apresenta como uma estimativa da fiabilidade dos dados obtidos informando-nos sobre a precisão do instrumento utilizado (Maroco & Garcia-Marques, 2006). No que diz respeito ao estudo atual concluímos e de acordo com Vilelas (2017) que este apresenta uma boa consistência interna ($\alpha=0.83$) para o total da escala, apesar de algumas das dimensões apresentarem valores muito baixos que variam entre 0.50 e 0.57 nomeadamente no que diz respeito às dimensões referentes à “Comunicação relacionada com informação do doente” e “Resposta ao erro” respetivamente, o que implica algum cuidado na interpretação dos resultados nestas dimensões. Ao compararmos o valor total da escala com o do estudo de Pinto (2018) podemos observar que este apresenta um valor mais elevado ($\alpha=0.93$), no entanto não é possível fazer comparação com o estudo de Sorra et al. (2015), uma vez que não apresenta este valor para o total da escala.

A avaliação da cultura de segurança do doente em cirurgia de ambulatório, com recurso ao questionário com o mesmo nome, podemos verificar, na análise geral das dimensões da CSD, que nenhuma delas se apresenta como aspeto forte da CSD, na unidade em estudo, quando são considerados os critérios da AHRQ, que considera o percentual de respostas positivas como aspeto forte (>75%), a necessitar de melhoria (>50%) e como aspeto crítico/problemático (<50%). Das oito dimensões analisadas, a que mais se destaca com 69% de respostas positivas, é a que se refere à aprendizagem organizacional – melhoria contínua, seguida da dimensão referente à comunicação relacionada com a informação do doente, com 57% de respostas positivas, sendo ainda assim, aspetos a melhorar. As restantes dimensões analisadas apresentam-se como aspetos críticos ou problemáticos com uma percentagem de respostas positivas abaixo dos 50%. De sublinhar as dimensões, apoio da administração para a segurança do doente e capacitação do pessoal (conhecimento de tarefas a executar), com 27% de respostas positivas e a resposta ao erro com 37% de respostas positivas. Estes dados vão de encontro aos resultados obtidos por Pinto (2018), que apresenta também como dimensões críticas a capacitação do pessoal e o apoio da administração para a segurança do doente, com uma percentagem de respostas positivas de 37% e 35% respetivamente. Contudo divergem dos resultados observados no estudo piloto de Sorra et al. (2015), no qual estes aspetos são considerados como aspetos fortes da CSD, com uma percentagem de respostas positivas, com valores entre 80% e 89%. Estes resultados revelam uma cultura de segurança com muitos aspetos críticos e com

necessidade de intervenção na unidade, de ressaltar que a dimensão da amostra, tipo de instituição, privada/ pública, e no caso do estudo piloto de Sorra et al. (2015) as diferenças do sistema de saúde e cultura, poderão ter influência nestes resultados.

No que diz respeito à aprendizagem organizacional – melhoria contínua, como já foi referido anteriormente, apresenta-se como um dos aspetos mais positivos (69%) da CSD na unidade em estudo, indo de encontro aos resultados obtidos por Pinto (2018) e Sorra et al. (2015). Revela-nos que a segurança do doente é uma preocupação para os profissionais da unidade e que a melhoria contínua é um objetivo. 79% dos profissionais considera que a instituição procura ativamente formas de melhorar a SD (C1), fazendo melhorias quando surge alguma questão que coloque em causa a mesma (C3), contudo 52% consideram difícil a mudança de procedimentos (C6), sendo este um aspeto a melhorar. A melhoria contínua, implica necessariamente a mudança de comportamentos e procedimentos, para Holmes, Vifladt, e Ballangrud (2019), as competências da equipa contribuem para a aprendizagem, partilha de experiências e a discussão aberta dos erros, o que conduz a uma melhoria nos cuidados prestados, à mitigação dos erros e por consequência uma melhor segurança do doente e profissionais.

A comunicação relacionada com a informação do doente, surge, depois da aprendizagem organizacional, como a dimensão mais positiva da CSD neste estudo, com 57% de respostas positivas, contudo com resultado muito díspar, dos estudos de Pinto (2018), que apresenta um percentual de 72% e do estudo piloto de Sorra et al. (2015), com um percentual de 89%. A DGS no Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020, apresenta a segurança na comunicação como o segundo objetivo estratégico. Importa referir que, relativamente à unidade em estudo, existe a nível organizacional, um procedimento normalizado, na transmissão de informação aquando da transição de cuidados, feita com recurso à técnica ISBAR, tal como está recomendado pela Direção Geral de Saúde, na Norma nº 001/2017 – Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, onde se pode ler “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” (p.1), no entanto, nem sempre é efetuada corretamente. É de grande importância o conhecimento por parte da equipa, de toda a informação relativa ao doente, patologias, alergias, medicação do domicílio, detalhes relacionados com a intervenção cirúrgica e equipamentos necessários, por forma a implementar cuidados perioperatórios seguros, fomentar o trabalho em equipa e melhorar a segurança do doente, prestando assim cuidados centrados no doente (Holmes et al.,

2019). De facto, a comunicação efetiva na transição de cuidados, *handover*, é essencial para a segurança do doente, podendo ser bastante complexa em ambiente perioperatório. A existência de protocolos, *checklists* e outros instrumentos incorporados na prática diária e adaptados à população de doentes e equipa cirúrgica ajudam na realização de *handovers* estruturados (Croke, 2019).

No que diz respeito, à abertura comunicacional, o percentual de respostas positivas (40%), mostra-se abaixo dos resultados de Pinto (2018), no qual esta dimensão se apresenta como um aspeto a melhorar, com um percentual de 59% de respostas positivas. Na análise das respostas do nosso estudo, podemos verificar que, os profissionais consideram que as suas ideias e sugestões não são valorizadas (13%), apesar de considerarem que se sentem confortáveis para questionar, quando algo não lhes parece correto (55%) e que possa afetar a segurança do doente, mesmo que a situação inclua um superior hierárquico (51%). A comunicação, é fundamental para uma prática segura, o desenvolvimento de competências comunicacionais no seio da equipa favorece o trabalho em equipa e contribui para a minimização do erro. Num ambiente complexo como o bloco operatório, existe uma estrutura hierárquica, relações de poder e conflitos interpessoais, que influenciam a forma como se estabelece a comunicação (Oliveira et al., 2016; Sandelin, Kalman, & Gustafsson, 2019). Para Holmes et al. (2019), esta estrutura hierárquica existente entre enfermeiro e médico, pode inibir o enfermeiro de questionar qualquer situação que coloque em risco a segurança do doente. O facto de serem considerados como elementos de igual importância para a equipa é fundamental. Ainda para os mesmos autores, o desenvolvimento de competências técnicas através do treino e a dissolução desta hierarquia encorajando o enfermeiro a falar, pode levar a uma redução significativa, na mortalidade e morbilidade relacionadas com os procedimentos cirúrgicos.

Os resultados da dimensão anterior estão em convergência com os resultados obtidos na dimensão referente à resposta ao erro, que também se apresenta como um aspeto crítico, no estudo atual, com um percentual de 37% de respostas positivas. Estes dados revelam, uma fraca cultura de notificação e *feedback* de eventos adversos, subsistindo a falta de uma cultura justa de responsabilização, na qual os profissionais notifiquem, sem receio de repreensão ou punição, e uma cultura de aprendizagem com os erros e melhoria contínua (Fragata, 2010b). Existe claramente uma cultura de subnotificação, uma vez que os resultados nos mostram que 45,24% dos profissionais referem que *raramente* notificam eventos adversos e só 7,14% notificam *sempre*. Apesar da garantia de confidencialidade e anonimato, a frequência com que é feita diverge das recomendações da Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde determinadas pelo

Despacho n.º 5613/2015 e Despacho n.º 14223/2009 e do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 no 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. Consideramos, no entanto, importante perceber se esta cultura de subnotificação, está relacionada com o desconhecimento da existência na instituição de uma plataforma notificação, ou se pela forma demasiado burocrata e consumidora de tempo para realizar a notificação e não tanto pelo medo de represálias ou punições que leva o profissional a desresponsabilizar-se pelos seus atos. Face ao exposto, seria importante conhecer a razões concretas, questionando os profissionais diretamente sobre a razão de não notificarem.

