escola superior de enfermagem de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM

MÉDICO-CIRÚRGICA

Adesão dos profissionais de saúde à utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica: contributo de um programa formativo

ISABEL MARGARIDA CARVALHO DE MELO

Coimbra, junho de 2022

escola superior de enfermagem de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM

MÉDICO-CIRÚRGICA

Adesão dos profissionais de saúde à utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica: contributo de um programa formativo

ISABEL MARGARIDA CARVALHO DE MELO

Orientadora: Doutora Amélia Filomena de Oliveira Mendes Castilho

Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

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

Coimbra, junho de 2022

“Don’t believe what your eyes are telling you. All they show is limitation. Look with your understanding. Find out what you already know and you will see the way to fly”.

Richard Bach

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Amélia Castilho pelo acompanhamento e orientação neste percurso cujo saber é uma referência incontornável nesta área. Agradeço a disponibilidade e generosidade em guiar-me nesta aventura que foi a realização desta dissertação.

À ESEnfC que respondeu favoravelmente a todas as minhas solicitações.

À instituição que autorizou a aplicação do instrumento de colheita de dados.

Aos Administradores, Diretores de Serviço e Enfermeiros Chefes envolvidos, pela colaboração manifestada.

A todos os profissionais de saúde que acederam participar no estudo, pois sem o seu importantíssimo contributo não teria sido possível a realização deste estudo.

À minha família pelo apoio incondicional e compreensão das minhas ausências, em especial ao meu marido pelo suporte e encorajamento, sem ele não teria sido possível.

Aos meus amigos pelo apoio prestado.

A todos…

Muito obrigada…

SIGLAS

BO – Bloco Operatório

DGS – Direção Geral de Saúde

DP – Desvio Padrão

INE – Instituto Nacional de Estatística

IOM – *Institute of Medicine*

LVSC – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

NPSA – *National Patient Safety Agency*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SNS – Sistema Nacional de Saúde

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

A lista de verificação de segurança cirúrgica (LVSC) foi desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde para reforçar práticas de segurança, melhorar a comunicação e o trabalho em equipa nos cuidados perioperatórios, reduzir a mortalidade e as complicações cirúrgicas evitáveis.

Apesar das mais-valias descritas na evidência científica, persistem lacunas na adesão à LVSC. Uma das estratégias usadas para melhorar a sensibilização e adesão dos profissionais à LVSC tem sido a formação.

É objetivo deste estudo avaliar a influência de um programa formativo na adesão dos profissionais de saúde à utilização da LVSC. O estudo englobou a implementação de um programa de formação, para os profissionais de saúde do bloco operatório e procurou sensibilizar para a importância da utilização da LVSC na segurança do doente.

Trata-se de um estudo longitudinal, que recorre a uma metodologia de abordagem mista. Na colheita de dados, utilizaram-se dados documentais e questionários que permitem caracterizar a amostra, avaliar a perceção dos profissionais de saúde sobre o contributo da utilização da LVSC para a segurança do doente, questionar os fatores dificultadores e facilitadores na utilização da LVSC e explorar propostas de estratégias de melhoria para utilização da LVSC. O processo de colheita de dados decorreu em dois momentos distintos, “antes” e “após” o programa formativo. Os dados quantitativos foram tratados segundo estatística descritiva e inferencial e os dados qualitativos foram sujeitos a uma análise de conteúdo. A amostra do estudo foi constituída por enfermeiros, cirurgiões e anestesistas, que trabalham num serviço de bloco operatório.

O programa formativo criou oportunidade para a sensibilização, discussão, esclarecimento de dúvidas e adoção de melhorias. Apesar de nas avaliações, “antes” e “após” formação, não se observarem diferenças estatisticamente significativas na perceção dos profissionais sobre a importância da utilização da LVSC para a segurança do doente, a taxa de adesão à utilização da LVSC subiu de 24,0% para 75,4%.

Este trabalho potenciou a sensibilização dos profissionais de saúde do bloco operatório no que concerne à segurança cirúrgica, contributo da LVSC para a segurança do doente e na adoção de estratégias facilitadoras da sua utilização.

Palavras-chave: Segurança do doente, Lista de verificação, Adesão, Formação

ABSTRACT

The Surgical Safety Checklist (SSC) was developed by the World Health Organization to strengthen safety practices, improve communication and teamwork in perioperative care, reduce mortality and avoidable surgical complications.

Despite the added value described in the scientific evidence, gaps in adherence to SSC persist. One of the strategies used to improve the awareness and adherence of professionals to SSC has been training.

This study aims to assess the influence of a training programme on health professionals' adherence to the use of SSC. The study encompassed the implementation of a training programme for health professionals in the operating room and sought to raise awareness of the importance of using SSC for patient safety.

This is a longitudinal study, using a mixed approach methodology. Data were collected using documentary data and questionnaires to characterise the sample, assess health professionals' perceptions of the contribution of using the SSC to patient safety, question the facilitating and hindering factors in the use of the SSC, and explore proposed improvement strategies for the use of the SSC. Data were collected in two different moments, "before" and "after" the training programme. Quantitative data were treated using descriptive and inferential statistics and qualitative data were subjected to content analysis. The study sample was composed of nurses, surgeons and anaesthesiologists working in an operating room service.

The training programme provided an opportunity for awareness-raising, discussion, clarification of doubts and adoption of improvements. Although in the "before" and "after" training evaluations, no statistically significant differences were found in the professional’s perception of the importance of using the SSC for patient safety, the adherence rate to the use of the SSC increased from 24,0% to 75.4%.

This study raised awareness among operating room health professionals regarding surgical safety, the contribution of the SSC to patient safety and the adoption of strategies to facilitate its use.

Keywords: Patient safety, Checklist, Adherence, Training

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de “queijo suíço” 35

Figura 2 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos 43

Figura 3 - Esquema de colheita de dados 64

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Avaliação prévia da taxa de adesão à utilização da LVSC 70

Gráfico 2 - Avaliação posterior da taxa de adesão à utilização da LVSC 70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estudos selecionados para a RIL 44

Tabela 2 - Dimensões e itens do Questionário da Avaliação do contributo da LVSC . 62

Tabela 3 - Caracterização da amostra por sexo (N=108 na avaliação prévia e N=86 na avaliação posterior) 71

Tabela 4 - Caracterização da amostra por habilitações académicas (N=108 na avaliação prévia e N=86 na avaliação posterior) 72

Tabela 5 - Caracterização da amostra por grupo profissional (N=108 na avaliação prévia e N=86 na avaliação posterior) 72

Tabela 6 - Distribuição dos profissionais de saúde pela idade, tempo total de exercício profissional e tempo total de exercício profissional no serviço de BO (N=108 na avaliação prévia e N=86 na avaliação posterior) 73

Tabela 7 - Análise descritiva dos itens do Questionário de Avaliação do Contributo da LVSC para segurança do doente: mínimo, máximo, média e desvio padrão (N=108 na avaliação prévia)..... 74

Tabela 8 - Análise descritiva dos itens do Questionário de Avaliação do Contributo da LVSC para segurança do doente: mínimo, máximo, média e desvio padrão (N=86 na avaliação posterior) 75

Tabela 9 - Análise descritiva das Dimensões do Questionário de Avaliação do Contributo da LVSC para segurança do doente: alfa de cronbach, mínimo, máximo, média e desvio padrão (N=108 na avaliação prévia e N=86 na avaliação posterior) 77

Tabela 10 - Alfa de cronbach das quatro dimensões (DL1, DL2, DL3 e DL4) (N=108 na avaliação prévia e N=86 na avaliação posterior)..... 78

Tabela 11 - Apresentação dos temas, categorias e subcategorias..... 79

Tabela 12 - Apresentação das categorias, subcategorias e unidades de significação do tema fatores dificultadores da utilização da LVSC 83

Tabela 13 - Apresentação das categorias, subcategorias e unidades de significação do tema fatores facilitadores da utilização da LVSC 87

Tabela 14 - Apresentação das categorias, subcategorias e unidades de significação do tema estratégias de melhoria para a utilização da LVSC 90

Tabela 15 - Testes de normalidade 93

Tabela 16 - Teste Kruskal-Wallis para análise da diferença da perceção entre grupos profissionais 94

Tabela 17 - Análise da relação da perceção dos profissionais de saúde com o tempo de exercício no BO 95

Tabela 18 - Análise da relação da perceção dos profissionais de saúde com a idade 96

Tabela 19 - Teste Kruskal-Wallis para análise da diferença da perceção entre categorias profissionais 97

Tabela 20 - Teste Kruskal-Wallis para análise da diferença da perceção dos profissionais de saúde sobre a importância da lista de verificação de segurança cirúrgica antes e após a intervenção 98

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 21

ENQUADRAMENTO TEÓRICO/CONCEPTUAL 25

1 - SEGURANÇA DO DOENTE: UMA DIMENSÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE 27

1.1 - SEGURANÇA DO DOENTE 27

1.2 - MODELOS TEÓRICOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE E DA EXPLICAÇÃO DO ERRO 31

1.2.1 - Modelo de avaliação da qualidade de Donabedian 32

1.2.2 - Modelo de "queijo suíço" de Reason 34

2 - SEGURANÇA CIRÚRGICA: UM DESAFIO MUNDIAL 37

2.1 - COMPLEXIDADE DO CONTEXTO E INTERDISCIPLINARIDADE 37

2.2 - LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRURGICA: DESAFIOS NA SUA IMPLEMENTAÇÃO 38

2.3 - ADESÃO DOS PROFISSIONAIS NA IMPLEMENTAÇÃO DA LVSC: FATORES DIFICULTADORES, FACILITADORES E ESTRATÉGIAS DE MELHORIA 42

2.3.1 - Síntese das evidências 44

3 - ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE À UTILIZAÇÃO DA LVSC 51

3.1 - MODELO DE MELHORIA CONTÍNUA PDCA OU CICLO DE DEMING 51

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO 55

4 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO 57

4.1 - TIPO DE ESTUDO 57

4.2 - OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO 58

4.3 - QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO 58

4.4 - HIPÓTESES 58

4.5 - POPULAÇÃO E AMOSTRA 59

4.6 - VARIÁVEIS 60

4.7 - INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS 61
4.8 - PROCESSO DE COLHEITA DE DADOS 64
4.9 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS 66
4.10 - TRATAMENTO DE DADOS 67
5 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS 69
5.1 - AVALIAÇÃO PRÉVIA E POSTERIOR DA TAXA DE ADESÃO À UTILIZAÇÃO DA LVSC 69
5.2 - ANÁLISE DESCRITIVA 71
5.2.1 - Caracterização da amostra 71
5.2.2 - Contributo da LVSC para a Segurança do Doente 73
5.2.3 - Fatores dificultadores, facilitadores e estratégias de melhoria para a utilização da LVSC 78
6 - ANÁLISE INFERENCIAL 93
7 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 99
CONCLUSÃO 111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 115
ANEXOS
ANEXO I - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica
ANEXO II - Parecer da Comissão de Ética para a Saúde
ANEXO III - Pedido de Autorização ao Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração
ANEXO IV - Pedido de Autorização ao Exmo. Sr. Diretor de Serviço
ANEXO V - Consentimento Informado
APÊNDICES
APÊNDICE I - Síntese dos resultados
APÊNDICE II - Questionário de colheita de dados
APÊNDICE III – Programa formativo
APÊNDICE IV – Cálculo do Alpha de Cronbach dos itens das dimensões do Questionário de Avaliação do Contributo da LVSC

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento tecnológico e científico tem possibilitado a melhoria dos cuidados de saúde, mas a utilização de novas tecnologias, medicamentos e tratamentos tem contribuído para aumentar a sua complexidade e potenciar a ocorrência de incidentes de segurança. A segurança do doente e a prevenção de erros e efeitos adversos associados aos cuidados de saúde são primordiais para melhorar a qualidade dos mesmos. Um décimo de doentes na Europa experimenta danos evitáveis ou eventos adversos no hospital, causando sofrimento e perda para o doente, famílias e prestadores de serviços de saúde, representando simultaneamente um elevado custo financeiro para os sistemas de saúde. A segurança é uma dimensão da cultura da qualidade, exigindo amplo compromisso da organização e da comunidade (OMS, 2020).

Sendo a segurança do doente uma prioridade mundial em todos os contextos de prestação de cuidados, a preocupação com esta temática é particularmente relevante no âmbito cirúrgico, reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um dos contextos onde os incidentes de segurança ocorrem com mais frequência (WHO, 2017).

A OMS elaborou a lista de verificação de segurança cirúrgica (LVSC), para ser implementada nas salas operatórias, concebida para reforçar práticas de segurança e promover uma melhor comunicação e trabalho de equipa entre os profissionais de saúde, melhorando assim a segurança cirúrgica, reduzindo mortes e complicações cirúrgicas evitáveis. Esta ferramenta compreende itens em três domínios: antes da indução anestésica, antes da incisão cirurgia e antes do doente sair da sala de operações, as ações incluem a verificação dos vários itens como por exemplo a identidade do doente, a apresentação de todos os membros da equipa e a profilaxia antibiótica (WHO, 2008).

A utilização da LVSC da OMS está associada à redução de complicações, redução de taxas de morbilidade e mortalidade, melhor adesão às normas de segurança, melhoria de comunicação e trabalho em equipa e benefícios económicos (Tscholl et al., 2015). Inicialmente, a LVSC foi adotada em mais de 4000 hospitais em todo o mundo (Putnam et al. 2014), sendo considerada um indicador de qualidade nos cuidados ao doente (Bergs et al., 2014).

Em Portugal, foi emitida pela Direção Geral de Saúde (DGS), a Norma 02/2013 de 12 de fevereiro, atualizada a 25 de junho de 2013, que determina a obrigatoriedade da implementação do projeto - Cirurgia Segura, Salva-Vidas em todos os blocos operatórios (BO) do Sistema Nacional de saúde (SNS) e entidades com ele contratadas (DGS, 2013).

Apesar do uso da LVSC aumentar a segurança do doente, a adesão ao seu preenchimento continua a ser um desafio para profissionais e organizações e a sua utilização diária apresenta lacunas (Papadakis, Meiwandi, & Grzybowski, 2019). É relatado baixa conformidade para com os itens da LVSC (Levy et al., 2012), pois existe falta de consciência da importância do procedimento entre os profissionais de saúde (Van Schoten et al., 2014). A eficácia da LVSC da OMS depende não só das atitudes de segurança dos membros da equipa mas também da implementação (Neuhaus, Spies, Wilk, Weigand, & Lichtenstern, 2017). Apesar da LVSC constituir uma ferramenta reconhecida, a evidência indicia que continua a não haver uma cuidadosa atenção à estratégia de implementação da LVSC e que são necessários esforços para aumentar a sua correta implementação (Pugel, Simianu, Flum, & Patchen Dellinger, 2015; Weiser & Haynes, 2018).

Apesar de não ser única, uma das estratégias usadas para melhorar a sensibilização e adesão dos profissionais à LVSC é a formação. A formação é essencial para o sucesso da implementação da LVSC (Fudickar, Hörle, Wiltfang, & Bein, 2012; Maziero, de Camargo Silva, de Fátima Mantovani, & de Almeida Cruz, 2015). O estudo de Sewell et al. (2011), revelou que a taxa de utilização da LVSC aumentou significativamente de 7,9% para 96,9% após a realização de um programa de formação. Programas de aprendizagem baseados em simulação também foram propostos como ferramentas úteis para melhorar o reconhecimento do protocolo (Jeong et al., 2017). O treino de liderança e o treino do trabalho em equipa têm sido identificadas como duas vias para melhorias futuras (McLaughlin, Winograd, Chung, Van De Wiele, & Martin, 2014).