A dimensão equipa, pressão e ritmo de trabalho, apresenta-se com um percentual global de 39% de respostas positivas, em convergência com os resultados obtidos por Pinto (2018), mas claramente abaixo dos resultados de estudo piloto de Sorra et al. (2015), no qual esta dimensão se apresenta como um aspeto forte. A avaliação desta dimensão avalia itens como a correta dotação de profissionais, o tempo necessário entre procedimentos e a pressão sentida pelos profissionais durante a prestação de cuidados. A Ordem dos Enfermeiros, no regulamento n.º 533/2014, refere a dotação adequada de profissionais, o nível de qualificação e o perfil de competências dos mesmos, aspetos fundamentais para atingir níveis positivos de segurança e qualidade dos cuidados de saúde, não devendo limitar-se, por isso, ao critério do número de horas de cuidados por doente e por dia ou a tempos médios utilizados para a realização de determinados procedimentos.

Relativamente à dimensão trabalho em equipa, esta apresenta 49% de respostas positivas, um valor muito abaixo dos resultados obtidos por Pinto (2018) e Sorra et al. (2015). Os profissionais consideram que não trabalham como uma verdadeira equipa, no entanto quando alguém está muito ocupado os restantes profissionais ajudam, consideram que cada um compreende o papel que desempenha, quais as suas responsabilidades e que existe respeito entre os profissionais. A complexidade das tarefas e as características específicas do doente cirúrgico, requerem um elevado nível de trabalho em equipa interdependente, por forma a aumentar a segurança do doente, sendo por isso, o trabalho em equipa, uma capacidade não técnica, essencial para a redução de eventos adversos, associados à prestação de cuidados cirúrgicos (Holmes et al., 2019; Sandelin et al., 2019; WHO, 2011). Um dos aspetos fundamentais do trabalho em equipa é a existência de uma comunicação efetiva, a realização de *briefings*

pré-operatórios da equipa cirúrgica, assim como a informação suficiente e adequada, são aspetos fundamentais para a preparação efetiva da cirurgia e para a segurança do doente, como referido por Sandelin et al. (2019). Reforçando este último ponto, um dos participantes (Q39) refere, *“penso que deveria ser feito briefing 6-6meses, com todos os elementos da equipa, no sentido de ajustar falhas ou tendência para relaxar medidas de controle de segurança do paciente, desde a entrada até que sai”*. Além da comunicação, também a existência de uma cultura de respeito mútuo, é um aspeto fundamental no trabalho em equipa. Os comportamentos desrespeitosos mais prevalentes em saúde são carga de trabalho excessiva, a falta de colaboração entre pares, humilhação e intimidação que colocam em causa as competências do profissional (Oliveira et al., 2016). Perante o exposto e tendo em conta que 25% dos participantes neste estudo, considera que é permitido o comportamento desrespeitoso entre os profissionais, importa perceber quais os grupos profissionais com esta perceção e qual a origem e tipo de comportamento se estão a referir.

A dimensão, capacitação do pessoal – conhecimento das tarefas a executar, apresenta-se como já foi referido anteriormente, como um dos aspetos mais críticos da CSD, na unidade em estudo, em linha com o estudo de Pinto (2018), mas muito abaixo da investigação de Sorra et al. (2015). Os resultados revelam, a necessidade urgente de investimento na formação dos profissionais, mais visível no grupo profissional de enfermagem, com um percentual de 10% de respostas positivas, consideram que a integração não é realizada de forma adequada, sentindo-se pressionados a realizar tarefas para as quais não têm formação e que não é disponibilizada formação necessária para a atualização de conhecimentos. O que está de acordo com o comentário (Q29), *“a minha sugestão é que durante o ano deveria haver mais ações de formação para melhores conhecimentos e trabalhar com mais segurança”*. Neste contexto, a formação contínua da equipa é uma intervenção efetiva para melhorar a comunicação e o trabalho em equipa e, como consequência, diminuir a incidência de eventos adversos, aumentando assim a segurança do doente (AORN, 2020). Não obstante, e considerando o enquadramento do estudo, é de todo importante, referir que este processo de mudança do serviço, coincidiu com o início do atual estado de pandemia, o que condicionou, o normal funcionamento do serviço, que esteve encerrado durante dois meses, não foi realizada formação em serviço e houve necessidade de mobilizar elementos para outros serviços da instituição.

No que diz respeito ao apoio que a administração/ superiores hierárquicos dão para a segurança do doente, este é mais um aspeto crítico da CSD nesta unidade, com 27% de respostas positivas, resultados equivalentes aos obtidos por Pinto (2018), mas

absolutamente contraditórios aos resultados de Sorra et al. (2015). No entanto, importa referir que a maior percentagem de respostas, se encontra classificada como “neutra”, nos itens E1 (42%) e E2 (66%), apesar de considerarem que a administração fornece recursos adequados para melhorar a SD, com 38% de respostas positivas, o que vai influenciar o resultado global da dimensão. Deve existir por parte dos órgãos de gestão e líderes da instituição um compromisso e promoção de um ambiente organizacional com vista à segurança do doente e de forma a envolver todos os profissionais, uma vez que os doentes necessitam dos profissionais para assegurar a sua segurança e os profissionais dependem dos seus líderes para planear, coordenar e implementar estratégias que visem a segurança do doente (Stratton, 2018).

No decurso do preenchimento do questionário, foi solicitada uma avaliação global da segurança do doente, tendo em conta a avaliação das dimensões e respetivos itens da CSD, que se apresenta com muitos aspetos críticos. Seria de esperar uma avaliação negativa, contudo 58% dos participantes consideram que a segurança do doente é “boa”, 13% “muito boa” e 8% consideram que é “excelente”, estando estes resultados em concordância com Pinto (2018), e encontrando-se abaixo dos resultados de Sorra et al. (2015), que apresenta 98% de respostas positivas (52% “excelente”, 35% “muito boa” e 11% “boa”), na avaliação da segurança do doente.

Em ambiente perioperatório, importa ainda, referir a comunicação na sala operatória, que é avaliada antes do início de qualquer procedimento (G1), antes do início do procedimento cirúrgico (G2) e imediatamente após o final do procedimento (G3). Fazendo a comparação com os estudos de referência, observamos que os resultados são muito similares ao estudo de Pinto (2018), com uma percentagem de respostas positivas se encontra entre 55% e 48%, e como seria expectável abaixo dos resultados do estudo piloto que apresenta percentuais que se situam entre os 93% e 71%. Contudo, é possível observar uma característica comum aos três estudos, o item G2, referente ao momento imediatamente antes da incisão da pele, é o que apresenta o percentual de respostas positivas mais baixo. As organizações internacionais, alertam para a importância da pausa cirúrgica (JCI, 2020; OMS, 2009), consideram o *time-out*, o momento ideal para confirmar a identidade do doente, procedimento e local cirúrgico/lateralidade, confirmação de implante se aplicável e disponibilidade e funcionamento de todos os dispositivos e equipamentos médicos.

A comunicação na sala operatória remete-nos então, para a utilização da Lista de Verificação de Cirurgia Segura, e a sua importância na prevenção de eventos adversos, regulamentada pela DGS (2013a) na norma 02/2013 “Cirurgia Segura, Salva Vidas”, inserida na implementação do projeto com o mesmo nome, e que tem como objetivo o

desenvolvimento de estratégias de dinamização e melhoria do trabalho em equipa, com ênfase na comunicação interprofissional da equipa cirúrgica. Parikh, Palmer, Kumar, e Simon (2020), identificaram e caracterizaram, complicações cirúrgicas em oftalmologia, determinando a sua incidência, causas e impacto no doente e profissionais, foram identificadas 143 complicações, das quais 92 (64,3%), preveníveis com a realização do *time-out* aquando da utilização do Protocolo Universal. Na unidade em estudo e considerando a nossa prática diária, é possível observar a realização da pausa cirúrgica, perante a persistência de alguns elementos da equipa de enfermagem, em evidenciar a sua importância para a segurança do doente. Apesar de o preenchimento da LVCS, ser de carácter obrigatório (DGS, 2013a), ainda existe um longo caminho a percorrer, para que todos os profissionais de saúde se tornem conscientes da sua importância.

CONCLUSÃO

A segurança do doente bem como a qualidade dos cuidados constitui uma das maiores preocupações das organizações prestadoras de cuidados de saúde. A investigação na área da segurança está fortemente disseminada, assim como a implementação das recomendações nacionais e internacionais, contudo a perceção dos profissionais de saúde acerca da cultura de segurança do doente ainda se encontra longe do desejável, sendo que esta investigação vem comprová-lo. Em Portugal, a investigação na área da segurança do doente, e quais as consequências dos eventos adversos para o doente e para as instituições de saúde, ainda fica muito aquém do ideal, quando comparamos com os estudos existentes noutros países, e, ao extrapolarmos este tema para um contexto tão específico como a cirurgia de ambulatório e o ambiente perioperatório, é possível perceber que esta diferença se acentua.

Com um crescimento exponencial, a nível nacional e internacional, a cirurgia de ambulatório, com a sua dinâmica de gestão e funcionamento particulares, apresenta para os profissionais que integram estas equipas, desafios únicos no que diz respeito à segurança do doente, havendo a necessidade, não só de uma mudança individual de comportamentos e práticas, mas também, uma mudança na cultura organizacional que envolva e responsabilize todos os intervenientes no sentido de serem identificados focos potenciais de eventos adversos, promovendo assim a aprendizagem e a melhoria contínua.

Compreender como os profissionais de saúde avaliam a cultura de segurança do doente no seu serviço e identificar quais as oportunidades de melhoria, constituíram os principais objetivos desta investigação. Todas as etapas ultrapassadas foram um desafio. Não obstante consideramos os objetivos a que nos propusemos atingidos. Esta investigação revelou-nos uma unidade com muitos aspetos críticos e problemáticos. No que diz respeito à cultura de segurança do doente, verificámos que os seus aspetos fortes, são a aprendizagem organizacional – melhoria contínua, e a informação relacionada com o doente, ainda que com grande potencial de melhoria. No entanto, predomina uma cultura de subnotificação de situações com potencial risco de dano, pouco investimento na formação e na integração dos profissionais, mais visível grupo profissional de enfermagem; necessidade de melhoria das competências comunicacionais e a presença de líderes mais proativos na segurança do doente que

garantam o envolvimento de todos os elementos em projetos de melhoria e na promoção de uma cultura justa e de responsabilização.

Os aspetos críticos identificados, constituem o ponto de partida para a implementação de ações, no sentido de melhorar a CSD em cirurgia de ambulatório, consciencializando os profissionais de que os erros existem, os acidentes acontecem, não isoladamente nem individualmente, mas com trajetórias complexas, sequenciais e muitas vezes evitáveis.

Com a conclusão deste estudo, foram identificadas como limitações, a escassez de estudos científicos, nacionais e internacionais, sobre temática em estudo, o que se refletiu na dificuldade de realizar comparações com outras instituições; outra das limitações assenta no fato de algumas dimensões apresentarem um *Alpha de Cronbach* baixo, o que pode influenciar a fiabilidade dos dados, e ainda, a técnica de amostragem e o tamanho da amostra, que sendo reduzida, não permite fazer a extrapolação de resultados para a população.

Na perspetiva da melhoria da cultura de segurança do doente na unidade em estudo, e perante os resultados obtidos, sugerimos a divulgação dos indicadores de qualidade e de segurança do doente; a realização de formação para os diversos grupos profissionais sobre segurança do doente com especial enfoque para a notificação de eventos adversos e a promoção da comunicação efetiva através de técnicas de *briefing* e *defriefing*. Sendo esta investigação um estudo de natureza descritiva e exploratória, consideramos que pode constituir o ponto de partida para um estudo de investigação-ação. Neste contexto, será avaliada a evolução do objeto de intervenção, que é cultura de segurança do doente, possibilitando assim, a melhoria dos processos e a sua compreensão, através de ciclos sucessivos de planeamento, ação, observação e reflexão, que integram a espiral de desenvolvimento profissional.

Observamos atualmente uma mudança de paradigma, na investigação científica em enfermagem, sendo esta, uma parte do caminho, para a valorização do conhecimento e das competências enquanto profissionais autónomos. A relevância para a prática desta investigação, passa pela divulgação destes resultados à administração, gestão intermédia e restantes profissionais do serviço, garantindo assim o envolvimento de todos no processo de melhoria contínua da cultura de segurança do doente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, A. M. (2012). *Cultura de segurança nos cuidados perioperatórios: Impacto no intraoperatório* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://web.esenfc.pt/?url=vu4onlmX>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2017). *AHRQ Safety Program for Ambulatory Surgery: Final report*. (AHRQ Publication N.º 16(17)-0019-1-EF). Recuperado de <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/hais/tools/ambulatory-surgery/sections/ambulatory-surgery-report.pdf>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2021). Patient Safety 101: The Fundamentals. Recuperado de <https://psnet.ahrq.gov/patient-safety-101>
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2012). *Enfermagem perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória. (2020). *Recomendações*. Recuperado de <https://www.apca.com.pt/v0E0E/recomendacoes>
- Association of Perioperative Registered Nurses. (2020). *Guidelines for perioperative practice: 2020 edition*. Denver, CO: AORN
- Caseiro, J. M. (2009). Critérios de admissão e de alta em cirurgia do ambulatório: A perspectiva do anestesiólogo. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, 2(8), 49-57. Recuperado de <https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/223>
- Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório. (2008). *Cirurgia de ambulatório: Um modelo de qualidade centrado no doente*. Recuperado de <http://docplayer.com.br/17595121-Relatorio-preliminar-cirurgia-de-ambulatorio-um-modelo-de-qualidade-centrado-no-utente.html>
- Conselho da União Europeia. (2009). *Recomendações do Conselho sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde* (10120/09). Recuperado de https://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/patient_rec2009_pt.pdf
- Croke, L. (2019). Ensuring effective patient hand overs in the perioperative setting. *AORN Journal*, 110(1), 11-13. doi:10.1002/aorn.12762

Despacho nº 14223/2009 de 24 de junho. *Diário da República nº 120/2009 – 2ª Série*.
Ministério da Saúde, Gabinete da Ministra da Saúde. Lisboa, Portugal.

Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro. *Diário da República nº 28/2015 – 2ª Série*.
Ministério da Saúde, Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Lisboa,
Portugal.

Despacho nº 5613/2015 de 27 de maio. *Diário da República nº 102/2015 – 2ª Série*.
Ministério da Saúde, Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Lisboa,
Portugal.

Despacho nº 1380/2018 de 8 de fevereiro. *Diário da República nº 28/2018 – 2ª Série*.
Ministério da Saúde, Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Lisboa,
Portugal.

Despacho nº 9390/2021 de 24 de setembro. *Diário da República nº 187/2021 – 2ª Série*.
Ministério da Saúde, Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Lisboa,
Portugal.

Direcção-Geral da Saúde. (2011). *Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente: Relatório técnico final*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>

Direcção-Geral da Saúde. (2013a). *Cirurgia segura, salva vidas* (Norma nº 02/2013 de 12 de fevereiro, atualizada a 25 de junho). Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022013-de-12022013-atualizada-a-25062013-jpg.aspx>

Direcção-Geral da Saúde. (2013b). *Sistema nacional de notificação de incidentes e eventos adversos* (Norma nº 008/2013 de 15 de maio). Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082013-de-15052013-jpg.aspx>

Direcção-Geral da Saúde. (2014). *Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA* (Norma nº 015/2014 de 25 de setembro). Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152014-de-25092014-pdf.aspx>

Direcção-Geral da Saúde. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde* (Norma nº 001/2017 de 8 de fevereiro). Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