A escolha por este tema deve-se ao facto de exercer funções em BO, que envolve realização de tarefas complexas, recheadas de incertezas e exercidas em condições ambientais dominadas pela agilidade, precisão, rigor e stress. É uma atividade que requer atenção redobrada em processos que envolvam doentes, pois é necessário identificar situações que remetam para possíveis erros nos cuidados perioperatórios. A segurança do doente cirúrgico é crucial para que sejam implementadas medidas eficientes de prevenção e redução dos riscos e eventos adversos. Mostra-se necessária a construção de uma cultura que entenda os valores, as crenças e as normas daquilo que é importante numa instituição, bem como, as atitudes e comportamentos

relacionados à segurança do doente necessários, recompensados e esperados (Correggio, Amante, & Barbosa, 2014).

Para o enfermeiro prestar cuidados de qualidade, tem de deter o conhecimento mais atual disponível, de modo a ir de encontro das necessidades que identifica, e espírito de questionamento acerca do contexto onde está inserido, de forma a haver um acréscimo de competências. Desta forma a prática baseada na evidência (PBE) incentiva a utilização de resultados de pesquisa nos cuidados de saúde prestados, reforçando a importância da pesquisa para a prática clínica (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008).

Deste modo, no decorrer da prática clínica diária da autora desta investigação, surgiu a seguinte questão orientadora: A adesão dos profissionais de saúde à utilização da LVSC melhora após um programa formativo?

O objetivo central deste estudo é avaliar a influência de um programa formativo na adesão dos profissionais de saúde à utilização da LVSC. Os objetivos específicos são: caracterizar a taxa de adesão à utilização da LVSC, nos anos anteriores ao programa formativo; compreender os fatores dificultadores, fatores facilitadores e as estratégias de melhoria para a utilização da LVSC, identificadas pelos profissionais de saúde; desenvolver um programa formativo para os profissionais de saúde, analisar a perceção dos profissionais de saúde sobre o contributo da utilização da LVSC para a segurança do doente (antes do programa formativo e um mês após o mesmo) e caracterizar a taxa de adesão à utilização da LVSC, três meses após o programa formativo.

Este é um estudo longitudinal que recorre a uma metodologia de abordagem mista quanti-qualitativa, com maior enfoque no paradigma quantitativo. O estudo foi realizado num bloco operatório central de um hospital da região centro de Portugal, envolvendo diferentes grupos profissionais, designadamente anestesistas, cirurgiões e enfermeiros.

Este estudo contempla três fases distintas. Inicialmente é realizada uma avaliação diagnostica (fase I). Face aos resultados obtidos é desenhado e implementado um programa formativo (fase II). Após a intervenção é realizada nova avaliação (fase III).

Na colheita de dados utilizámos os resultados do indicador “taxa de adesão à utilização da LVSC”, com recurso a dados administrativos fornecidos pelo sistema de informação da instituição onde se realiza o estudo e aplicámos um questionário aos profissionais do BO. O questionário é composto por questões de caraterização da amostra, pelo questionário que avalia o contributo da LVSC para a segurança do doente, desenvolvido por Mota & Castilho (2014) e por três questões abertas que exploram os fatores facilitadores e dificultadores da implementação da LVSC, bem como estratégias de melhoria propostas pelos profissionais. O processo de colheita de dados foi efetuado

em dois momentos distintos, antes e após a implementação de um programa de formação. Na avaliação prévia participaram 108 profissionais de saúde e na avaliação posterior participaram 86 profissionais de saúde.

Este documento encontra-se estruturado em quatro partes: a presente introdução, enquadramento teórico/conceptual, enquadramento metodológico e conclusão.

Na introdução é realizada a apresentação, contextualização e justificação do tema, identificando a questão de investigação e os objetivos do estudo. No enquadramento teórico/conceptual, resultante da pesquisa bibliográfica, abordamos a problemática de investigação, enfatizando temas como a segurança do doente, segurança cirúrgica e estratégias para melhorar a adesão dos profissionais de saúde à utilização da LVSC. Relativamente ao tema segurança cirúrgica abordamos a projeto “cirurgia segura salva-vidas”, nomeadamente nos desafios da implementação da LVSC e salientamos a realização de uma revisão integrativa da literatura (RIL) que permite a incorporação das evidências mais recentes na prática clínica. A RIL procurou dar resposta para a questão de pesquisa: “Quais os fatores que interferem na adesão dos profissionais de saúde à utilização da LVSC da OMS?”.

Na fase metodológica justificamos as opções metodológicas selecionadas, e apresentamos o desenho do estudo que explicita a população e amostra, as variáveis, as hipóteses de estudo, os instrumentos de colheita de dados, bem como os procedimentos formais, éticos e de análise de dados.

Segue-se a apresentação dos resultados, sintetizados em tabelas, e a discussão dos resultados, onde se procura interpretá-los e compará-los com evidência científica disponível.

Na conclusão dá-se relevância aos principais resultados da investigação e aos contributos da mesma para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem no BO. Apresentamos algumas limitações do estudo e são tecidas algumas sugestões inferidas dos resultados obtidos. O trabalho inclui ainda anexos e apêndices considerados significativos.

Este trabalho mantém a perspetiva do desenrolar de um longo caminho de construção de evidência científica.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO/CONCEPTUAL

1 - SEGURANÇA DO DOENTE: UMA DIMENSÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE

A segurança do doente, enquanto elemento essencial da qualidade dos cuidados, requer que as políticas de saúde, as instituições prestadoras de cuidados de saúde e, particularmente os profissionais de saúde, assumam a sua melhoria como uma prioridade. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 encontra-se alinhado com o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 da OMS, ambos privilegiam a área da segurança do doente e os desafios que a ela se impõem. O PNSD 2021-2026 tem por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde, espelhando a cultura de segurança, a comunicação e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos (Despacho nº 9390/2021 do Ministério da Saúde, 2021).

O Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio, no qual se encontra aprovada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, refere que a qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética, pois contribuem para a diminuição dos riscos evitáveis, para a melhoria no acesso aos cuidados de saúde, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados (Despacho nº 5613/2015 do Ministério da Saúde, 2015).

1.1 - SEGURANÇA DO DOENTE

A esperança média de vida tem vindo a aumentar há décadas devido ao desenvolvimento económico e social, melhores cuidados de saúde, avanços científicos, educação e promoção da saúde (Kyu et al., 2018). O envelhecimento progressivo da população mundial, é particularmente observado na europa, onde se estima que a percentagem da população com 65 anos ou mais irá aumentar para 27% até 2050 (WHO, 2012). Em Portugal, o índice de envelhecimento praticamente irá duplicar, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens em 2080 (INE, 2021). Embora a maior longevidade seja sem dúvida uma das maiores conquistas da humanidade, ela traz consigo desafios. O aumento da prevalência de doenças crónicas e comorbilidades, concomitantemente com o envelhecimento, desafia o sistema de saúde, exigindo o incremento da sua complexidade, garantindo a qualidade dos cuidados prestados.

As instituições hospitalares têm unido esforços em prol da qualidade dos cuidados com o objetivo de oferecer cuidados de saúde de excelência, diminuir custos e assegurar satisfação. Apesar do conceito de qualidade ter surgido no início do século XX, associado à indústria, só mais recentemente foi relacionado à área da saúde. A definição mais difundida e considerada é a do *Institute of Medicine* (IOM), que definiu qualidade em saúde como "a medida em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e às populações aumentam a probabilidade de se obterem os resultados desejados na saúde e são consistentes com os atuais conhecimentos profissionais" (Institute of Medicine, 2001). A OMS entende qualidade em saúde como um serviço que detém profissionais de saúde que refletem um elevado nível de excelência, associados a um risco mínimo, resultando numa maior saúde nos doentes e na utilização eficiente dos recursos existentes (WHO, 2006). A qualidade em saúde também é definida como "a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão" (Despacho nº 5613/2015 do Ministério da Saúde, 2015).

Com a publicação do documento "*To Err is Human*", constatou-se que, nos Estados Unidos da América, por ano, morriam nos hospitais 48.000 a 98.000 pessoas como resultado de erros evitáveis (Institute of Medicine, 1999). Estima-se que o erro médico em doentes hospitalizados causa aproximadamente 251.000 mortos por ano, tornando-se a terceira principal causa de morte nos Estados Unidos, atrás apenas das doenças cardíacas e do cancro (Makary & Daniel, 2016). A alta incidência de eventos adversos (2,9% - 3,7% de hospitalizações) levam a custos elevados, danos ao doente e perda de confiança nos cuidados de saúde (Leong, Hanskamp-Sebregts, Van Der Wal, & Wolff, 2017).

Em Portugal estudos apontam para uma taxa de incidência de eventos adversos em doentes hospitalizados de 11,1%, dos quais 53,2% foram considerados evitáveis. A presença de dano, incapacidade ou disfunção permanente foi observada em 5,4% dos casos, em 10,8% ocorreu óbito e em 58% dos casos houve prolongamento do período de internamento, com um valor médio de 10,7 dias (Sousa, Sousa Uva, Serranheira, Leite, & Nunes, 2011).

A incidência dos efeitos adversos é uma problemática que coloca em causa a qualidade dos cuidados de saúde e é um fator determinante no sofrimento do doente, aos quais se associam os custos elevados para os serviços prestadores (Rafter et al., 2015).

Um erro é a “falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano” (DGS, 2011), que por norma não são intencionais e podem manifestar-se por prática da ação errada ou por não conseguir a ação certa. Um erro pode dar origem a um incidente com dano ou evento adverso, e a incidentes sem dano ou “near misses”. Um evento adverso é definido como “uma lesão não intencional, hospitalização prolongada ou incapacidade física resultante do tratamento médico ou cirurgico do doente e pode incluir complicações decorrentes de hospitalizações prolongadas ou por fatores inerentes ao sistema”; os incidentes sem dano ou “*near misses*” são definidos como “eventos adversos potenciais que poderiam ter causado danos, mas não causaram, pelo acaso ou porque alguém ou algo interveio (Rodziewicz, Houseman, & Hipskind, 2022).

Os profissionais de saúde concorrem para a melhoria dos resultados e para a redução do risco de danos ao doente. Apesar dos esforços, as taxas de erro médico permanecem altas com incapacidade significativa e morte. Erros médicos evitáveis contribuem substancialmente para os custos elevados na saúde. O trabalho conjunto das equipas multidisciplinares é fundamental na mitigação do custo e das lesões associadas a erros médicos (Rodziewicz et al., 2022).

Os eventos adversos relacionados com cirurgia representam uma alta proporção do total de eventos adversos em doentes hospitalizados (Georgiou et al., 2018). Segundo Weiser et al. (2015), baseado em resultados de um estudo em 56 países industrializados, entre 3 a 16% dos doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos sofrem complicações. As taxas de incapacidade permanente ou mortalidade decorrentes de procedimentos cirúrgicos variam entre 0,4% e 0,8%. De acordo com o mesmo autor, anualmente, pelo menos 1 milhão de doentes morrem após a cirurgia e 7 milhões de doentes sofrem lesão por complicações cirúrgicas.

A implementação de estratégias para reduzir a taxa de eventos adversos somente na União Europeia poderiam prevenir mais de 750.000 erros médicos/ano que infligem danos. Isso significa menos 3,2 milhões de dias de hospitalização, 260.000 menos incidentes de incapacidade permanente e 95.000 menos mortes por ano (Liukka et al., 2020).

Apesar de não ser um problema novo, a incidência de complicações cirúrgicas permaneceu praticamente inalterada ao longo das duas últimas décadas (Haugen, Sevdalis, & Søfteland, 2019).

Todos podemos cometer erros, mas quando se trata de saúde ninguém os quer experienciar. As consequências podem ser catastróficas como por exemplo a

amputação ao membro errado, a não confirmação da compatibilidade sanguínea nas transfusões ou ignorar as alergias do doente. As falhas ao nível da segurança do doente podem ter consequências devastadoras e implicações para o doente, família, profissional de saúde e instituição entre as quais: perda de confiança por parte dos doentes nas organizações de saúde e seus próprios profissionais, degradação das relações entre ambos, prejuízos económicos, variando a sua dimensão na razão direta dos danos causados e da casuística dos mesmos e redução da possibilidade de alcançar os resultados esperados, com consequências diretas na qualidade dos cuidados prestados (Mendes & Barroso, 2014).

O ponto de partida necessário para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde é colocar a tónica na segurança do doente e reconhecê-la como uma preocupação crítica nas organizações de saúde (Lee et al., 2019). A segurança do doente é um elemento-chave da qualidade dos cuidados de saúde que assumiu grande expressão nos últimos anos, tanto para os doentes e seus familiares que desejam sentir-se confiantes e seguros, como para os profissionais de saúde cuja "missão" principal consiste na prestação de cuidados com elevado nível de efetividade, eficiência e baseados na melhor evidência disponível.

Segundo a DGS (2017) com base na Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente, a segurança do doente é:

> A redução do risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. O mínimo aceitável é de uma forma geral direcionado para o conhecimento atual, recursos disponíveis, contexto de prestação de cuidados em oposição ao risco do não tratamento ou outro. (p.4)

A importância da segurança dos cuidados foi reforçada através do PNSD 2015 - 2020, cuja missão é desenvolver "ações transversais que melhorem a cultura de segurança de forma integrada em todos os níveis de prestação de cuidados" (Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde, 2015).

As organizações de saúde necessitam de estabelecer uma cultura de segurança espelhando a melhoria do sistema, considerando os erros clínicos como desafios que devem ser superados. A cultura de segurança representa o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que atestam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (Bohomol & Melo, 2019). A natureza humana, além de cometer erros, também é capaz de minimizar os incidentes. O trabalho em equipa e a adesão a práticas conhecidas para melhorar a segurança do

doente podem evitar muitos erros (Haynes et al., 2011). Importa referir a relevância da implementação de políticas e estratégias redutoras de incidentes e que são consentâneas com ganhos em saúde.

Os cuidados de saúde são reconhecidos como sendo de “de alta qualidade” quando são seguros (protegem o doente e evitam erros que os prejudiquem), eficazes (prestam cuidados baseados na evidência), centrados na pessoa (cuidados que correspondem as preferências e valores do doente), oportunos (sem tempos de espera prejudiciais), eficientes (maximizam o benefício do recurso disponível e evitam o desperdício), equitativos (justos) e integrados (cuidados coordenados em todos os níveis e por todos os prestadores e que disponibilizem toda a gama de serviços de saúde ao longo da vida) (OMS, 2020). No compromisso com estes desígnios, espera-se que todos os elementos da equipa de saúde assumam o compromisso e a responsabilidade de assegurar um ambiente seguro, bem como a adoção de estratégias promotoras da segurança do doente.