- Direcção-Geral da Saúde. (2018). *Avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais* (Norma nº 005/2018 de 20 de fevereiro). Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052018-de-20022018-pdf.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde. (2019). *Relatório de progresso de monitorização*. Recuperado de https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/notifica-rpm-2019_4-pdf.aspx
- Diaz Dayuta, J. C., Chee, L. L., Ong, L. T., & Tan, K. H. (2016). Pre-operative verification, site marking and time out: Spreading patient safety culture from major operating theatre to day surgery. *World Hospitals And Health Services: The Official Journal of the International Hospital Federation*, 52(2), 23-26.
- Diniz, A., Escoval, A., Coelho, A., Eiras, M., Gaspar, M. J., & Cristino, M. (2015). *Relatório segurança dos doentes: Avaliação da cultura nos hospitais: Agosto de 2015*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-seguranca-dos-doentes-avaliacao-da-cultura-nos-hospitais-pdf.aspx>
- Eiras, M. (2011). *Avaliação da cultura de segurança do doente em meio hospitalar: Investigação-ação numa unidade de radioterapia* (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10362/13667>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2021). *Cirurgia Ambulatória*. Recuperado de <https://apch2.ers.pt/pages/232>
- Fernandes, A. M., & Queirós, P. J. (2011). Cultura de segurança do doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(4), 37-48. doi:10.12707/RIII1040
- Ferreira, F., & Sequeira, I. (2012). Cirurgia ambulatória. In Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (Ed.), *Enfermagem perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados* (pp. 341-349). Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Fortin, M.-F. (2009). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Fragata, J. I. (2010a). Erro médico: A segurança dos doentes: Indicador de qualidade em saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26(6), 564-570. doi:10.32385/rpmgf.v26i6.10799
- Fragata, J. I. (2010b). Erros e acidentes no bloco operatório: Revisão do estado da arte. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Tematico 10*, 17-26. Recuperado de

<https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-erros-e-acidentes-no-bloco-X0870902510898559>

- Gutierrez, L. S., Santos, J. L., Peiter, C. C., Menegon, F. H., Sebold, L. F., & Erdmann, A. L. (2018). Good practices for patient safety in the operating room: Nurses' recommendations. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(Suppl. 6), 2775-2782. doi:10.1590/0034-7167-2018-0449
- Haro, F. A., Serafim, J., Cobra, J., Faria, L., Roque, M. I., Ramos, M., . . . Costa, R. (2016). *Investigação em ciências sociais: Guia prático do estudante*. Lisboa, Portugal: Pactor.
- Holmes, T., Vifladd, A., & Ballangrud, R. (2019). A qualitative study of how inter-professional teamwork influences perioperative nursing. *Nursing Open*, 7(2), 571-580. doi:10.1002/nop2.422
- Ingvarsdottir, E., & Halldorsdottir, S. (2018). Enhancing patient safety in the operating theatre: from the perspective of experienced operating theatre nurses. *Scand J Caring Sci*, 32(2), 951-960. doi:10.1111/scs.12532
- Joint Commission International. (2012). Joint Commission Center for Transforming Healthcare releases targeted solutions tool for hand-off communications. *Joint Commission perspectives*, 32(8), 1, 3.
- Joint Commission International. (2017). *International Patient Safety goals*. Recuperado de <https://www.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals/>
- Joint Commission International. (2020). *Padrões de acreditação da Joint Commission International para Hospitais (7ª ed.)*. Oak Brook Terrace, IL: Joint Commission International.
- Joshi, G. P. (2020). Enhanced recovery pathways for ambulatory surgery. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 33(6), 711-717. doi:10.1097/ACO.0000000000000923
- Kohn, L., Corrigan, J., & Donaldson, M. (2000). *To err is human: Building a safer health system* (Vol. 6). Washington, DC: Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America.
- Lemos, P. (2010). Grande crescimento da cirurgia ambulatoria em Portugal: Resultados do V Inquérito Nacional. *Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatoria*, 11(1), 9-20. Recuperado de http://www.apca.com.pt/documentos/revistas/Rev_APCA_VOLUME_11.pdf

- Lorente-Herce, J. M., Marín-Morales, J., Jiménez-Vega, F. J., Ruíz-Juliá, M. L., Claro-Alves, B. M., Fernández-Zulueta, A., . . . De Quinta-Frutos, R. (2015). Laparoscopic incisional hernia repair in an ambulatory surgery-extended recovery centre: A review of 259 consecutive cases. *Hernia: The Journal of Hernias and Abdominal Wall Surgery*, 19(3), 487-492. doi:10.1007/s10029-014-1229-5
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90. Recuperado de <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/viewFile/763/706>
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal, Portugal: Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Departamento de Enfermagem.
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de enfermagem*. Recuperado de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf
- Oliveira, R. M., Silva, L. M., Guedes, M. V., Oliveira, A. C., Sánchez, R. G., & Torres, R. A. (2016). Analyzing the concept of disruptive behavior in healthcare work: An integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(4), 695-704. doi:10.1590/s0080-623420160000500021
- Organização Mundial de Saúde. (2009). *Manual de implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS: Cirurgia segura salva vidas*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44186/9789241598590_por.pdf?sequence=71&isAllowed=y
- Parikh, R., Palmer, V., Kumar, A., & Simon, J. W. (2020). Surgical confusions in ophthalmology: Description, analysis, and prevention of errors from 2006 through 2017. *Ophthalmology*, 127(3), 296-302. doi:10.1016/j.ophtha.2019.07.013
- Peters, M. D., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBIM manual for evidence synthesis*. doi:10.46658/JBIMES-20-12
- Peters, M. D., Godfrey, C., McInerney, P., Soares, C. B., Khalil, H., & Parker, D. (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI scoping reviews*. Recuperado de <https://nursing.lsuhscc.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>

- Pinto, J. R. (2018). *Avaliação da cultura de segurança do doente em cirurgia de ambulatório* (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Pinto, J. R., & Sarnadas, L. L. (2020). Tradução e adaptação do Ambulatory Surgery Center Survey on Patient Safety Culture para a cultura portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(1), e19062. doi:10.12707/RIV19062
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Portaria nº111/2014 de 23 de maio. *Diário da República nº 99/2014 – 1ª Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal
- Regulamento nº 533/2014 de 2 de dezembro. *Diário da República nº 233/2014 – 2ª Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal
- Regulamento nº 190/2015 de 23 de abril. *Diário da República nº 79/2015 – 2ª Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal
- Regulamento nº429/2018 de 16 de julho. *Diário da República nº 135/2018 – 2ª Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal
- Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro. *Diário da República nº 26/2019 – 2ª Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal
- Row, T. N. (2018). Review of day surgery cases at a one day surgery centre. *Ambulatory Surgery*, 24(3), 74-76. Recuperado de https://www.iaas-med.com/files/Journal/24.3/24_3_ROW.pdf
- Sandelin, A., Kalman, S., & Gustafsson, B. (2019). Prerequisites for safe intraoperative nursing care and teamwork-operating theatre nurses' perspectives: A qualitative interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(13-14), 2635-2643. doi:10.1111/jocn.14850
- Smith, S., Sorra, J., Franklin, M., & Behm, J. (2015). *Ambulatory surgery center survey on patient safety culture: User's guide*. Recuperado de <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/asc/userguide/ascguide.pdf>
- Sorra, J., Smith, S., & Franklin, M. (2015). *Results from the 2014 AHRQ Ambulatory Surgery Center Survey on Patient Safety Culture: Pilot study*. Recuperado de https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/asc/resources/asc_pilotstudy.pdf

- Sousa, P., Uva, A. S., Serranheira, F., Nunes, C., & Leite, E. S. (2014). Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: A contribution to improving quality and patient safety. *BMC Health Services Research*, 14, Article nº 311. doi:10.1186/1472-6963-14-311
- Sousa-Pinto, B., Marques, B., Lopes, F., & Freitas, A. (2018). Frequency and impact of adverse events in inpatients: A nationwide analysis of episodes between 2000 and 2015. *Journal of Medical Systems*, 42(3), 48. doi:10.1007/s10916-018-0898-5
- Stagg, B. C., Talwar, N., Mattox, C., Lee, P. P., & Stein, J. D. (2018). Trends in use of ambulatory surgery centers for cataract surgery in the United States: 2001-2014. *JAMA Ophthalmology*, 136(1), 53-60. doi:10.1001/jamaophthalmol.2017.5101
- Stratton, M. (2018). Designing a Culture of Safety in Perioperative Services. *AORN Journal*, 107(5), 617-620. doi:10.1002/aorn.12142
- Vilelas, J. (2017). *Investigação: O processo de construção do conhecimento* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Edições sílabo.
- World Health Organization. (2002). *Quality of care: patient safety* (WHA55.18). Recuperado de https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5518.pdf
- World Health Organization. (2011). *Patient safety curriculum guide: Multi-professional edition*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44641>
- World Health Organization. (2017). *Patient safety: Making health care safer*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255507>
- World Health Organization. (2019). *Patient safety*. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

ANEXOS

ANEXO I – Versão Portuguesa “Questionário para Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Cirurgia de Ambulatório”

Questionário para Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Cirurgia de Ambulatório

Este questionário solicita a sua opinião sobre a segurança do doente em unidades de cirurgia de ambulatório (UCAs). As UCAs são instalações onde os doentes são submetidos a cirurgias, procedimentos e tratamentos e não é expectável que necessitem de internamento. Responda apenas acerca da instituição onde recebeu este questionário. O questionário demorará cerca de 10 minutos a ser preenchido.