Tem-se verificado uma sensibilização generalizada dos profissionais e instituições para com a segurança do doente, que recaiu num conjunto de medidas que se expandiram pelo mundo para melhorar a qualidade da prestação dos cuidados de saúde (Carey & Stefos, 2011). A segurança do doente, a notificação e a minimização dos danos associados aos eventos adversos, mais do que uma necessidade, tornou urgente a implementação de práticas promotoras da cultura de segurança, que tornem todas as atividades de cuidados aos doentes seguras. Tem-se assistido à padronização dos processos de trabalho, através de práticas de acreditação e certificação, cujas normas incidem sobre a componente da segurança dos doentes, na criação de departamentos de controlo da infeção hospitalar e de gestão do risco, e na adoção de normas de orientação clínica (guidelines), no sentido de reduzir a variabilidade das práticas clínicas e permitir a tomada de decisões baseadas na melhor evidência disponível (Sousa, 2006). Simultaneamente tem sido reforçada a necessidade de fortalecer a abordagem da segurança dos doentes nos programas de ensino e formação dos trabalhadores do setor da saúde (Conselho da União Europeia, 2009).

1.2 - MODELOS TEÓRICOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE E DA EXPLICAÇÃO DO ERRO

Este estudo foi baseado em dois modelos teóricos distintos que dão suporte à prática diária e que serviram de orientação ao estudo empírico.

A integração da teoria na prática serve como um guia para atingir os objetivos propostos, nomeadamente de promover a saúde e prevenir a doença, bem como identificar causas evitáveis de doença e necessidades de saúde não satisfeitas (McCurry, Revell, & Roy, 2010).

Apresentamos em seguida uma breve explicitação do modelo de avaliação da qualidade de Donabedian, que estruturou a nossa pesquisa em busca dos fatores que contribuem para resultados clínicos de alta qualidade, e do modelo da explicação do erro de Reason que nos faculta uma abordagem compreensiva da segurança do doente.

1.2.1 - Modelo de avaliação da qualidade de Donabedian

A qualidade é indissociável da prestação de cuidados de saúde e é uma prioridade para os gestores e profissionais de saúde. A qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados. A magnitude dos custos associados à má qualidade dos serviços de saúde justifica o investimento em sistemas ou programas de controlo e melhoria contínua da qualidade (Carey & Stefos, 2011; Hill, Stephani, Sapple, & Clegg, 2020).

A tríade mais conhecida para avaliação da qualidade, foi descrita por Avedis Donabedian em meados de 1960, e conceituou três aspetos de abordagem que possuem relações sinérgicas entre si: a estrutura, o processo e o resultado. As suas inter-relações adicionam aos processos dinâmicos de gestão e melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde, a correta adequação da oferta dos serviços às necessidades dos doentes.

A estrutura está relacionada com recursos materiais e humanos disponíveis, características do ambiente físico, organização dos serviços e recursos financeiros, todos eles necessários para a prestação de cuidados. A sua avaliação tem como vantagem serem atributos fáceis de observar. No entanto, “existe uma relação fraca entre variações na estrutura e na qualidade dos cuidados, exceto quando se refere a grandes alterações” (Donabedian, 2003).

Os processos correspondem ao conjunto de atividades que são desenvolvidas durante a prestação de cuidados e aos fluxos de trabalho nela incluídos, como aspetos técnicos de diagnóstico e terapêutica e à relação entre profissionais e doentes.

Os resultados são as mudanças no estado de saúde do indivíduo ou população, decorrentes dos cuidados de saúde. Inclui mudanças nos conhecimentos e comportamentos do doente e familiares e satisfação dos mesmos relativos aos cuidados de saúde e seus resultados (Donabedian, 2003). “Uma das vantagens da avaliação dos resultados, é que reflete não só o que foi feito ao doente (processo), mas também com que perícia é que foi feito” (Donabedian, 2003, p. 53).

Donabedian alega que uma boa estrutura aumenta a possibilidade de se conseguir um bom processo, e um bom processo aumenta a possibilidade de se conseguir um bom resultado. Estrutura, processo e resultado não são atributos da qualidade, são apenas “tipos de informação que se pode obter para inferir se a qualidade dos cuidados é boa ou não” (Donabedian, 2003, p.47).

O processo tem uma relação mais direta com os resultados do que a estrutura, pelo que permite identificar variações mais pequenas e mais imediatas da qualidade (Donabedian, 2003). A avaliação do processo oferece uma estimativa sobre a qualidade menos estável e menos definitiva que os resultados, no entanto, “pode ser mais relevante para a questão em causa, se os cuidados são adequadamente praticados” (Donabedian, 2005, p.694).

Abbott et al. (2018) cita Donabedian afirmando que “apesar dos resultados poderem indicar bom ou mau cuidado no seu conjunto, eles não permitem um entendimento sobre a natureza e a localização das deficiências e das forças a que os resultados se devem”. Ou seja, embora os resultados sejam importantes para avaliar a eficácia e a qualidade dos cuidados, o processo do cuidado em si mesmo, tem de ser avaliado para perceber se estão a ser prestados da maneira mais adequada.

Pode existir uma inclinação para considerar que os resultados são o aspeto mais importante da qualidade, no entanto, é importante relembrar que os resultados são uma consequência do processo, que por sua vez, depende da estrutura. Uma avaliação exclusiva dos resultados, não permite perceber os fatores que contribuem para o bom ou mau resultado, logo não é possível fortalecer o que está bem, nem corrigir o que está mal.

A avaliação global dos cuidados de saúde prestados exige a compreensão dos três elementos, individualmente, mas também as relações entre eles, uma vez que a estrutura influencia o processo e o processo por sua vez, influencia o resultado. A combinação dos três elementos aperfeiçoa a avaliação de qualidade de saúde, no qual as estruturas melhoram os processos de cuidados e ambos por sua vez melhoram os resultados dos doentes.

O modelo de Donabedian será considerado neste estudo, uma vez que tem por base a melhoria contínua dos cuidados de saúde, na qual a problemática em questão encontra a sua expressão. Admitimos que profissionais sensibilizados para a importância da LVSC (estrutura) estarão mais motivados para a sua correta implementação (processo) e que a melhoria da adesão dos profissionais tem potencial para a melhoria de resultados nos doentes.

1.2.2 - Modelo de "queijo suíço" de Reason

A OMS numa perspetiva da qualidade em saúde tem recomendado uma maior atenção com a segurança do doente, mais especificamente em relação aos eventos adversos evitáveis ou erro médico. O relatório da *National Patient Safety Foundation* "Livre de Danos", de 2015, destacou os avanços relativos à minimização dos eventos adversos ou erros clínicos, e ao mesmo tempo salientou a complexidade subjacente aos erros que permaneceram não endereçados, alertando para a necessidade de melhorar os vários fatores que podem impactar positivamente nos ambientes de saúde, rumo à redução de riscos (National Patient Safety Foundation & NPSF, 2015).

Uma abordagem sistémica prospetiva e organizacional dos fatores que contribuem para a diminuição da segurança do doente e do erro tem de ser considerada. Os erros e eventos adversos deverão ser analisados e controlados através de sistemas próprios e dedicados.

O modelo do "queijo suíço", proposto por James Reason no início da década de 1990, tornou-se numa das teorias mais utilizadas para a análise de erros humanos e incidentes relacionados com a segurança do doente. Este modelo de análise ajuda-nos a compreender que, em organizações complexas, o erro que causa lesão ao doente raramente está isolado e frequentemente decorre de várias falhas do sistema.

A abordagem do erro humano pode ter dois entendimentos distintos: a abordagem individual, que destaca os prestadores de cuidados como os causadores do erro, na medida em que as suas ações ou omissões conduzem a falhas e erros; ou a abordagem do sistema, que assenta na premissa de que os acidentes e os erros resultam de uma cadeia de fatores causais, uma sequência de falhas ativas e latentes, que se alinham e provocam danos nos doentes (Fragata & Martins, 2008). Podemos definir falhas ativas como "os erros e violações cometidas pelos que estão em contacto direto com a interface homem sistema" e falhas latentes como "as ações tomadas nos escalões mais a montante da organização e do sistema" (Fragata & Martins 2008).

No modelo do “queijo suíço “assume-se que existem múltiplas oportunidades para a ocorrência de acidentes, sendo que o sistema seria como um queijo suíço, no sentido em que inteiro é liso e sem defeitos, mas ao ser fatiado apresenta diversos buracos de segurança (falhas latentes) que, apesar de não provocarem acidentes de forma direta, contribuem para a sua ocorrência, no alinhamento com outros buracos de segurança (falhas ativas) (Fragata, 2009) (Figura1).

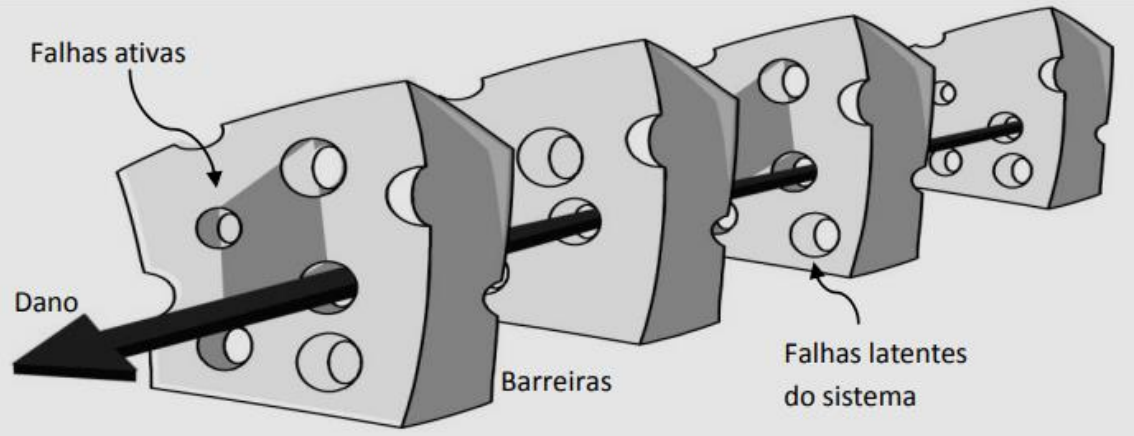


Figura 1 - Modelo de “queijo suíço” – adaptado de Reason (2000)

Reason assume que em sistemas complexos, como são as instituições hospitalares, se constroem barreiras (mecanismos de proteção) para impedir que os erros aconteçam. Porém, ainda que essas barreiras estejam consolidadas, podem ocorrer falhas tanto organizacionais quanto de infraestrutura nos ambientes de saúde, representadas por pontos fracos não intencionais. O mesmo autor alerta para o número constante de falhas ativas, no sentido em que o erro humano é natural e frequentemente imprevisível, desafiando as organizações a reduzir os “buracos do queijo suíço (falhas latentes) ao mesmo tempo que se criam novas camadas de proteção para impedir o alinhamento dos “buracos”. De acordo com o Reason, é na combinação entre estas duas abordagens que reside o potencial sucesso de gestão do erro clínico. A LVSC funciona como barreira, protegendo o doente, profissional de saúde e instituição.

2 - SEGURANÇA CIRÚRGICA: UM DESAFIO MUNDIAL

De Vries et al. (2008) estimaram que cerca de 40% dos eventos adversos ocorrem em BO e que muitos destes eventos são resultado de erros evitáveis. Os fatores humanos foram considerados a causa da maioria dos eventos adversos cirúrgicos (Heideveld-Chevalking et al., 2014; Suliburk et al., 2019), seguindo-se os fatores organizacionais (23,1%) e fatores relacionados com o doente (2,9%) (Heideveld-Chevalking et al., 2014).

Os resultados dos estudos no âmbito dos incidentes em BO têm evidenciado a necessidade de uma abordagem sistematizada e integrada da segurança do doente e que promova a comunicação e o trabalho em equipa (Weiser & Haynes, 2018).

2.1 - COMPLEXIDADE DO CONTEXTO E INTERDISCIPLINARIDADE

A realização de cirurgias é um procedimento fundamental na área da saúde, observando-se um aumento progressivo desta abordagem de tratamento associado aos avanços tecnológicos, ao aumento da esperança média de vida e às comorbidades dos doentes. Dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), mostram que em 2020 foram realizadas em Portugal aproximadamente 2 351 cirurgias por dia (INE, 2020).

O BO segundo a DGS, corresponde à unidade orgânico-funcional constituída por um conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos destinada à prestação de tratamento cirúrgico ou realização de exames que requeiram elevado nível de assepsia e em geral anestesia (Ministério da Saúde, 2015).

O BO inclui complexidade, alta tecnologia e enorme especialização que, quando combinados com vários fatores como, alteração das composições da equipa no dia a dia, diversidade cirúrgica, medicação de alto risco, pressão do tempo, rotatividade de doentes e a necessidade de intervenção rápida em caso de emergência, podem contribuir para a ocorrência de eventos adversos. Para Marsteller et al. (2015) o BO é um dos locais de exercício profissional onde existe elevada probabilidade de erros e acidentes potencialmente evitáveis. A atividade inerente a esta unidade reveste-se de enorme complexidade, pelas múltiplas variáveis a que naturalmente está submetida, requerendo uma ação interdisciplinar e multiprofissional, dependentes da performance individual/equipa e da instituição, sendo que esta última envolve fatores técnicos, humanos, da equipa e da organização ou do sistema (Fragata, 2010). Todas estas

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

A equipa de profissionais de saúde do BO apresenta-se com um cariz multidisciplinar onde a cooperação, coordenação e harmonia multiprofissional são imprescindíveis para um bom trabalho, refletindo assim eficiência, qualidade dos cuidados e segurança do doente.

A Aliança Mundial para a Segurança do Doente, reconhecendo a problemática inerente à segurança do doente no BO, definiu em 2007-2008, como "Segundo Desafio Global da Segurança do Doente", a "Segurança dos Cuidados Cirúrgicos", através do programa "Cirurgia Segura, Salva-Vidas" (Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde, 2015). Este programa tem como objetivos melhorar a segurança cirúrgica e reduzir o número de mortes e complicações relacionadas com a cirurgia. Entre os esforços desenvolvidos, a nível nacional e internacional, para a efetivação de estratégias que minimizem os incidentes evitáveis, tem sido recomendada a utilização da LVSC.

2.2 - LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRURGICA: DESAFIOS NA SUA IMPLEMENTAÇÃO

A melhoria da segurança dos cuidados cirúrgicos através do projeto "A *cirurgia segura salva-vidas",* sugerindo o uso de listas de verificações de segurança, teve por base a evidência científica, que salienta que as mesmas podem reduzir erros, garantindo que todas as tarefas críticas são realizadas, reforçam uma abordagem não hierárquica baseada na equipa, melhoram a comunicação, detetam falhas precocemente e antecipam possíveis complicações.

A utilização de listas de verificação ou checklists é uma prática importante e recentemente introduzida na área da saúde, mas têm sido utilizadas há décadas noutras áreas de alto risco, nomeadamente em setores financeiros, aeronáuticos e de construção civil, e têm demonstrado ser instrumentos eficazes ao garantir a segurança das operações. É uma ferramenta estruturada de comunicação, que fragmenta tarefas complexas de modo a diminuir a probabilidade de esquecimento de confirmação de algum item fundamental para a qualidade e segurança. A confirmação de itens listados, previamente determinados, impõe rapidez ao processo e ao mesmo tempo impõe barreiras às eventuais falhas de mesmo (Manser, Foster, Flin, & Patey, 2013). As listas de verificação são uma ferramenta recomendada para a prevenção de erros humanos em áreas de trabalho complexas e de alta intensidade como são exemplo os BO.