- ▶ **Cirurgião**, diz respeito a todos os médicos ou médicos dentistas que realizem cirurgias, tratamentos ou outros procedimentos nesta instituição.
- ▶ **Equipa** refere-se a **TODOS** os membros da equipa cirúrgica que trabalham nesta instituição, quer sejam contratados pela instituição ou sejam trabalhadores independentes.
- ▶ **Segurança do doente** refere-se à prevenção de danos resultantes dos processos de prestação de cuidados de saúde. Essa prevenção inclui a redução de erros, incidentes, eventos ou problemas que levam a danos do doente ou que podem afetar negativamente os doentes.
- ▶ Se alguma questão não se aplica a si ou não sabe responder, por favor responda “Não se Aplica ou Não sei”.

SECÇÃO A: Trabalhar nesta Instituição

- ▶ Com que frequência as seguintes afirmações se aplicam a esta instituição?

	Nunca ▼	Raramente ▼	Algumas vezes ▼	Maior parte das vezes ▼	Sempre ▼	Não se Aplica ou Não sei ▼
1. Informações importantes sobre os doentes são claramente comunicadas entre as diversas áreas desta instituição.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Sentimo-nos confortáveis para fazer perguntas quando alguma coisa não parece correta.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Temos trabalhadores suficientes para comportar toda a carga de trabalho.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Quando vemos alguém com mais autoridade a fazer algo que não seja seguro para os doentes, comunicamos-lhe.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Faltam informações importantes sobre os doentes quando são necessárias.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. As nossas ideias e sugestões são valorizadas nesta instituição.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. Partilhamos informações importantes sobre os doentes assim que estas se encontram disponíveis.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
8. Há tempo suficiente entre os procedimentos para preparar adequadamente o seguinte.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
9. Nesta instituição, fazemos um bom trabalho relativamente à comunicação de informações que afetam os cuidados ao doente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
10. Sentimo-nos apressados quando prestamos cuidados aos doentes.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SECÇÃO B: Trabalho em Equipa e Formação

► Qual o seu nível de concordância ou discordância relativamente a cada uma das seguintes afirmações?

	Discordo forte- mente ▼	Discordo ▼	Não concordo nem discordo ▼	Concordo ▼	Concordo forte- mente ▼	Não se Aplica ou Não sei ▼
1. Nesta instituição, quando alguém fica muito ocupado, a restante equipa ajuda....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Nesta instituição, novos membros da equipa recebem uma orientação adequada.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. A equipa sente-se pressionada para realizar tarefas para as quais não tem formação.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Médicos e restante equipa compreendem claramente quais os papéis que cada um desempenha e respetivas responsabilidades.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Nesta instituição recebemos a formação no trabalho que necessitamos.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Nesta instituição é permitido comportamento desrespeitoso por aqueles que aqui trabalham.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. A equipa recebe a formação que necessita para a atualização de conhecimentos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
8. Trabalhamos juntos como uma verdadeira equipa.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SECÇÃO C: Aprendizagem Organizacional /Resposta aos Erros

► Qual o seu nível de concordância ou discordância relativamente a cada uma das seguintes afirmações?

	Discordo forte- mente ▼	Discordo ▼	Não concordo nem discordo ▼	Concordo ▼	Concordo forte- mente ▼	Não se Aplica ou Não sei ▼
1. Esta instituição procura ativamente formas de melhorar a segurança dos doentes.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Os membros da equipa são tratados de forma justa quando alguém comete erros.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Fazemos melhorias quando alguém refere problemas com a segurança do doente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. A aprendizagem, em vez de culpa, é enfatizada quando são cometidos erros.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Nesta instituição, a equipa é informada acerca dos problemas que ocorrem relativos à segurança do doente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Somos bons a mudar procedimentos de forma a garantir que problemas na segurança dos doentes não se repetem.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SECÇÃO D: Documentação de *quase-eventos*

- ▶ Quando algo que poderia eventualmente prejudicar o doente está prestes a acontecer, mas não se concretiza, com que frequência este evento é documentado num relatório de ocorrência?

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Maior parte das vezes	Sempre	Não se Aplica ou Não sei
▼ <input type="checkbox"/> 1	▼ <input type="checkbox"/> 2	▼ <input type="checkbox"/> 3	▼ <input type="checkbox"/> 4	▼ <input type="checkbox"/> 5	▼ <input type="checkbox"/> 9

SECÇÃO E: Apoio da Administração para a Segurança do Doente

- ▶ Qual o seu nível de concordância ou discordância relativamente a cada uma das seguintes afirmações?

	Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Não se Aplica ou Não sei
	▼	▼	▼	▼	▼	▼
1. A administração encoraja todos a sugerirem formas de melhorar a segurança dos doentes.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. A administração avalia os quase-eventos que poderiam ter prejudicado os doentes, mas não o fizeram.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. A administração fornece recursos adequados para melhorar a segurança do doente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SECÇÃO F: Avaliação Global

- ▶ Por favor, atribua à sua instituição uma avaliação global relativamente à segurança do doente.

Fracá	Média	Boa	Muito Boa	Excelente
▼ <input type="checkbox"/> 1	▼ <input type="checkbox"/> 2	▼ <input type="checkbox"/> 3	▼ <input type="checkbox"/> 4	▼ <input type="checkbox"/> 5

SECÇÃO G: Comunicação nas Salas Operatórias/ de Procedimentos

- ▶ Normalmente encontra-se nas salas operatórias/de procedimento durante cirurgias, procedimentos ou tratamentos?

1 Sim → *Continue o questionário*

2 Não → *Vá para a Secção H*

- ▶ Nos últimos 6 meses, com que frequência foram as seguintes ações realizadas na sua instituição?

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Maior parte das vezes	Sempre	Não se Aplica ou Não sei
	▼	▼	▼	▼	▼	▼
1. Imediatamente antes do início dos procedimentos, todos os membros da equipa cirúrgica pararam para discutir o plano do que iria ser realizado.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Imediatamente antes do início dos procedimentos, o médico incentivou todos os membros da equipa a falarem a qualquer momento caso tivessem alguma preocupação ou dúvida.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Imediatamente após os procedimentos, os membros da equipa discutiram todos cuidados relativos à recuperação do doente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SECÇÃO H: Informação Pessoal

1. Qual é a sua função nesta instituição? Assinale UMA categoria que melhor se aplique ao seu trabalho.

- a. **Anestesista**
- b. **Cirurgião/Ajudante**
- c. **Administração/Gestão:** Diretor Clínico, Enfermeiro Chefe, outros administradores/gestores.
- d. **Enfermeiro**
- e. **Técnico:** técnico de imagiologia, técnico de cardiopneumologia, outros técnicos.
- f. **Assistente Operacional**
- g. **Administrativo:** Contabilidade, Secretariado clínico, Rececionista, outro pessoal administrativo.
- h. **Outra função;** Por favor, especifique: _____

2. Normalmente, quantas horas por semana trabalha nesta instituição?

- a. 1 a 16 horas por semana
- b. 17 a 31 horas por semana
- c. 32 a 40 horas por semana
- d. Mais que 40 horas por semana

SECÇÃO I: Os seus comentários

Por favor, utilize este espaço para escrever comentários que considere oportunos sobre como as coisas são feitas (ou poderiam ser feitas) nesta instituição que potencialmente afetam a segurança do doente.

Obrigado pela sua participação.

ANEXO II – Pedido de permissão para aplicação do questionário, à responsável pela sua tradução e validação para a população portuguesa, Enfermeira Joana Raquel Pinto



Ana Cristina Matias <ana.matias76@gmail.com>

Pedido de Autorização

Ana Cristina Matias <ana.matias76@gmail.com>
Para: Joana Raquel Pinto <joana.raqp@gmail.com>

11 de fevereiro de 2020 às 20:04

Boa noite Professora Joana

No âmbito do XIII Curso de Pós- Licenciatura de Especialização e X Mestrado em Enfermagem Médico -Cirúrgica pretendo realizar estudo cujo objetivo é avaliar a Cultura de Segurança numa Unidade de Cirurgia Ambulatória, para isso pretendo utilizar "Questionário para Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Cirurgia Ambulatória".

Por esta razão venho por este meio solicitar a autorização para utilização do "Questionário para Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Cirurgia de Ambulatório", traduzido e validado para a população portuguesa por si.

O estudo decorrerá durante o ano 2020 e 1º semestre de 2021 na unidade de cirurgia ambulatória do Centro Hospitalar de Leira.

Com os melhores cumprimentos

--

Ana Cristina Matias



Ana Cristina Matias <ana.matias76@gmail.com>

Pedido de Autorização

Joana Raquel Pinto <joana.raqp@gmail.com>

12 de fevereiro de 2020 às 09:10

Para: Ana Cristina Matias <ana.matias76@gmail.com>

Bom dia Enf. Ana Cristina

Agradeço o seu contacto e sem dúvida que será uma mais-valia aplicar o "Questionário para Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Cirurgia de Ambulatório".

Em anexo envio-lhe o artigo que vai sair nesta edição da Revista Referência relativo à tradução e validação do questionário. Penso que já lhe dei o questionário.

Caso seja necessário mais alguma coisa não hesite em contactar.

Um beijinho

Joana Pinto

[Citação ocultada]

 **REF_jan2020_e19062_port (1).pdf**
311K

ANEXO III – Documento de solicitação de autorização para realização do estudo e respectivas autorizações do Conselho de Administração e Comissão de Ética da instituição onde se realiza o estudo

Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.
A/C Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Rua das Olhalvas
Pousos, 2410 – 197 Leiria

Assunto: Pedido de autorização para a realização do projeto de investigação “ Avaliação da Cultura de Segurança de uma Unidade de Cirurgia Ambulatória”

Exmo. Senhor,

Venho por este meio requerer a V. Exa. autorização para a realização do projeto de investigação referido em epígrafe, no âmbito do XIII Curso de Mestrado em Enfermagem-Cirúrgica, da Escola de Enfermagem de Coimbra, sob orientação do Professor Doutor Luís Sarnadas.

No sentido de facilitar a avaliação por V. Exas., abaixo apresenta-se um resumo dos aspetos mais relevantes:

Título do projeto	Avaliação da Cultura de Segurança de uma Unidade de Cirurgia Ambulatória
Nome do investigador responsável [ou aluno]	Ana Cristina Rafael Matias e Professor Doutor Luís Sarnadas Travessa Padre Leandro de Sousa Saraiva lote 2.4 2ºdireito +351 913017063
Instituição de origem	Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Estado do pedido de autorização à CNPD	Parecer pendente
Tipo de estudo	Estudo descritivo com abordagem quantitativa
Serviços do CHL que participam	Unidade de Cirurgia Ambulatória; Serviço de Anestesiologia e Serviço de Oftalmologia
Entidades externas ao CHL que participam	Não aplicável
Objetivos	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar a existência de uma cultura de segurança por parte dos profissionais de uma UCA• Propor estratégias no desempenho dos profissionais que visem obter ganhos em saúde do doente cirúrgico• Identificar no âmbito da segurança do doente as necessidades de formação expressas pelos profissionais da unidade.
Metodologia	Aplicação do questionário “Questionário para Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Cirurgia de Ambulatório”, traduzido e validado para a população portuguesa com um alfa de Cronbach de 0.934 e que

avalia 8 dimensões da cultura organizacional: comunicação relacionada com o doente; abertura comunicacional; equipa e ritmo de trabalho; trabalho em equipa; capacitação do pessoal; aprendizagem organizacional; resposta ao erro e apoio da administração.

População ou amostra	Equipa multidisciplinar da Unidade de Cirurgia Ambulatória
Duração prevista do projeto	9 meses

O aluno compromete-se:

- Iniciar o estudo apenas após ter obtido todos os pareceres e autorizações necessárias;
- Entregar um exemplar do trabalho final.

Para este pedido, segue em anexo toda a documentação necessária ao pedido de autorização para a realização do projeto de investigação no CHL E.P.E.

Leiria, 28 junho de 2020

Com os melhores cumprimentos,

Ana Cristina Rafael Matias



Ana Cristina Matias <ana.matias76@gmail.com>

Autorização do estudo "Avaliação da Cultura de Segurança de uma Unidade de Cirurgia Ambulatória"

Sónia Guerra <sonia.guerra@chleiria.min-saude.pt>

13 de novembro de 2020 às 10:28

Para: "ana.matias76@gmail.com" <ana.matias76@gmail.com>

Cc: Elisabete Valente <Elisabete.Valente@chleiria.min-saude.pt>, Purificação Soares <Purificacao.Soares@chleiria.min-saude.pt>

Bom dia Enf.ª Ana Cristina Matias,

No seguimento do Vosso pedido, sobre o estudo em epígrafe, informamos V. Exa. que o **Conselho de Administração, na sua reunião de 2020.11.11, deliberou autorizar** o mesmo conforme solicitado.

Após conclusão do estudo, solicitamos o envio de um exemplar do trabalho final (preferencialmente em PDF, para o presente email).

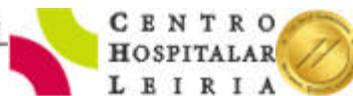
Com os melhores cumprimentos,

Sónia Guerra

Técnica Superior - Centro de Investigação/GEFOP



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Centro Hospitalar de Leiria Accredited
by Joint Commission International

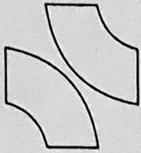
Rua das Olhalvas, Pousos | 2410-197 Leiria | Portugal

Tel: +351 244 817 000 Ext: 4002

www.chleiria.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR





CENTRO
HOSPITALAR
LEIRIA

Comissão de Ética

Ref. CE – Nº 34/20

Exma. Senhora

Enf.ª Ana Cristina Rafael Matias

Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Centro Hospitalar de Leiria

Leiria, 28 de outubro de 2020

Assunto: Estudo - Avaliação da Cultura e Segurança de Uma Unidade de Cirurgia de Ambulatória

A Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Leiria vem por este meio informar V. Exa., do parecer da reunião desta Comissão realizada dia 2020.10.22 e enviado ao Gabinete de Apoio Técnico do Centro de Investigação Clínica, sobre o estudo mencionado em epígrafe:

- Tomou-se conhecimento de um pedido de parecer submetido pela Enf.ª Ana Cristina Rafael Matias, a exercer funções na Unidade de Cirurgia de Ambulatório do CHL, para realização de um estudo observacional, no âmbito do seu Curso de Mestrado em Enfermagem médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, intitulado “Avaliação da Cultura e Segurança de Uma Unidade de Cirurgia de Ambulatória”. Este estudo será para realizar na Unidade de Cirurgia de Ambulatório, tendo como investigadora principal a proponente. Após análise do estudo, esta Comissão decidiu dar parecer favorável à sua realização.

Mais se informa, que este estudo carece de autorização por parte do Conselho de Administração.

Sem outro assunto de momento

Com os melhores cumprimentos,

Paulo Lopes
Vice-Presidente



ANEXO IV – Pedido de solicitação de base de dados no programa Microsoft Excel® e
respetiva autorização da Agency for Healthcare Research and Quality

De: Ana Matias

Enviado: 3 de janeiro de 2021 19:05

Para: DatabasesOnSafetyCulture@westat.com

Assunto: Data Entry and Analysis Tool for the Ambulatory Surgery Center Survey on Patient Safety Culture

Good evening

My name is Ana Cristina, nurse at Centro Hospitalar de Leiria in the Ambulatory Surgery Unit, and I am a student of the Master's Course in Medical-Surgical Nursing at the Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Coimbra's Nursing School), I am developing a research project entitled "Evaluation of the safety culture of an Ambulatory Surgery Unit in a Hospital Center.", under the supervision of Professor Doutor Luís Sarnadas.

For data collection I am using the "SPOS™ Ambulatory Surgery Center Survey", translated and validated for the Portuguese population, by Joana Raquel Pinto in 2018.