A LVSC da OMS, lançada em junho de 2008, é um exemplo de uma lista de verificação cirúrgica destinada a garantir a segurança do doente cirúrgico e o seu objetivo é proporcionar que elementos-chave de segurança sejam integrados dentro da prática da sala de operações (WHO, 2008).

Um ensaio clínico realizado em hospitais noruegueses, implementou a LVSC da OMS e evidenciou uma redução de complicações cirúrgicas de 29,9% para 12,4% ($p<0,001$), e o tempo de internamento foi reduzido em 0,8 dias ($p=0,022$), (Haynes et al., 2011). A introdução da LVSC da OMS reduziu as complicações de 11,0% para 7,0% ($p<0,001$), com uma queda na mortalidade de 1,5% para 0,8% ($p=0,003$), num cenário global de oito hospitais em oito países (Haugen et al., 2019).

Segundo a OMS a LVSC consiste numa verificação verbal pelas equipas operacionais, em termos de implementação das etapas básicas, que garantem a administração segura da anestesia, trabalho de equipa eficaz e outras etapas ou práticas substanciais dentro da gama de intervenções cirúrgicas, que passam por um processo bem definido. São instrumentos que são preenchidos pré-operatoriamente e durante a cirurgia, por uma ou mais pessoas responsáveis, com o objetivo de aumentar a segurança das intervenções cirúrgicas. As listas de verificação de segurança diferem dos protocolos, algoritmos e diretrizes na medida em que tais ferramentas frequentemente descrevem um procedimento detalhadamente.

A OMS (2009) identificou dez objetivos fundamentais para a segurança cirúrgica, inseridos na LVSC, procurando reforçar as práticas de segurança e fomentar uma melhor comunicação e trabalho de equipa multidisciplinar, como se apresentam de seguida

1. A equipa vai operar o doente certo, no local correto.
2. A equipa vai usar métodos já conhecidos para evitar danos decorrentes da administração de anestésicos, protegendo o doente da dor.
3. A equipa vai identificar e estar efetivamente preparada para atuar perante sinais e sintomas de risco de vida ou de falência respiratória.
4. A equipa vai identificar os sinais/sintomas e estar efetivamente preparada para atuar face ao risco de elevada perda de sangue.
5. A equipa vai evitar a indução de uma reação alérgica ou reações adversas a medicamentos relativamente aos quais existe risco significativo para aquele doente.
6. A equipa vai utilizar sistematicamente métodos conhecidos para minimizar o risco de infeção do local cirúrgico.

7. A equipa vai impedir a retenção inadvertida de instrumentos ou compressas em feridas cirúrgicas.

8. A equipa vai acondicionar e identificar com precisão todas as amostras cirúrgicas.

9. A equipa vai comunicar de forma eficaz e partilhar informação crítica que contribua para o aumento da segurança nos procedimentos cirúrgicos.

10. Os hospitais e os sistemas de saúde pública vão estabelecer vigilância epidemiológica de rotina que permita monitorizar a capacidade cirúrgica, o volume e os resultados. (p.25)

A LVSC da OMS deve ser realizada pelo profissional de saúde (médico ou enfermeiro), que se encontre a cooperar na cirurgia e seja o responsável por conduzir a aplicação da lista de verificação, de acordo com diretrizes da instituição de saúde.

A LVSC da OMS (Anexo I) encontra-se dividida em três fases:

- ✓ **Antes da indução anestésica**, abrange áreas como: identificação do doente, do local da cirurgia, do procedimento a ser realizado e da obtenção do consentimento informado, verificação do equipamento de anestesia e do funcionamento da oximetria de pulso, disponibilidade de medicamentos de emergência e de alguns itens de risco em relação à cirurgia;
- ✓ **Antes da incisão da pele**, envolve áreas como: apresentação de toda a equipa, verificação do uso adequado de antibióticos, presença de exames complementares de diagnóstico para a cirurgia que vai ser realizada, monitorização do doente, trabalho em equipa, decisões anestésicas e cirúrgicas, bem como a comunicação eficaz entre cirurgiões, enfermeiros e anestesistas, revendo etapas críticas a fim de garantir um bom e seguro resultado;
- ✓ **Antes de o doente sair da sala de cirurgia**, abraça áreas como a verificação de contagens de instrumentos, etiquetagem de amostras e preocupações com a recuperação do doente;

Por fim, calcula-se o índice de Apgar Cirúrgico que possibilita de imediato o conhecimento sobre condições operatórias a que o doente foi submetido. Os intervenientes no ato cirúrgico devem ter conhecimento deste valor.

Em 2013 foi emanada pela DGS uma norma que orientou os BO a implementar o projeto "cirurgia segura, salva-vidas" de acordo com o manual "orientações da OMS para a cirurgia segura 2009", que incluiu a implementação da LVSC concomitantemente com o desenvolvimento de estratégias de dinamização e melhoria do trabalho em equipa,

reforçando a comunicação interprofissional (DGS, 2013). A LVSC é um indicador de qualidade em saúde e os seus itens devem ser devidamente confirmados, garantindo assim a segurança do doente durante o procedimento cirúrgico.

Os BO evidenciaram quatro áreas críticas a ser melhoradas em contexto da segurança dos cuidados cirúrgicos, nomeadamente: a prevenção da infeção do local cirúrgico, a anestesia segura, equipas cirúrgicas seguras e a monitorização dos resultados dos cuidados cirúrgicos.

O uso de listas de verificação está associado a mudanças nos sistemas e mudanças na cultura das equipas cirúrgicas (Mazzocco et al., 2009). Essas mudanças culturais aumentam a comunicação e o trabalho em equipa, delegando a responsabilidade da segurança dos doentes em toda a equipa a partir de um sistema puramente hierárquico e aumentando a satisfação no trabalho dos profissionais de saúde (Conley, Singer, Edmondson, Berry, & Gawande, 2011).

A LVSC da OMS tornou-se parte integrante da prática nos BO. As evidências encontradas mostram que a utilização da LVSC reduz a morbilidade e mortalidade dos doentes, melhora a comunicação e o trabalho em equipa e pode reduzir os custos, no entanto, ainda há ceticismo em relação ao uso da LVSC e os seus efeitos têm sido questionados (Urbach, Dimick, Haynes, & Gawande, 2019). Vários estudos também relatam que poucos itens da lista são realmente concluídos (Fourcade, Blache, Grenier, Bourgain, & Minvielle, 2012; Kasatpibal et al., 2012; Levy et al., 2012) e que se continua a debater a eficácia desta ferramenta (Abbott et al., 2018). Em Portugal o PNSD 2015-2020 refere uma baixa adesão à LVSC (Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde, 2015). A nível nacional e internacional têm sido encontradas resistências no acolhimento de procedimentos estruturados e sistematizados por parte de toda a equipa cirúrgica (Mota, Castilho, & Martins, 2021).

A implementação eficaz de inovações de segurança para os doentes como a LVSC é um desafio e tem mostrado resultados altamente variáveis (Conley et al., 2011). Reconhecem-se como fatores de sucesso na implementação da LVSC a compreensão de todos os itens e o reconhecimento da sua utilidade por parte de toda a equipa multidisciplinar. Simultaneamente estes fatores também podem ser um dos entraves à implementação do programa (Diego et al., 2016). A implementação pode ser difícil porque o clima da sala da operatória é hostil à inovação, porque a tomada de decisão está frequentemente centralizada em hierarquias interpessoais de longa data, que dificultam as abordagens baseadas em equipa ou porque os indivíduos resistem a

mudar a prática habitual (Treadwell, Lucas, & Tsou, 2014). Haugen et al. (2019) acredita que a implementação da LVSC tem tido uma abordagem bastante ingénua.

2.3 - ADESÃO DOS PROFISSIONAIS NA IMPLEMENTAÇÃO DA LVSC: FATORES DIFICULTADORES, FACILITADORES E ESTRATÉGIAS DE MELHORIA

No sentido de sintetizar o conhecimento disponível sobre esta temática, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, tendo como método de pesquisa a RIL. Esta metodologia permite reunir e sintetizar resultados de pesquisas em bases de dados científicas, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008).

Para a elaboração da RIL, no primeiro momento o investigador determina os objetivos específicos, formula a questão de investigação a ser respondida ou hipóteses a serem testadas, posteriormente realiza a pesquisa para identificar e reunir o máximo de pesquisas primárias relevantes dentro dos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Seguidamente, o investigador avalia os métodos utilizados nos vários estudos selecionados, para determinar a sua validade metodológica. Dos estudos selecionados, são escolhidos os resultados mais relevantes de forma aos mesmos serem interpretados e sintetizados para que se consiga responder à questão de pesquisa formulada. A RIL consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisa, permite a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis sobre o tema investigado, admite a implementação de intervenções efetivas na prestação de cuidados e além disso proporciona a identificação de fragilidades, que poderão conduzir ao desenvolvimento de futuras investigações (Mendes et al., 2008). Possibilita a construção do conhecimento em enfermagem, produzindo um saber fundamentado e uniforme para que os enfermeiros realizem uma prática clínica com qualidade. Assim desenvolveu-se a pesquisa procurando resposta para a seguinte questão orientadora: “Quais os fatores que interferem na adesão dos profissionais de saúde à utilização da LVSC da OMS?”.

Definiu-se como objetivo principal aprofundar o conhecimento sobre os fatores que interferem na adesão dos profissionais de saúde à utilização da LVSC.

A fim de suportar a melhor evidência científica realizou-se, numa primeira fase, uma pesquisa livre nas bases de dados Google Scholar e PubMED com o objetivo de identificar as palavras-chave. Numa segunda fase realizou-se nova pesquisa na plataforma *EBSCOhost* com interface para as seguintes bases de dados: CINAHL

Complete, MEDLINE Complete, *SciELO, Cochrane Central Register of Controlled Trials, PubMed e B-on,* com os seguintes descritores de saúde: “Checklist”, “Patient Safety”, “Operating room” e “Adherence”. Os operadores booleanos usados foram AND e OR. Os critérios de inclusão consideraram os idiomas português, inglês e espanhol que apresentassem texto integral disponível e com data de publicação restringida aos últimos cinco anos. A pesquisa foi realizada no dia 30 de dezembro de 2019. Foram incluídos estudos em que os profissionais de saúde de BO utilizassem a LVSC da OMS, avaliando o grau de adesão e os fatores que influenciam o mesmo.

Nesta pesquisa surgiram 37 artigos, sendo que desses estudos foram eliminados 3 por se encontrarem em duplicado. Após a leitura dos 34 resumos foram eliminados 30 estudos por não permitirem dar resposta à questão e objetivos de pesquisa formulados, restando 4 estudos primários para uma leitura integral. Após a análise integral dos estudos selecionados, realizada de forma independente por dois investigadores, os quatro estudos mantiveram-se para a revisão (Figura 2).

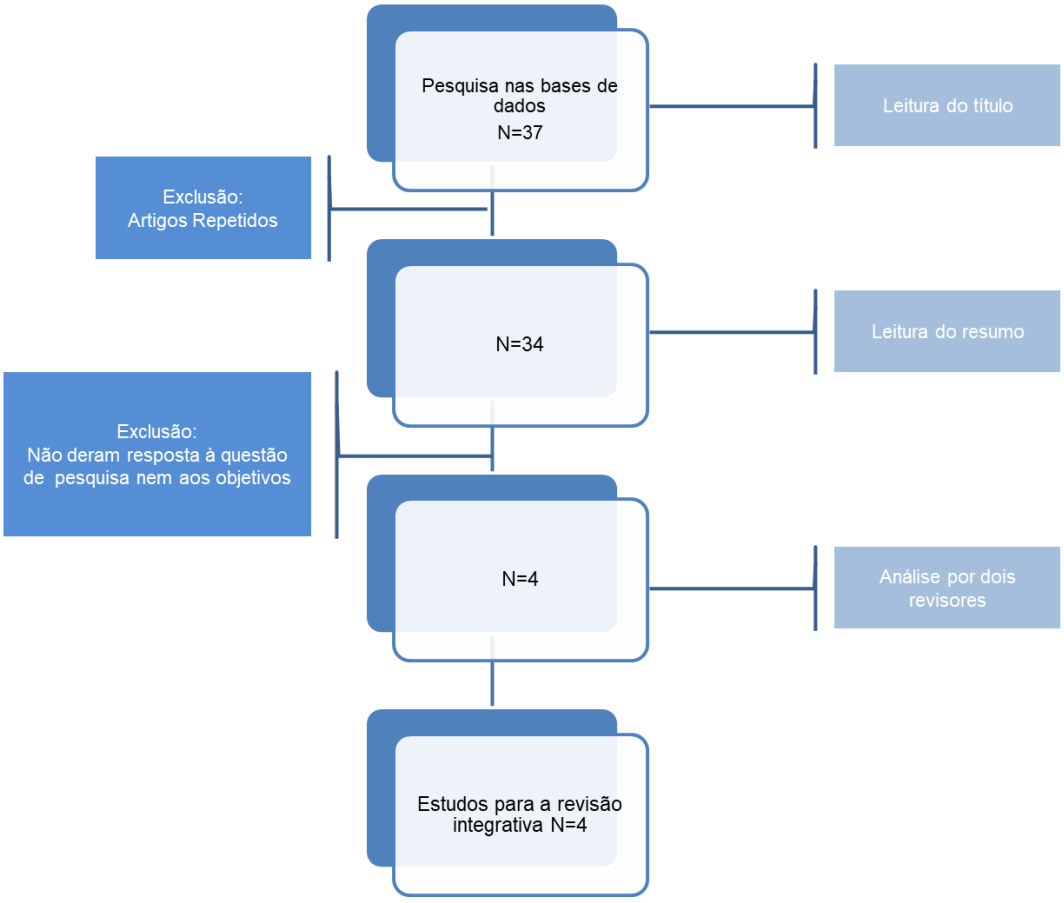


Figura 2 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos

A Tabela 1 apresenta de forma sumária a amostra que incluímos na RIL, tendo em conta a base de onde foram retirados, título, autores/ano, periódico onde foram publicados e país/nº de hospitais onde foram realizados.

Tabela 1 - Estudos selecionados para a RIL

Estudo	Base de Dados	Título	Autores/Ano	Periódico de Publicação	País/Nº Hospitais
1	Medline	Adherence to the WHO surgical safety checklist: an observational study in a Swiss academic center.	Schwendimann, et al., 2019	Patient Safety in Surgery	Suíça 1 Hospital
2	Pubmed	Changes in safety climate and teamwork in the operating room after implementation of a revised WHO checklist: a prospective interventional study.	Erestam, Haglind, Bock, Angenete, 2017	Patient Safety in Surgery	Suécia 1 Hospital
3	Medline	Surgical Team Member Assessment of the Safety of Surgery Practice in 38 South Carolina Hospitals.	Singer, et al., 2015	Medical Care Research & Review	EUA 38 hospitais
4	Medline	A Qualitative Evaluation of the Barriers and Facilitators Toward Implementation of the WHO Surgical Safety Checklist Across Hospitals in England.	Russ et al., 2015	Annals of surgery	Inglaterra 10 Hospitais

2.3.1 - Síntese das evidências

Da análise de cada artigo foram extraídos os resultados que respondem à questão de investigação e aos objetivos delineados. As informações obtidas foram sintetizadas num quadro resumo que segue a estrutura PICOD, no qual consta as informações relativas ao desenho de estudo, participantes, intervenção, comparação e resultados obtidos (Apêndice I).