I hereby request the Data Entry and Analysis Tool for the Ambulatory Surgery Center Survey on Patient Safety Culture. I would also like to request further psychometric analysis of the survey.

Sincerely,

Ana Cristina Rafael Matias

Enviado do [Correio](#) para Windows 10

De: Safety Culture Surveys

Enviado: 4 de janeiro de 2021 14:19

Para: Ana Matias

Cc: Safety Culture Surveys

Assunto: RE: Data Entry and Analysis Tool for the Ambulatory Surgery Center Survey on Patient Safety Culture

Hi Ana,

Thank you for your interest in the Surveys on Patient Safety Culture™ (SOPS®). Technical assistance is provided by Westat, under contract with the Agency for Healthcare Research & Quality (AHRQ), to support AHRQ's SOPS program.

Attached please find the Data Entry and Analysis Tool for the 2010 version of Microsoft Excel®. To use the tool and enter your survey data, the survey must have been administered in its original, unmodified form.

This tool makes it very easy to:

- Input individual survey data
- Create graphs and tables to display your survey results overall and by various demographics
- Analyze which patient safety culture composite measures may need additional attention
- Compare your results against data available from other facilities
- Trend your results over time
- Share the results with others in your organization

Important Tips for Using This Tool

- This tool uses Excel macros. Before opening the file, be sure to enable all Macros. From Office Button, click on, Excel Options/Trust Center/Trust Center Settings, and click on "Enable all macros".

We don't have any public psychometric reports for the ASC survey. However, you can find the composite measures and items with the Cronbach's alpha for each composite in this [Composites and Items](#) document. If you have any other questions about the survey's psychometrics, please let me know.

Best,
Darby

AHRQ Surveys on Patient Safety Culture™ (SOPS®) Technical Assistance

Westat | 1700 Research Blvd | Rockville, MD 20850

phone: [1-888-324-9749](tel:1-888-324-9749) | fax: [1-888-852-8277](tel:1-888-852-8277) | email: SafetyCultureSurveys@westat.com

Sign up for SOPS updates, news, and events and select "Surveys on Patient Safety Culture" under Quality and Safety topics: <https://public.govdelivery.com/accounts/USAHRQ/subscriber/new>

From: Ana Matias <ana.matias@chleiria.min-saude.pt>

Sent: Sunday, January 3, 2021 2:05 PM

To: Databases On Safety Culture <DatabasesOnSafetyCulture@westat.com>

Subject: Data Entry and Analysis Tool for the Ambulatory Surgery Center Survey on Patient Safety Culture

CAUTION: External Email *

Good evening

My name is Ana Cristina, nurse at Centro Hospitalar de Leiria in the Ambulatory Surgery Unit, and I am a student of the Master's Course in Medical-Surgical Nursing at the Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Coimbra's Nursing School), I am developing a research project entitled "Evaluation of the safety culture of an Ambulatory Surgery Unit in a Hospital Center.", under the supervision of Professor Doutor Luís Sarnadas.

For data collection I am using the "SPOS™ Ambulatory Surgery Center Survey", translated and validated for the Portuguese population, by Joana Raquel Pinto in 2018.

I hereby request the Data Entry and Analysis Tool for the Ambulatory Surgery Center Survey on Patient Safety Culture. I would also like to request further psychometric analysis of the survey.

Sincerely,

Ana Cristina Rafael Matias

Enviado do [Correio](#) para Windows 10

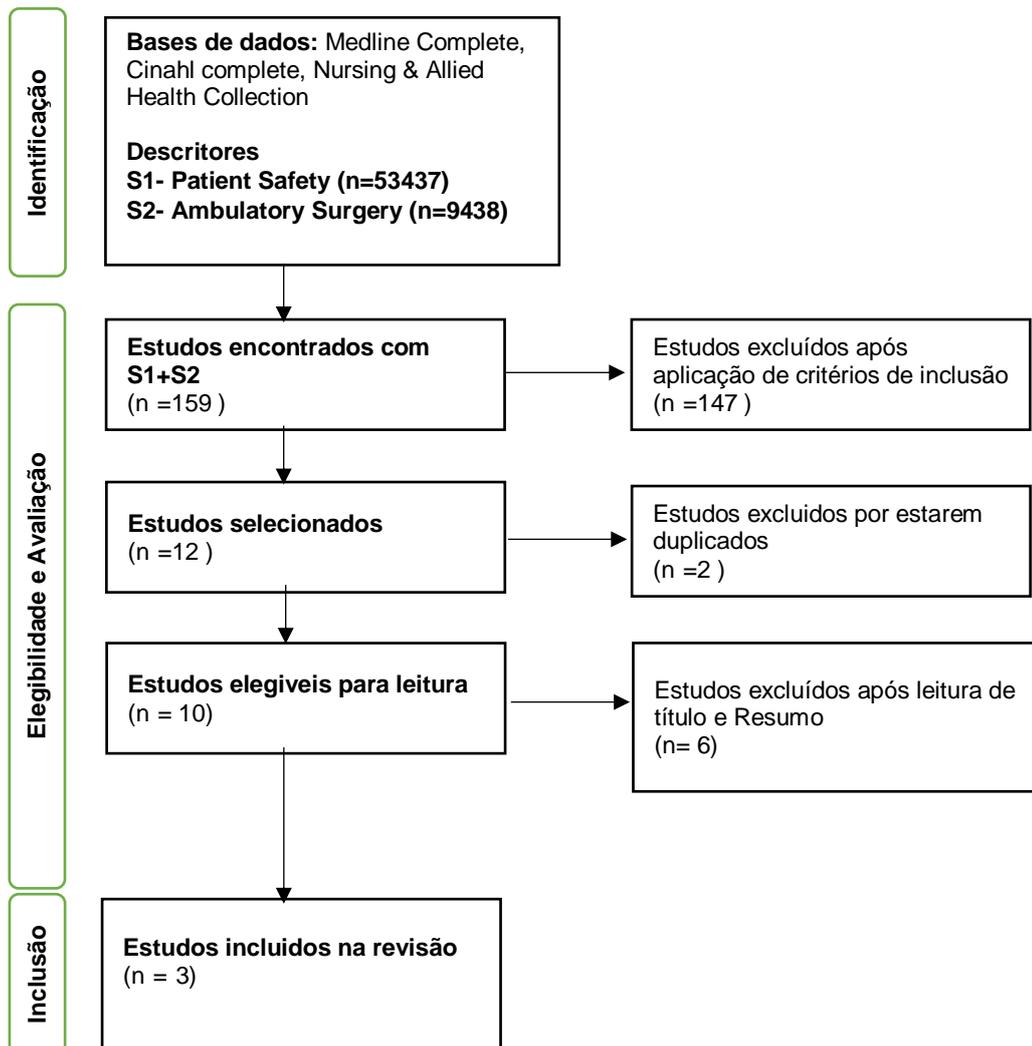
* Please use caution when responding and/or clicking on links as this email originated from outside of Westat.

APENDICES

APÊNDICE I – Estratégia de pesquisa para a revisão de *scoping* e quadro resumo de estudos selecionados.

Estratégia de pesquisa (1º momento)