Apresenta-se em seguida uma breve caraterização dos estudos e os principais resultados. Os estudos analisados foram realizados maioritariamente em países europeus (Suíça, Suécia, Inglaterra) e um foi realizado nos Estados Unidos da América.

Relativamente à metodologia utilizada, dois estudos recorreram ao método quantitativo, um estudo utilizou uma abordagem qualitativa e outro uma abordagem mista.

Os estudos foram realizados com profissionais de saúde que trabalham em BO, as amostras incluíram cirurgiões, anestesistas e enfermeiros, contudo, um dos estudos também incluiu gestores clínicos, administrativos e radiologistas. Para a recolha de dados os instrumentos usados foram: entrevistas estruturadas e semiestruturadas (estudo 1 e 4 respetivamente), observação não participante (estudo 2 e 3) e questionários (estudo 2 e 3).

O tamanho das amostras variou entre 11 e 1852 profissionais de saúde, sendo a profissão de enfermagem a que apresenta maior percentagem, 69,0%, seguida dos cirurgiões com 39.7%.

Os temas ou domínios centrais subjacentes aos estudos são a “adesão/implementação da LVSC”, “segurança do doente cirúrgico” bem como os “fatores que facilitam e dificultam o processo de implementação da LVSC”.

Schwendimann et al. (2019), Singer et al. (2015) e Russ et al. (2015) estudaram a adesão à LVSC e identificaram fatores que facilitam e dificultam o processo de implementação da mesma. Schwendimann et al. (2019) constatou que os fatores se subdividem em fatores individuais, processuais e contextuais. Russ et al. (2015) remete-nos para fatores organizacionais, fatores do sistema, fatores de equipa e fatores específicos da LVSC.

Os fatores individuais que dificultaram a implementação da LVSC, são atitudes negativas, insegurança e resistência por parte dos profissionais de saúde. Como são exemplos a inércia dos profissionais em relação à mudança de rotina estabelecida e falta de autodisciplina (Schwendimann et al., 2019). Russ et al. (2015) reitera que os fatores que dificultam a adesão à LVSC mais comuns são a resistência ou não cumprimento por parte dos profissionais de saúde, mais frequentemente de cirurgiões seniores e/ou anestesistas. Ribeiro et al. (2017) evidencia a resistência dos médicos como a principal barreira encontrada.

O facto dos membros chave da equipa não estarem presentes ou totalmente envolvidos também foi descrito por Schwendimann et al. (2019) como dificultador, embora os cirurgiões sejam normalmente descritos como sendo os líderes na sala operatória, outro estudo revelou que quando o cirurgião da equipa não estava na sala operatória durante o preenchimento da LVSC o processo era delegado noutro membro da equipa (Ziman, Espin, Grant, & Kitto, 2018).

Os fatores processuais, que incluem interrupções no fluxo de informação, falta de trabalho em equipa e esforço envolvido na sua execução, foram relatados como dificultadores do processo, como por exemplo, não estar definido o responsável pelo preenchimento da LVSC, existência de atrasos por parte de profissionais de saúde e conversas durante a realização da mesma (Schwendimann et al., 2019).

A introdução da LVSC requer modificações no fluxo de trabalho da equipa cirúrgica, resultando num aumento da carga de trabalho (Bergs et al., 2015), podendo resultar na diminuição da utilização da LVSC. Estudos também demonstram que os membros da equipa que trabalham com a LVSC da OMS, atingiram níveis substancialmente mais altos de conscientização sobre os benefícios da mesma, do que aqueles que não a implementaram (Mascherek, Schwappach, & Bezzola, 2013).

Os fatores contextuais referidos dizem respeito às condições e ambiente de trabalho, tais como distrações, interrupções e pressão de tempo. Também foi nomeado ruído de fundo, como por exemplo ruído mecânico ou telefones tocar (Schwendimann et al., 2019). Singer et al. (2015) dizem-nos que mais de metade dos profissionais de saúde relatam que a pressão de produção dificulta a segurança do doente e que mostram preferência pelo uso de LVSC.

Relativamente às estratégias para melhorar a eficácia de implementação da LVSC Singer et al. (2015), destaca que estas podem beneficiar do maior envolvimento dos cirurgiões, afirmação corroborada também por Russ et al. (2015), que reconhece que a ausência de membros chave na equipa cirúrgica leva à incompletude da mesma. Para gerir com sucesso a LVSC é importante que o coordenador da mesma tenha o apoio de profissionais em posições mais elevadas (Nembhard & Edmondson, 2006). No sistema hospitalar hierárquico, é importante que a pessoa responsável pela LVSC seja o cirurgião sénior, pois provavelmente será mais propenso a implementar a mesma com sucesso (Andersson, Gifford, & Nilsson, 2015).

Pesquisas anteriores mostraram associações entre a inclusão do líder e o compromisso da equipa para melhoria da qualidade nos cuidados de saúde (Nembhard & Edmondson, 2006). Baixos níveis de entendimento entre profissionais de saúde podem reduzir o trabalho eficiente (Undre, Sevdalis, Healey, Darzi, & Vincent, 2006).

A LVSC é essencialmente uma ajuda para melhorar o desempenho da equipa, comunicação e vigilância. No entanto, foi demonstrado que quando mal ou inadequadamente utilizada pode afetar negativamente a equipa da sala de cirurgia (Etherington, Wu Olivia Cheng-Boivin, & Larrigan Sylvain Boet, 2019). O mesmo autor diz-nos que um estudo recente de simulação mostrou que os membros da equipa não

compartilham informações clínicas relevantes em 48% das vezes. Alguns membros da equipa são mais propensos a fornecer informações voluntárias do que outros (Cumin, Skilton, & Weller, 2017). Resultados semelhantes foram encontrados por Erestam et al. (2017) e mostram que pode existir boa comunicação entre membros da mesma equipa, mas não existir na mesma medida entre profissões.

A implementação duradoura da LVSC depende de uma comunicação clara e concisa tanto sobre o seu objetivo como sobre a sua aplicação (Schwendimann et al., 2019 e Russ et al., 2015). Estudos demonstram que a implementação de uma LVSC alterada não afeta o trabalho em equipa, a comunicação e a colaboração (Erestam et al., 2017). A variabilidade na adesão à LVSC é um fenómeno bem conhecido (de Jager, McKenna, Bartlett, Gunnarsson, & Ho, 2016). Estudos demonstram um fraco cumprimento da LVSC na prática (Pickering et al., 2013).

Juntamente com a sua execução prática, a aplicação da LVSC refere-se ao processo de implementação a longo prazo, que pode incluir *coaching* se necessário, educação específica consistente e treino (Borchard, Schwappach, Barbir, & Bezzola, 2012).

O estudo de Russ et al. (2015) demonstrou uma grande variação na forma como a LVSC foi inicialmente implementada, tanto intra como inter-hospitalar. Variou entre estratégias aparentemente muito bem orquestradas em alguns hospitais, para outros, onde a LVSC simplesmente apareceu sem aviso prévio, apesar das orientações disponíveis para a implementação da iniciativa, mas nem todos os hospitais a utilizaram eficazmente. Assim podemos dizer que um fator organizacional que dificulta a implementação efetiva da LVSC é uma estratégia de implementação deficiente.

No que concerne aos fatores que facilitam a implementação da LVSC, Schwendimann et al. (2019) diz-nos que a sensação de fazer parte de uma equipa e ter uma meta partilhada de segurança do doente, são fatores encorajadores.

Os fatores facilitadores que emergiram, demonstram estratégias positivas e pró-ativas que têm sido desenvolvidas para mitigar as várias barreiras e aumentar as oportunidades de uso adequado da LVSC e de plena implementação. Estas centraram-se na modificação da ferramenta para se adequarem ao contexto local; transmissão da relevância e da importância da LVSC às equipas locais (através de educação/formação e feedback dos dados locais); identificação de líderes fortes e defensores da iniciativa, considerando métodos de incutir responsabilidade, e alinhar as prioridades estratégicas em todo o hospital (Russ et al., 2015).

Para melhorar a adesão à LVSC da OMS, são sugeridas as seguintes ações: os gestores precisam de garantir as condições necessárias para a aplicação da LVSC nos

hospitais; o desempenho de todos os membros das equipas cirúrgicas devem ser supervisionados no que diz respeito à LVSC e incluir periodicamente feedback; deve ser dada formação permanente para a implementação da LVSC; deve haver motivação para o uso LVSC com a intenção de melhorar a segurança do doente cirúrgico (Erestam et al., 2017).

Adicionalmente como sugestão, foi referido que o que suportará o sucesso da adesão à LVSC, será o esforço adicional de formação e treino a toda a equipa de profissionais de BO (Schwendimann et al., 2019). Russ et al. (2015) advoga que a oferta de educação e formação em torno da LVSC seria um poderoso facilitador para a uma implementação bem-sucedida, e apresenta sessões de treino que permitem ensinar as melhores práticas no uso da LVSC e/ou como lidar com os membros resistentes da equipa à realização da mesma.

Em síntese, a utilização da LVSC é uma prática importante na área da saúde, pois é uma ferramenta que permite a verificação de itens importantes para a segurança do doente permitindo a redução de incidentes.

Existem evidências de que a adesão à LVSC tem sido pouco explorada, a análise da utilização dessa ferramenta permite identificar fatores que dificultam e facilitam a implementação da mesma.

A análise dos estudos permitiu adquirir maior conhecimento relativamente aos fatores que dificultam e facilitam a adesão dos profissionais de saúde à utilização da LVSC da OMS, bem como as estratégias mais adequadas a adotar para obter sucesso na sua implementação.

Na generalidade, os resultados demonstram uma tendência global, que aponta no sentido de ganhos em saúde, relativos à segurança do doente cirúrgico, quando sujeitos a uma intervenção estruturada de adesão à utilização da LVSC, pois é necessário investir na construção de uma cultura de segurança organizacional.

A não adesão à LVSC é sobreponível com indisponibilidade dos membros chave da equipa do BO no momento da realização da mesma. É fundamental melhorar o trabalho em equipa e a comunicação dentro da mesma.

As intervenções para melhorar o clima de segurança requerem, forte compromisso e apoio do gestor, bem como, educação e formação dos profissionais de saúde (Andersson et al., 2015).

É necessário a produção de mais evidência científica, onde seja analisada a implementação da LVSC para que possam ser elaboradas novas estratégias de aplicação, acompanhamento e avaliação de seu uso.

As intervenções educacionais de sensibilização contínuas para a adesão dos profissionais de saúde à utilização da LVSC, são urgentes para a promoção da qualidade dos cuidados de saúde prestados no ambiente perioperatório, onde pela complexidade das atividades realizadas os eventos adversos devem ser prevenidos o mais precocemente possível contribuindo assim para a segurança do doente cirúrgico.

3 - ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE À UTILIZAÇÃO DA LVSC

A implementação do projeto de melhoria da qualidade, baseado na utilização da LVSC da OMS por parte dos profissionais de saúde, foi associado a um aumento significativo da segurança do doente. São necessárias estratégias de implementação válidas para abordar as barreiras que influenciam a utilização da LVSC.

3.1 - MODELO DE MELHORIA CONTÍNUA PDCA OU CICLO DE DEMING

Atualmente, após duas décadas de intenso trabalho com enfoque na melhoria da qualidade e da segurança do doente, dispomos de profunda capacitação sobre o tema e verdadeira perceção das suas causas e consequências. A melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde implica a sua efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, centrados no doente, continuidade e respeito (DGS, 2018).

A OMS e a União Europeia recomendam que o ciclo de melhoria contínua da qualidade passe pela avaliação da cultura de segurança através da identificação, avaliação e hierarquização dos riscos, promovendo ações de melhoria nas áreas problemáticas.

A cultura de segurança é um produto de valores individuais e de um grupo, atitudes, perceções, competências e padrão de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura (Costa, Ramos, Gabriel, & Bernardes, 2018). Um baixo índice de cultura de segurança pode levar à ocorrência de eventos adversos potencialmente evitáveis, resultando na descrença das organizações e dos profissionais de saúde, além de representarem um pesado encargo social e económico. Os serviços de saúde necessitam de planear e executar medidas eficazes para prevenção de incidentes e eventos adversos durante a prestação dos cuidados de saúde comtemplando a cultura de segurança. Assim os ganhos em saúde são maximizados através do alinhamento e integração dos esforços sustentados de todos os setores, com foco no doente como centro dos cuidados e acesso a políticas de saúde na melhoria contínua da qualidade.

A melhoria da qualidade espelha a prática de avaliar e melhorar continuamente a qualidade dos cuidados de saúde entregues aos doentes. Existem diferentes ferramentas utilizadas na gestão da qualidade na área da saúde, mas o enfoque deste trabalho recai sobre o ciclo PDCA ou Ciclo de Deming. O ciclo PDCA visa identificar um problema de qualidade na organização, estudá-lo, procurar as causas, definir medidas para a sua redução ou eliminação e implementar essas medidas através de um ciclo de gestão: *Plan* (planear), *Do* (fazer), *Check* (verificar), *Act* (atuar) (Gao, Chen, & Kang, 2021). *Plan* é a fase em que se analisam as áreas/atividades ou processos que queremos melhorar e se definem estratégias de melhoria; *Do* corresponde à fase de implementação da mudança/melhoria; *Check* é um passo crucial na medida em que é a fase de monitorização e acompanhamento da mudança/melhoria; *Act* é a fase em que se toma a decisão sobre o resultado alcançado, tendo em conta o seu efeito no processo de melhoria da qualidade. Realizam-se ajustes de melhorias, corrigindo algum problema, melhorando assim a qualidade da prestação de cuidados (Gao et al. 2021).

Atendendo a estes propósitos (Fitzpatrick, 2016) salienta a importância da metodologia da gestão da qualidade, ciclo PDCA, reiterando que a dimensão segurança segue as mesmas premissas que regem a melhoria da qualidade, com os objetivos de aprimorar a prestação de cuidados no local de trabalho, integrar-se com as atividades de monitorização para deteção de problemas e planear medidas preventivas, como executar ações para solucionar problemas de qualidade/segurança.

O enfoque sobre a segurança do doente exige uma prática consentânea com o uso da melhor evidência disponível. A PBE serve o propósito da promoção da qualidade dos cuidados e a diminuição dos custos operacionais. Em saúde a base de sustentação é a utilização de resultados de pesquisas na prática profissional, logo, essa dinâmica apresenta-se como um elo que interliga os resultados à sua aplicação prática, uma vez que conduz a tomada de decisão no consenso das informações mais relevantes para o melhor cuidar (Pedrolo et al., 2009). A melhor evidência é proveniente da pesquisa clínica relevante, focada no doente, no sentido de aprimorar as medidas de diagnóstico, os indicadores de prognóstico e tratamento, a reabilitação e a prevenção (Pedrolo et al., 2009).

Foi com base neste princípio que se identificou a problemática, baixa adesão à utilização da LVSC. Este é um problema que pode induzir a omissão dos cuidados necessários, contribuindo para danos evitáveis ou eventos adversos, levando assim a resultados indesejados ou insuficientes.