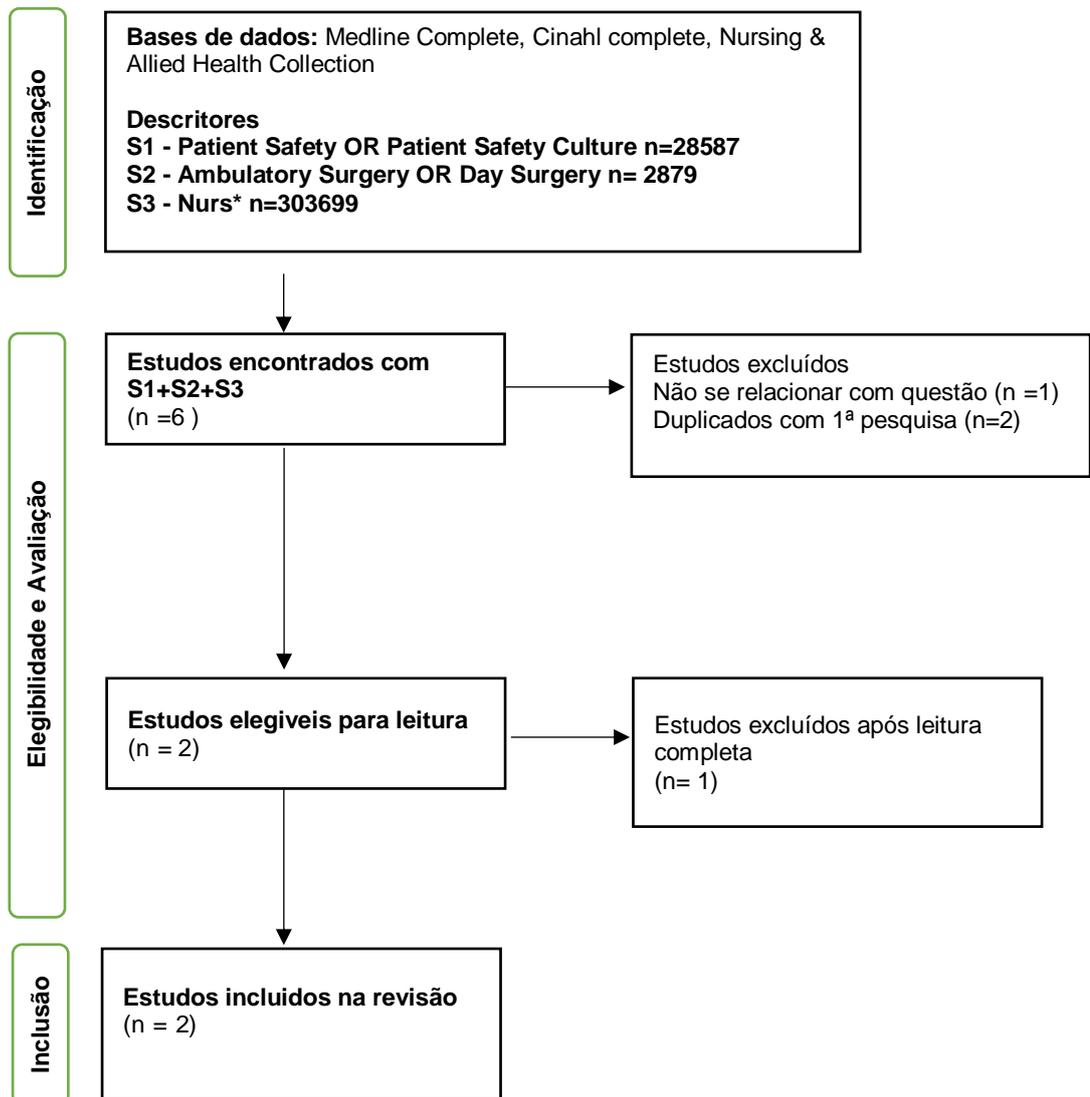
((TI (ambulatory surgery OR day surgery)) OR (AB (ambulatory surgery OR day surgery))) AND ((TI (patient safety OR patient safety culture)) OR (AB (patient safety OR patient safety culture)))



Adaptado de: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. O comunicado do PRISMA 2020: uma diretriz atualizada para relatórios de revisões sistemáticas. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

Estratégia de pesquisa (2º momento)

$((TI+(ambulatory+surgery+OR+day+surgery))+OR+(AB+(ambulatory+surgery+OR+day+surgery)))+AND+((TI+(patient+safety+OR+patient+safety+culture))+OR+(AB+(patient+safety+OR+patient+safety+culture)))+AND+((TI+nurs^*)+OR+(AB+nurs^*))$



Adaptado de: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. O comunicado do PRISMA 2020: uma diretriz atualizada para relatórios de revisões sistemáticas. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

Quadro resumo dos artigos elegíveis para análise do estado da arte

Autores	Título	Ano	País	Tipo estudo	Objetivo
Joshi, G.P.	Enhanced recovery pathways for ambulatory surgery	2020	EUA	Revisão de literatura	Implementar protocolos de otimização da recuperação pós-operatória, em CA com objetivo de melhorar a segurança do doente e <i>outcomes</i> pós-operatórios
Pinto, J.R & Sarnadas, L.	Tradução e adaptação do Ambulatory Surgery Center Survey on Patient Safety Culture para a cultura portuguesa	2020	Portugal	Processo de validação de questionário	Traduzir, adaptar e validar o questionário Ambulatory Surgery Center Survey on Patient Safety Culture para português, avaliando as suas propriedades psicométricas
Row, T. Naresh	Review of Day Surgery cases at a One Day Surgery Centre	2018	Índia	Retrospectivo	Avaliar a eficácia dos protocolos emanados pela Indian Association of Day Surgery em termos de segurança do doente
Lorente-Herce, et al.	Laparoscopic incisional hernia repair in an ambulatory surgery-extended recovery centre: a review of 259 consecutive cases	2018	Espanha	Prospetivo	Avaliar a aplicação de protocolo desenvolvido para doentes submetidos a reparação de hérnias vias laparoscópica numa unidade cirurgia ambulatória com pernoita.
Diaz Dayuta, Chee, Ong & Tan	Pre-operative Verification, Site Marking and Time Out - Spreading Patient Safety Culture from Major Operating Theatre to Day Surgery	2016	Singapura	Retrospectivo randomizado	Divulgar a cultura de segurança do doente aplicada em cirurgia major para a cirurgia ambulatória Avaliar disseminação da cultura de segurança e a taxa de conformidade para a verificação pré-operatória, local marcação e time-out completo em Cirurgia de ambulatório Atingir uma taxa de conformidade de 100%

APENDICE II – Formulário de Consentimento Informado, entregue aos participantes no estudo.

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Ana Cristina Rafael Matias, aluna do curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, a desenvolver o projeto de investigação intitulado “Avaliação da cultura de segurança de uma Unidade de Cirurgia Ambulatória de um Centro Hospitalar.”, venho solicitar a colaboração de V. Ex.ª para a realização do trabalho de investigação no âmbito do desenvolvimento da Dissertação do Mestrado.

Em Portugal, atualmente 80% das cirurgias realizadas são em regime de cirurgia ambulatória. O incremento do movimento assistencial nestas unidades e todas as especificidades que lhe são inerentes torna imperioso que seja avaliada a cultura de segurança, pois só assim é possível identificar áreas problemáticas e práticas conducentes a erros e eventos adversos, que colocam em risco a segurança do doente cirúrgico. Pretende-se com este estudo: avaliar a existência de uma cultura de segurança por parte dos profissionais de uma unidade de cirurgia ambulatória; propor estratégias no desempenho dos profissionais que visem obter ganhos em saúde do doente cirúrgico; identificar no âmbito da segurança do doente as necessidades de formação expressas pelos profissionais da unidade.

A sua participação implica o preenchimento de um questionário intitulado “Questionário para Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Cirurgia de Ambulatório”, traduzido e validado para a população portuguesa e que avalia 8 dimensões da cultura organizacional: comunicação relacionada com o doente; abertura comunicacional; equipa e ritmo de trabalho; trabalho em equipa; capacitação do pessoal; aprendizagem organizacional; resposta ao erro e apoio da administração.

A sua participação é inteiramente voluntária e só deve aceitá-la depois de devidamente esclarecido. É salvaguardado o seu direito de não participar no estudo, desistir a qualquer momento ou recusar responder a alguma questão, sem que daí advenha quaisquer consequências para si. Se decidir colaborar, solicita-se que assine este documento, confirmando o seu acordo em participar. Toda a informação obtida nesta investigação é estritamente confidencial e a sua identidade não será revelada em qualquer relatório ou publicação ou a qualquer outra pessoa não relacionada com esta investigação sem autorização prévia por escrito do mesmo.

Parte declarativa do investigador/profissional de saúde:

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, será assegurado o respeito pelos seus direitos, assim como informei que a qualquer momento pode retirar o consentimento.

Investigador	Ana Cristina Rafael Matias	Unidade de Cirurgia Ambulatória
Data:	Hora:	Membro da Ordem dos Enfermeiros: 19905
Contacto Institucional do investigador: 244817036	Assinatura:	

Parte declarativa da pessoa que consente:

Por favor leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pela(s) pessoa(s) que acima assina(m) este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, bem como o tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

AUTORIZO **NÃO AUTORIZO**, participar neste estudo e que tomo a minha decisão de forma inteiramente livre, e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Data:	Assinatura(s): _____
-------	----------------------