Assim, no projeto de melhoria que pretendemos implementar seguimos os princípios do modelo de melhoria contínua proposto por Deming,

1- Realização do diagnóstico da situação e definição de um programa de melhoria focado, na sensibilização dos profissionais;

2- Realização do programa de intervenção;

3- Avaliação dos resultados;

4- Ajustes e consolidação do projeto de melhoria.

Acreditamos que o sucesso deste modelo está no acompanhamento contínuo e nos sucessivos ciclos de avaliação, que permitam consolidar as mudanças desejadas.

Descrevemos no capítulo seguinte o desenho da investigação realizada e o projeto de intervenção implementado.

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

4 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

O presente capítulo é dedicado a explicitar o desenho de investigação que permite a realização efetiva deste trabalho, vindo dar resposta à problemática em estudo. Apresenta aspetos de natureza metodológica que compõem e orientam este estudo, de acordo com os objetivos definidos. Desta forma, definimos o tipo de estudo, os objetivos e questão de investigação, as hipóteses, a população e amostra, as variáveis, o instrumento para a colheita de dados, os procedimentos formais e éticos e por último, o tratamento de dados.

4.1 - TIPO DE ESTUDO

Este é um estudo longitudinal que recorre a uma metodologia de abordagem mista quanti-qualitativa, com maior enfoque no paradigma quantitativo. Emprega métodos distintos para dar resposta à questão e aos objetivos de investigação, visando a análise de informações, que se complementam entre si. Segundo Leite, Verde, Oliveira, & Nunes (2021) citando Creswell, a pesquisa de métodos mistos engloba a associação entre procedimentos de colheita, análise e combinação de técnicas quantitativas e qualitativas, representando uma mais-valia, pois a utilização dos pontos fortes de cada uma dessas abordagens conduz à elaboração de investigações de qualidade superior.

A estratégia incorporada concomitante dos métodos mistos é a que melhor se adequa a este estudo uma vez que os dados, quantitativos e qualitativos (fase I), foram colhidos simultaneamente. Apresenta um método predominante (quantitativo) que guia este estudo associando um método secundário (qualitativo), que recebe menos prioridade mas desempenha um papel de apoio nos procedimentos (Creswell, 2010). A combinação dos dados dos dois métodos, de modo paralelo, permite integrar as informações enriquecendo a descrição dos participantes da amostra. A fase III apenas contempla colheita de dados quantitativos.

Os estudos longitudinais recaem sobre dados recolhidos em diversas ocasiões junto dos mesmos e num período determinado (Fortin, 2009). Este estudo contempla três fases distintas. Inicialmente é realizada uma avaliação diagnostica (fase I). Face aos resultados obtidos é desenhado e implementado um programa formativo (fase II). Após a intervenção é realizada nova avaliação (fase III).

4.2 - OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO

O objetivo central deste estudo é avaliar a influência de um programa formativo na adesão dos profissionais de saúde à utilização da LVSC.

Os objetivos específicos de investigação são:

- ✓ Caracterizar a taxa de adesão à utilização da LVSC, nos anos anteriores ao programa formativo;
- ✓ Compreender os fatores dificultadores, fatores facilitadores e as estratégias de melhoria para a utilização da LVSC;
- ✓ Desenvolver um programa formativo para os profissionais de saúde (tendo por base a informação recolhida na RIL e nas respostas dos inquiridos à terceira parte dos questionários);
- ✓ Analisar a perceção dos profissionais de saúde sobre o contributo da utilização da LVSC para a segurança do doente (antes do programa formativo e um mês após o mesmo);
- ✓ Caracterizar a taxa de adesão à utilização da LVSC três meses após o programa formativo.

4.3 - QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Assim sendo, formulou-se a seguinte questão de investigação:

- ✓ A adesão dos profissionais de saúde à utilização da LVSC melhora após um programa formativo?

4.4 - HIPÓTESES

As hipóteses testáveis descrevem a associação entre uma variável independente e uma variável central numa população. Neste estudo a “taxa de adesão à utilização da LVSC” e a “perceção dos profissionais de saúde sobre o contributo da utilização da LVSC para a segurança do doente” são as variáveis centrais. Identificam-se como variáveis independentes o “momento da avaliação”, o “grupo profissional”, a “idade” e o “tempo de exercício em BO”. Neste sentido, formulam-se as seguintes hipóteses:

Antes do programa formativo:

- ✓ **Hipótese 1** (H 1): Há diferença na perceção dos profissionais de saúde sobre o contributo da utilização da LVSC para a segurança do doente em função do grupo profissional.
- ✓ **Hipótese 2** (H 2): A perceção dos profissionais de saúde sobre o contributo da utilização da LVSC para a segurança do doente está correlacionada com tempo de exercício profissional no serviço de BO.
- ✓ **Hipótese 3** (H 3): A perceção dos profissionais de saúde sobre o contributo da utilização da LVSC para a segurança do doente está correlacionada com a idade.

Após o programa formativo:

- ✓ **Hipótese 4** (H 4): Há diferença na perceção dos profissionais de saúde sobre os contributos da utilização da LVSC para a segurança do doente em função do grupo profissional.
- ✓ **Hipótese 5** (H 5): Há diferença na perceção dos profissionais de saúde sobre os contributos da utilização da LVSC para a segurança do doente entre a avaliação prévia e a avaliação posterior.

4.5 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo do estudo é constituída pela equipa de profissionais de saúde que exercem funções no BO, de um hospital central na região centro do país. Constituindo-se este estudo também como uma oportunidade formativa para os profissionais de saúde, procurou-se integrar no mesmo os diferentes grupos profissionais de saúde que prestam cuidados ao doente e participam na utilização da LVSC.

Foram excluídos da participação no estudo os profissionais de saúde abrangidos pelos seguintes critérios de exclusão:

- ✓ Ausências (planeadas/previstas) do serviço por motivos de licença de maternidade/paternidade, e/ou outros motivos, coincidentes com o decorrer da colheita de dados do estudo. O investigador que faz parte da equipa do BO também foi excluído.

Procurou-se sensibilizar a equipa para a participação do maior número de elementos. A amostra é constituída pelos anestesistas, cirurgiões e enfermeiros que mostraram interesse em participar no estudo e que, após explicação e exposição dos objetivos desta investigação, aceitaram participar e autorizaram a colheita de dados segundo a

metodologia planeada. Considera-se, portanto, a amostragem probabilística uma vez que todos os elementos tiveram a mesma probabilidade de participar. Na avaliação prévia participaram 108 profissionais de saúde e na avaliação posterior participaram 86 profissionais de saúde.

4.6 - VARIÁVEIS

Tendo como ponto de partida a questão de investigação/hipóteses, bem como o objetivo central, foram consideradas as seguintes variáveis para estudo:

- **Variáveis centrais:**
  - ✓ **Taxa de adesão à utilização da LVSC** - medida em que o comportamento é concordante com as recomendações, no que se refere à utilização da LVSC. Avaliado no estudo com os dados dos indicadores da utilização da LVSC cedidos pelo administrador do BO. A taxa de adesão é medida num rácio percentual das cirurgias com utilização da LVSC sobre o total de cirurgias realizadas. A avaliação será efetuada em dois momentos:
    - num primeiro momento é realizada uma avaliação diagnóstica (antes do programa formativo) em que é avaliada a taxa de adesão com recolha dos dados administrativos referentes aos anos anteriores à implementação do programa;
    - num segundo momento (três meses após o programa formativo) é novamente avaliada a taxa de adesão à utilização da LVSC.
  - ✓ **Contributo da utilização da LVSC para a segurança do doente** - Esta variável é avaliada com recurso ao questionário de avaliação desenvolvido por Mota e Castilho (2014). Este questionário é constituído por 26 itens que se agrupam em quatro dimensões, como se descreve em capítulo próprio.

- **Variáveis independentes:**
  - ✓ **Momento da avaliação** - admitindo que a perceção dos profissionais de saúde sobre o contributo da utilização LVSC para a segurança do doente pode ser diferente antes e após a implementação de um programa formativo, esta avaliação será realizada em dois momentos.
  - ✓ **Grupo profissional** - constituído por três grupos profissionais, nomeadamente anestesistas, cirurgiões e enfermeiros.

- ✓ **Idade** dos profissionais de saúde, medida em anos.
- ✓ **Tempo de exercício em BO**, medido em anos.

- **Variáveis atributo** - foram também utilizadas um conjunto de outras variáveis que permitiram a caracterização da amostra, nomeadamente: **sexo** (feminino, masculino); **habilitação académica** (licenciatura; mestrado; doutoramento); **tempo de exercício profissional** (contabilizado em anos).

4.7 - INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Na realização de um estudo de investigação, o investigador deve adequar o instrumento de colheita de dados aos objetivos propostos, às questões de investigação, às características dos elementos que constituem a amostra e ao tempo que dispõe para a realização da pesquisa (Poli & Beck, 2019).

A taxa de adesão à utilização da LVSC é um indicador de resultado, obtido no sistema de informação do hospital. Foi recolhido na avaliação prévia à implementação do programa formativo a taxa de adesão referente aos anos 2017, 2018 e 2019. Na avaliação posterior ao programa formativo foram incluídos os dados referentes ao trimestre fevereiro-abril de 2022.

Para a colheita dos dados relativos às restantes variáveis em estudo foi utilizado um questionário constituído por três partes (Apêndice II):

- ✓ Caracterização sociodemográfica/profissional - Inclui três questões fechadas, contemplando aspetos como: sexo, habilitações académicas e grupo profissional e três questões abertas, nomeadamente idade, tempo de exercício profissional; tempo de exercício profissional no serviço de BO.
- ✓ Questionário que permite avaliar a perceção dos profissionais de saúde do BO sobre o contributo da utilização da LVSC para a segurança do doente (Mota & Castilho, 2014) – É constituído por vinte e seis itens, pontuáveis numa escala tipo likert em sete níveis desde “discordo totalmente (1) até “concordo totalmente” (7). Os itens abrangem uma perspetiva geral do contributo da utilização da LVSC para segurança do doente e incluem questões específicas dirigidas às três fases do intraoperatório. De acordo com a proposta dos autores, os itens agrupam-se em quatro construtos (dimensões): a primeira dimensão corresponde à “Perceção geral da LVSC”, sendo composta pelos primeiros nove itens do questionário e pelo último item do mesmo; a

segunda dimensão corresponde à fase “Antes da indução anestésica” e engloba os itens do 10 ao 16; a terceira dimensão corresponde à fase “Antes da incisão da pele” e abrange os itens do 17 ao 20. A quarta e última dimensão “Antes do doente sair da sala de operações” engloba os itens do 21 ao 25 (Tabela 2).

- ✓ Questões Abertas – três questões abertas, a primeira relativa aos fatores dificultadores à utilização da LVSC, a segunda referente aos fatores facilitadores à utilização da LVSC e por último uma questão relacionada com sugestões de estratégias de melhoria para utilização da LVSC.

Este questionário foi aplicado antes do programa formativo e a análise dos resultados contribuiu para o desenho do mesmo. Após a realização do programa apenas se recolheram dados quantitativos (primeira e segunda parte do questionário).

Tabela 2 - Dimensões e itens do Questionário da Avaliação do contributo da LVSC

Dimensões	Itens
DL1 Perceção geral da LVSC	L1. A introdução da LVSC contribui para a segurança do doente.
	L2. Todos os profissionais da equipa do BO reconhecem o contributo da LVSC para a segurança do doente.
	L3. A aplicação da LVSC evita erros e esquecimentos importantes para a segurança do doente.
	L4. Existem dificuldades inerentes à aplicação da LVSC.
	L5. Os itens que constam da LVSC são adequados, no sentido de garantir a segurança do doente.
	L6. Deveriam ser introduzidas mudanças nos itens incluídos na LVSC, no sentido de garantir maior segurança do doente.
	L.7. A introdução da LVSC promove a comunicação em equipa.
	L8. A introdução da LVSC promove a comunicação com o doente.
	L.9. A introdução da LVSC promove o trabalho em equipa.
	L.26. Se fosse intervencionado gostaria que utilizassem a LVSC, como forma de reduzir riscos inerentes ao processo.

DL2 **Antes da indução anestésica**	L.10. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco de operar o doente errado.
	L.11. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco de operar o local errado.
	L.12. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco de realizar o procedimento errado.
	L.13. A introdução da LVSC contribui para que não haja esquecimentos na obtenção do consentimento informado livre e esclarecido do doente, para o procedimento cirúrgico/anestésico.
	L.14. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco de complicações associadas a atos anestésicos.
	L.15. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco de reações alérgicas.
	L.16. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco associado a perdas hemáticas.
DL3 **Antes da incisão da pele**	L.17. A introdução da LVSC contribui para que os elementos da equipa se identifiquem, no que se refere ao nome e função.
	L.18. A introdução da LVSC contribui para que a equipa partilhe entre si informação crítica para a segurança do doente.
	L.19. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco de infeção do local cirúrgico.
	L.20. A introdução da LVSC contribui para que os exames imagiológicos essenciais estejam disponíveis.
DL4 **Antes do doente sair da sala de operações**	L.21. A introdução da LVSC contribui para a identificação do procedimento cirúrgico realizado.
	L.22. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco de retenção inadvertida de instrumentos, agulhas e compressas.
	L.23. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco associado ao mau acondicionamento e identificação das amostras cirúrgicas.
	L.24. A introdução da LVSC contribui para a identificação de problemas com equipamentos que surgiram no período intraoperatório.
	L.25. A introdução da promove a continuidade dos cuidados.

4.8 - PROCESSO DE COLHEITA DE DADOS

O processo de colheita de dados decorreu em dois momentos distintos, ao longo das três fases do estudo – "antes" e "após" o programa formativo – com recurso aos instrumentos anteriormente indicados (Figura 3).

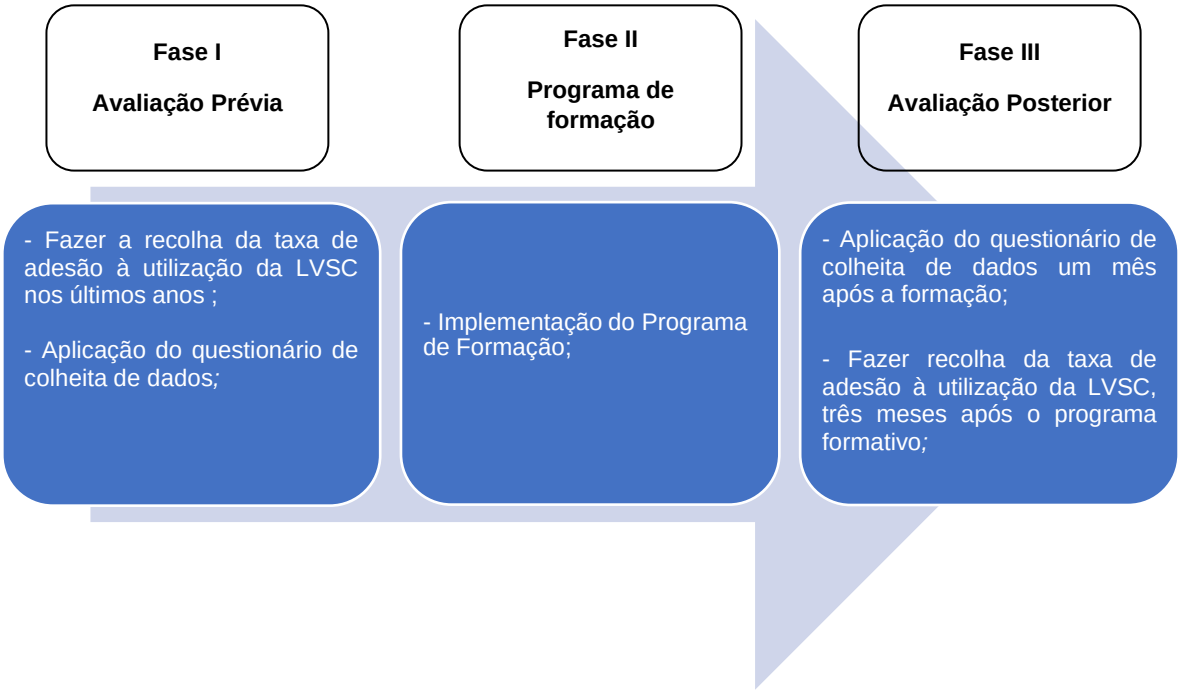


Figura 3 - Esquema de colheita de dados

De forma sistematizada, o desenho da investigação desenvolveu-se em três fases:

Fase I – Avaliação Prévia

No período que antecedeu o programa de formação foi solicitada a taxa de adesão à utilização da LVSC dos últimos anos (2017- 2019) do BO aos serviços administrativos. Os dados foram cedidos em março de 2021.

O questionário de colheita de dados foi enviado por email aos diferentes grupos profissionais com suporte da plataforma *Google Forms*, onde foi apresentado o âmbito e objetivos do estudo de modo a obter o consentimento informado para a participação no estudo de investigação, sendo o período de colheita de dados relativo ao questionário o mês de novembro de 2021.

Importa referir que a análise dos dados qualitativos, ou seja, das três questões abertas, relativa aos fatores dificultadores e aos fatores facilitadores à utilização da LVSC e às

sugestões de estratégias de melhoria para utilização da LVSC, permitiu adequar o programa formativo às necessidades dos profissionais de saúde.

Os valores iniciais obtidos através dos referidos instrumentos de colheita de dados nesta fase prévia, para além de se constituírem como valores iniciais de referência para serem comparados com os valores obtidos através dos mesmos instrumentos após a implementação do programa formativo, forneceram informação relevante para a implementação do programa formativo e para a discussão/sensibilização dos profissionais de saúde.

Fase II – Programa de formação

A segunda etapa do estudo englobou a implementação do programa de formação, para todos os profissionais de saúde do BO. O programa formativo procurou sensibilizar os profissionais para a importância da utilização da LVSC para a segurança do doente, decorreu entre dezembro de 2021 e janeiro de 2022 e contemplou as seguintes atividades (Apêndice III).

- Distribuição de panfletos destacando os dez objetivos da LVSC;
- Colocação de quatro pósteres distintos em locais estratégicos do BO, com o intuito de sensibilizar para a importância da utilização da LVSC para a segurança do doente e de apresentar a taxa de adesão à utilização da LVSC, nos anos de 2017, 2018 e 2019. Todos os pósteres incluíam um *QR Code* com o link da sessão de formação;
- Distribuição de crachás, aos profissionais de saúde do BO, em que o logótipo sinaliza a necessidade de utilização da LVSC;
- Colocação de sinalética, em formato balão, nos écrans dos computadores das salas operatórias com a imagem do logótipo, com a função de lembrete de utilização da LVSC;
- Colocação das LVSC em formato papel (plastificado) nas salas operatórias (sugerido pelos profissionais de saúde aquando da primeira colheita de dados;
- Realização de uma sessão formal de formação online, via zoom, com a duração aproximada de uma hora e meia, recorrendo ao *power point.* O objetivo geral foi sensibilizar para a utilização da LVSC e os objetivos específicos foram:

  - Apresentar a taxa de utilização da LVSC nos anos de 2017, 2018 e 2019 do BO;

  - Aprofundar o conhecimento, sobre os fatores que interferem na adesão dos profissionais de saúde à utilização da LVSC bem com estratégias de melhoria a ser implementadas;

- Esclarecer dúvidas relativas ao preenchimento da LVSC;
- Proporcionar um “espaço” de partilha de conhecimentos, experiências e de reflexão sobre a realidade do serviço, da instituição e das suas potencialidades e limitações;

Participaram na sessão de formação 34 profissionais;

Posteriormente foi fornecida a gravação do vídeo da sessão de formação, facilitando o envolvimento de todos os profissionais do BO;

Foi disponibilizada bibliografia de referência;

A sensibilização tem decorrido de forma contínua de modo informal.

Fase III – Avaliação posterior

Na terceira fase, foi realizada a avaliação que decorreu após a formação.

Um mês após a implementação do programa formativo foi avaliada novamente a perceção dos profissionais sobre os contributos da LVSC para a segurança do doente.

Três meses após o período formativo foi avaliada a taxa de utilização da LVSC.

Estas duas avaliações forneceram os dados necessários para proceder à comparação com os dados obtidos na primeira avaliação.

4.9 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Todos os princípios éticos e legais decorrentes da investigação científica foram preservados nesta investigação. De forma a submeter o estudo aos mais elevados níveis de exigência e responsabilidade ética, foi realizado um pedido de parecer e apreciação ética do projeto de investigação, à comissão de Ética do hospital central da zona centro (Anexo II), tendo sido obtido um parecer favorável.

Foi realizado um pedido formal ao Exmo. Sr. Presidente do Concelho de Administração do hospital central da zona centro, tendo sido autorizado (Anexo III).

Foi também solicitada uma declaração de autorização ao diretor do serviço do BO (Anexo IV).

Um procedimento particularmente importante na salvaguarda dos participantes é a obtenção do seu consentimento informado. Este significa que a pessoa que participa foi informada e compreende adequadamente o estudo em que vai participar, tendo a capacidade para decidir se quer ou não participar do mesmo (Polit & Beck, 2017).

Importa referir que a participação dos profissionais de saúde foi voluntária, sendo assegurado o sigilo e confidencialidade dos mesmos. Foi solicitado a todos os participantes o consentimento informado para colaborar no estudo (Anexo V).

4.10 - TRATAMENTO DE DADOS

No que concerne aos dados quantitativos obtidos, o tratamento estatístico foi efetuado através do programa informático SPSS® 24.0 (*Statistical Package for Social Sciences*). O processo de análise estatística integra uma análise descritiva e uma análise inferencial. A análise descritiva possibilitou determinar as distribuições das frequências e utilizar medidas de tendência central e de dispersão adequadas. Na análise descritiva calcularam-se as frequências (absolutas e percentuais), medidas de tendência central (média, máximo e mínimo) e medidas de dispersão (desvio padrão).

No que diz respeito à estatística inferencial, em função dos testes de normalidade de distribuição (teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk)* utilizaram-se os testes não paramétricos, uma vez que as variáveis apresentaram uma distribuição não normal. Assim, na análise inferencial utilizam-se os testes estatísticos que permitiram analisar a associação entre as variáveis e testar as hipóteses formuladas, nomeadamente a correlação de spearman e o Teste Kruskal-Wallis. Assume-se o $p< 0,05$ como valor crítico de significância. Os resultados do tratamento estatístico serão apresentados sob a forma de tabelas e gráficos ao longo do capítulo da apresentação e análise dos dados.

No que respeita aos dados qualitativos, obtidos através das respostas às três questões colocadas, e no sentido de uma melhor compreensão dos mesmos seguimos a técnica de análise de conteúdo tal como preconiza Bardin (2011). A análise de conteúdo é uma leitura cuidadosa, determinada pelas condições oferecidas pelo sistema linguístico e objetiva a descoberta das relações existentes entre o conteúdo do discurso e os aspetos exteriores. Segundo Bardin (2011), a análise do conteúdo é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, onde se aplicam discursos extremamente diversificados. Estes métodos procuram conhecer aquilo que está implícito no significado das palavras superando a incerteza sobre a leitura da mensagem e enriquecendo-a através da evidência de conteúdos (exemplo, temas e categorias).

Para análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo, em três etapas: pré-análise (o material é organizado, compondo o *corpus* da pesquisa), codificação e categorização de material (Bardin, 2011). Na análise consideraram-se regras como a exaustividade,

representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade. As respostas foram lidas múltiplas vezes, com o intuito de favorecer a familiarização com os dados e a identificação de ideias gerais. Posteriormente, procedeu-se à categorização e codificação dos dados obtidos em temas e categorias (Czreswell & Creswell, 2018; Gondim & Bendassolli, 2014). O sistema de categorias estava parcialmente definido à priori, tendo por base a RIL realizada. Todavia, foram surgindo novas categorias, tendo também ocorrido alterações e/ou adaptações das já existentes. Deste modo, os alicerces das categorias e subcategorias baseiam-se simultaneamente na literatura e na exploração dos conteúdos obtidos nas respostas. O processo de categorização decorreu então de forma gradual e sensível às respostas obtidas. Concluiu-se a análise de dados após ser atingida a saturação dos mesmos (exemplo, nenhuma ou pouca informação é gerada aquando da leitura de nova informação) (Creswell & Creswell, 2018; Flick, 2014; Gondim & Bendassolli, 2014).

5 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos ao longo do processo de investigação, que permitem dar resposta aos objetivos do estudo inicialmente delineados.

Primeiramente será realizada uma análise descritiva dos resultados seguida de uma análise inferencial onde são testadas as hipóteses previamente formuladas e apresentandos os procedimentos estatísticos necessários.

5.1 - AVALIAÇÃO PRÉVIA E POSTERIOR DA TAXA DE ADESÃO À UTILIZAÇÃO DA LVSC

Foi realizada a recolha da taxa de adesão à utilização da LVSC referente aos anos de 2017, 2018, 2019. O ano de 2020 não foi considerado em termos de resultados por ter sido um ano atípico devido à necessidade de dar resposta à pandemia de Covid-19. Houve a necessidade de adotar medidas a nível nacional que condicionaram a realização da atividade cirúrgica programada levando mesmo à suspensão de atividade programada não urgente.

Analisando a média da taxa de adesão à utilização da LVSC, no referido espaço temporal (excluindo o ano de 2020), esta foi de 24,9%. Relativamente a **2017,** em 9615 cirurgias realizadas a taxa de adesão à utilização da LVSC foi de 25,4%, em **2018** foram realizadas 9318 cirurgias e a taxa de adesão à utilização da LVSC foi de 27,8%, em relação a **2019** em 8927 cirurgias realizadas a taxa de adesão à utilização da LVSC foi de 21,5% [2017 - 25,4% (n=2441); 2018 - 27,8% (n=2333); 2019 - 21,5% (n=1915)] (gráfico 1). Foram contabilizadas as cirurgias programadas e as cirurgias de urgência.

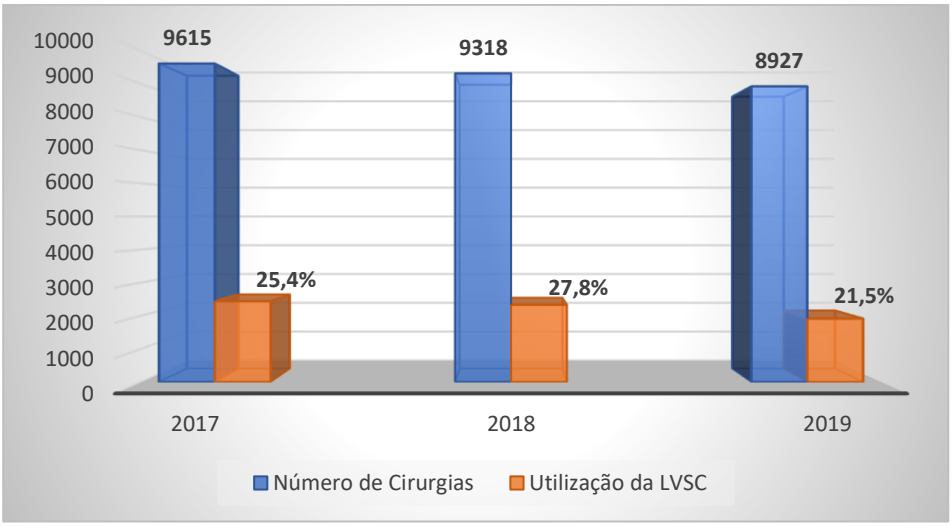


Gráfico 1 - Avaliação prévia da taxa de adesão à utilização da LVSC

Relativamente à fase III ou avaliação posterior foi realizada a recolha da taxa de adesão à utilização da LVSC nos meses de fevereiro, março e abril de 2022. Nesse trimestre foram realizadas 2325 cirurgias (programadas e urgentes) e a taxa de adesão à utilização da LVSC foi de 75,4% (n=1754) (gráfico 2).

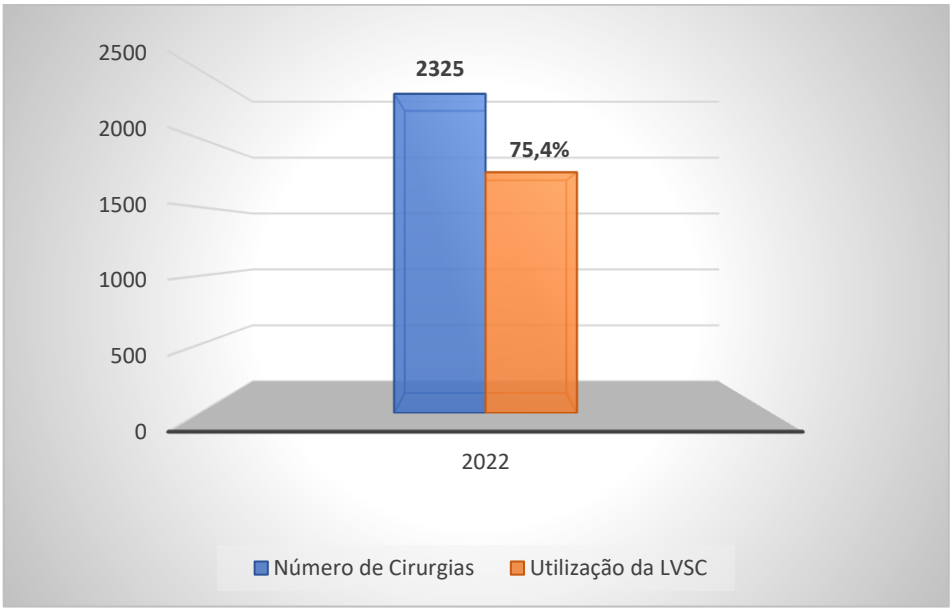


Gráfico 2 - Avaliação posterior da taxa de adesão à utilização da LVSC

5.2 - ANÁLISE DESCRITIVA

5.2.1 - Caracterização da amostra

Embora a população estudada seja a mesma, a disponibilidade dos profissionais para responder aos questionários foi diferente, pelo que as amostras que participaram no estudo não são exatamente coincidentes.

A amostra na primeira fase, ou seja, na avaliação prévia foi constituída por 108 profissionais de saúde, apresentando um predomínio de elementos do sexo feminino com 64 elementos (59,3%) em relação a 44 elementos do sexo masculino (40,7%). Na avaliação posterior a amostra foi constituída por 86 profissionais de saúde, sendo 53 elementos do sexo feminino (61,6%) e 33 elementos do sexo masculino (38,4%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização da amostra por sexo (N=108 na avaliação prévia e N=86 na avaliação posterior)

Sexo	**Avaliação Prévia**		**Avaliação Posterior**	
	n	**%**	**n**	**%**
Feminino	64	59,3	53	61,6
Masculino	44	40,7	33	38,4
Total	108	100,0	86	100,0

Em termos de habilitações académicas a licenciatura é preponderante (64,3%) comparativamente ao mestrado (35,2%), na avaliação prévia. Na avaliação posterior a licenciatura mantém o destaque (64,0%) comparativamente com o mestrado (32,6%) seguida do doutoramento com uma percentagem de 3,5% (Tabela 4).

Tabela 4 - Caracterização da amostra por habilitações académicas (N=108 na avaliação prévia e N=86 na avaliação posterior)

Habilitações académicas	Avaliação Prévia		Avaliação Posterior	
	n	%	n	%
Licenciatura	70	64,8	55	64,0
Mestrado	38	35,2	28	32,6
Doutoramento	0	0,0	3	3,5
Total	108	100,0	86	100,0

Como se observa na tabela 5, relativamente ao grupo profissional, na avaliação prévia, os enfermeiros apresentam maior representatividade da amostra (58,4%) seguida dos anestesistas (25,9%) e dos cirurgiões (15,7%). Na avaliação posterior os grupos profissionais mantêm as mesmas posições mas com uma expressão mais acentuada dos enfermeiros (63,9%). A amostra dos anestesistas (23,3%) e cirurgiões (12,8%) teve menor representatividade do que na fase anterior (Tabela 5).

Tabela 5 - Caracterização da amostra por grupo profissional (N=108 na avaliação prévia e N=86 na avaliação posterior)

Grupo profissional	Avaliação Prévia		Avaliação Posterior	
	n	%	n	%
Anestesista	28	25,9	20	23,3
Cirurgião	17	15,7	11	12,8
Enfermeiro	63	58,4	55	63,9
Total	108	100,0	86	100,0

Na avaliação prévia a idade mínima centrou-se nos 23 anos e a máxima nos 63 anos. Na avaliação posterior a idade mínima centrou nos 24 anos e a máxima nos 63 anos. Em ambas as avaliações (prévia e posterior) a média de idades dos respondentes é de 42 anos.

Na avaliação prévia o tempo mínimo de exercício profissional é de 2 anos e o máximo de 37 anos. Na avaliação posterior o tempo mínimo de exercício profissional é de 1 ano

e o máximo de 39 anos. Em ambas as avaliações (prévia e posterior) o tempo médio total de exercício profissional dos respondentes é de 18,1 anos.

O tempo total médio de exercício profissional no serviço de BO é de 14,9 anos, sendo o tempo mínimo de 1 ano e o máximo de 35 anos, na avaliação prévia. Na avaliação posterior o tempo total médio, dos respondentes, de exercício profissional no serviço de BO é de 15,0 anos, sendo que o tempo mínimo inferior a 1 ano e o máximo de 37 anos (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição dos profissionais de saúde pela idade, tempo total de exercício profissional e tempo total de exercício profissional no serviço de BO (N=108 na avaliação prévia e N=86 na avaliação posterior)

	Avaliação Prévia					Avaliação Posterior				
	n	Mín.	Máx.	$\bar{x}$	DP	n	Mín.	Máx	$\bar{x}$	DP
Idade	108	23	63	42,0	11,0	86	24	63	42,0	11,6
Tempo total de exercício profissional	108	2	37	17,9	10,5	86	1	39	18,1	12,0
Tempo total de exercício profissional no serviço de BO	108	1	35	14,9	10,2	86	0	37	15,0	11,7

5.2.2 - Contributo da LVSC para a Segurança do Doente

Importa referir que com a aplicação do questionário de avaliação do contributo da LVSC para a segurança do doente, pretendemos avaliar a percepção dos profissionais do BO sobre o contributo da LVSC para a segurança do doente.

Na análise dos dados, os itens 4 e 6 do questionário, com semântica negativa no questionário (identificados com “r”), foram invertidos, concorrendo para que todas as questões tivessem um sentido positivo.

A análise descritiva dos 26 itens do questionário foi efetuada no que concerne às medidas de tendência central (mínimo, máximo e média) e medidas de dispersão (desvio padrão) para a avaliação prévia e para a avaliação posterior.

Constata-se que na avaliação prévia existe uma diversidade de respostas predominando a pontuação entre 1 e 7, excetuando apenas 3 respostas que apresentam pontuações entre 2 e 7. Os valores médios oscilam entre o mínimo de 2,70 no item L4r “Existem dificuldades inerentes à aplicação da LVSC” e o máximo de 6,34 verificado no item L1 “A introdução da LVSC contribui para a segurança do doente”. Destaca-se que

os valores mais baixos observados no item L4r ($\bar{x}$=2,70) e no item L6r ($\bar{x}$=2,77) advertem para as dificuldades inerentes à aplicação da LVSC e para a necessidade de introduzir mudanças. Relativamente aos valores mais elevados ($\bar{x}$ superiores a 6,00) estes foram observados nos itens: L1 ($\bar{x}$=6,34) valoriza o contributo da LVSC para a segurança do doente, L3 ($\bar{x}$=6,31) evita erros e esquecimento importantes para a segurança do doente, L10 ($\bar{x}$=6,13) diminui o risco de operar o doente errado e L26 ($\bar{x}$=6,04) dá preferência à utilização da LVSC caso os inquiridos necessitassem de ser intervencionados (Tabela 7).

Tabela 7 - Análise descritiva dos itens do Questionário de Avaliação do Contributo da LVSC para segurança do doente: mínimo, máximo, média e desvio padrão (N=108 na avaliação prévia)

Itens da Escala da LVSC	n	Min.	Máx.	$\bar{x}$	DP
L1. A introdução da LVSC contribui para a segurança do doente.	108	1	7	6,34	1,10
L2. Todos os profissionais da equipa do BO reconhecem o contributo da LVSC para a segurança do doente.	108	1	7	4,45	1,55
L3. A aplicação da LVSC evita erros e esquecimentos importantes para a segurança do doente.	108	2	7	6,31	1,08
L4r. Existem dificuldades inerentes à aplicação da LVSC.	108	1	7	2,70	1,43
L5. Os itens que constam da LVSC são adequados, no sentido de garantir a segurança do doente.	108	2	7	5,57	1,26
L6r. Deveriam ser introduzidas mudanças nos itens incluídos na LVSC, no sentido de garantir maior segurança do doente.	108	1	7	2,77	1,57
L.7. A introdução da LVSC promove a comunicação em equipa.	108	2	7	5,46	1,39
L8. A introdução da LVSC promove a comunicação com o doente.	108	1	7	4,94	1,78
L.9. A introdução da LVSC promove o trabalho em equipa.	108	1	7	5,28	1,50
L.10. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco de operar o doente errado.	108	1	7	6,13	1,38
L.11. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco de operar o local errado.	108	1	7	5,93	1,55
L.12. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco de realizar o procedimento errado.	108	1	7	5,88	1,56
L.13. A introdução da LVSC contribui para que não haja esquecimentos na obtenção do consentimento informado livre e esclarecido do doente, para o procedimento cirúrgico/anestésico.	108	1	7	5,55	1,67
L.14. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco de complicações associadas a atos anestésicos.	108	1	7	5,43	1,61
L.15. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco de reações alérgicas.	108	1	7	5,91	1,33

L.16. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco associado a perdas hemáticas.	108	1	7	5,17	1,69
L.17. A introdução da LVSC contribui para que os elementos da equipa se identifiquem, no que se refere ao nome e função.	108	1	7	5,32	1,75
L.18. A introdução da LVSC contribui para que a equipa partilhe entre si informação crítica para a segurança do doente.	108	1	7	5,52	1,488
L.19. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco de infeção do local cirúrgico.	108	1	7	5,02	1,78
L.20. A introdução da LVSC contribui para que os exames imagiológicos essenciais estejam disponíveis.	108	1	7	5,02	1,75
L.21. A introdução da LVSC contribui para a identificação do procedimento cirúrgico realizado.	108	1	7	5,35	1,73
L.22. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco de retenção inadvertida de instrumentos, agulhas e compressas.	108	1	7	5,62	1,61
L.23. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco associado ao mau acondicionamento e identificação das amostras cirúrgicas.	108	1	7	5,36	1,57
L.24. A introdução da LVSC contribui para a identificação de problemas com equipamentos que surgiram no período intraoperatório.	108	1	7	5,24	1,63
L.25. A introdução da promove a continuidade dos cuidados.	108	1	7	4,96	1,69
L.26. Se fosse intervencionado gostaria que utilizassem a LVSC, como forma de reduzir riscos inerentes ao processo.	108	1	7	6,04	1,61

Reconhece-se que na avaliação posterior existe uma heterogeneidade de respostas predominando a pontuação entre 1 e 7 mas foram consideradas respostas com pontuações entre 2 e 7; 4 e 7; 3 e 7 e 1 e 6. Os valores médios, à semelhança da avaliação prévia, estão compreendidos entre o mínimo de 2,73 no item L4r “Existem dificuldades inerentes à aplicação da LVSC” e o máximo de 6,45 verificado no item L1 “A introdução da LVSC contribui para a segurança do doente”. Destacando mais uma vez que os valores mais baixos observados no item L4r ($\bar{x}$=2,73) e no item L6r ($\bar{x}$=2,94) indicam as dificuldades inerentes à aplicação da LVSC e para a necessidade de introduzir mudanças. Relativamente aos valores mais elevados ($\bar{x}$ superiores a 6,30) foram observados nos mesmos itens da avaliação prévia, mas com uma expressão ligeiramente superior em todos eles: L1 ($\bar{x}$=6,45) valoriza o contributo da LVSC para a segurança do doente, L3 ($\bar{x}$=6,38) evita erros e esquecimento importantes para a segurança do doente, L10 ($\bar{x}$=6,35) diminui o risco de operar o doente errado e L26 ($\bar{x}$=6,41) dá preferência à utilização da LVSC caso os inquiridos necessitassem de ser intervencionados (Tabela 8).

Tabela 8 - Análise descritiva dos itens do Questionário de Avaliação do Contributo da LVSC para segurança do doente: mínimo, máximo, média e desvio padrão (N=86 na avaliação posterior)

Itens da Escala da LVSC	n	Mín.	Máx.	$\bar{x}$	DP
L1. A introdução da LVSC contribui para a segurança do doente.	86	4	7	6,45	0,86
L2. Todos os profissionais da equipa do BO reconhecem o contributo da LVSC para a segurança do doente.	86	1	7	4,81	1,35
L3. A aplicação da LVSC evita erros e esquecimentos importantes para a segurança do doente.	86	4	7	6,38	0,75
L4r. Existem dificuldades inerentes à aplicação da LVSC.	86	1	7	2,73	1,29
L5. Os itens que constam da LVSC são adequados, no sentido de garantir a segurança do doente.	86	2	7	5,78	1,07
L6r. Deveriam ser introduzidas mudanças nos itens incluídos na LVSC, no sentido de garantir maior segurança do doente.	86	1	6	2,94	1,43
L.7. A introdução da LVSC promove a comunicação em equipa.	86	2	7	5,69	1,24
L8. A introdução da LVSC promove a comunicação com o doente.	86	1	7	5,36	1,45
L.9. A introdução da LVSC promove o trabalho em equipa.	86	2	7	5,63	1,34
L.10. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco de operar o doente errado.	86	3	7	6,35	0,93
L.11. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco de operar o local errado.	86	3	7	6,28	0,92
L.12. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco de realizar o procedimento errado.	86	4	7	6,26	0,84
L.13. A introdução da LVSC contribui para que não haja esquecimentos na obtenção do consentimento informado livre e esclarecido do doente, para o procedimento cirúrgico/anestésico.	86	2	7	5,87	1,22
L.14. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco de complicações associadas a atos anestésicos.	86	1	7	5,79	1,19
L.15. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco de reações alérgicas.	86	1	7	6,12	1,05
L.16. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco associado a perdas hemáticas.	86	1	7	5,27	1,51
L.17. A introdução da LVSC contribui para que os elementos da equipa se identifiquem, no que se refere ao nome e função.	86	1	7	5,37	1,72
L.18. A introdução da LVSC contribui para que a equipa partilhe entre si informação crítica para a segurança do doente.	86	1	7	5,88	1,31
L.19. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco de infeção do local cirúrgico.	86	1	7	5,13	1,69
L.20. A introdução da LVSC contribui para que os exames imagiológicos essenciais estejam disponíveis.	86	1	7	5,31	1,49
L.21. A introdução da LVSC contribui para a identificação do procedimento cirúrgico realizado.	86	2	7	6,00	1,18
L.22. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco de retenção inadvertida de instrumentos, agulhas e compressas.	86	3	7	6,01	1,05
L.23. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco associado ao mau acondicionamento e identificação das amostras cirúrgicas.	86	3	7	5,60	1,20

L.24. A introdução da LVSC contribui para a identificação de problemas com equipamentos que surgiram no período intraoperatório.	86	1	7	5,38	1,42
L.25. A introdução da promove a continuidade dos cuidados.	86	1	7	5,30	1,42
L.26. Se fosse intervencionado gostaria que utilizassem a LVSC, como forma de reduzir riscos inerentes ao processo.	86	4	7	6,41	0,94

Seguindo as orientações dos autores do questionário, os itens foram agrupados em quatro dimensões: DL1 corresponde à “Perceção geral da LVSC”, DL2 corresponde à fase “Antes da indução anestésica”, DL3 corresponde à fase “Antes da incisão da pele” e DL4 corresponde à fase “Antes do doente sair da sala de operações”. Previamente ao cálculo das dimensões, analisámos a sua fiabilidade através do cálculo de coeficiente de Cronbach em cada dimensão. Recorrendo à consulta do apêndice IV, podemos verificar que a correlação dos itens L4r e L6r com a respetiva dimensão (DL1) apresentam valores inferiores muito baixos (0,06 e 0,10, respetivamente) e que a consciência interna da dimensão melhora com a sua retirada. Assim, optámos pela sua eliminação, no cálculo desta dimensão.

Na classificação da confiabilidade do alpha de Cronbach considerámos a proposta de Gottems et al. (2018): muito baixa ($\alpha \leq 0,30$); baixa ($0,30 < \alpha \leq 0,60$); moderada ($0,60 < \alpha \leq 0,75$); alta ($0,75 < \alpha \leq 0,90$) e muito alta ($\alpha > 0,90$).

Na Tabela 9 apresentam-se os resultados da análise descritiva das dimensões do Questionário de Avaliação do Contributo da LVSC para segurança do doente: alfa de cronbach, mínimo, máximo, média e desvio padrão.

Na avaliação prévia, a dimensão DL1 ($\alpha=0,83$) e DL3 ($\alpha=0,89$) apresentam uma confiabilidade alta e DL2 ($\alpha=0,93$) e DL4 ($\alpha=0,91$) apresentam uma confiabilidade muito alta. Relativamente à avaliação posterior todas as dimensões evidenciam uma confiabilidade alta.

Comparativamente a análise descritiva das dimensões, tanto na avaliação prévia como na avaliação posterior, permite salientar que embora exista uma perceção positiva em todas as dimensões as mais valorizadas pelos profissionais de saúde são as dimensões DL1 (Perceção geral da LVSC) e DL2, que avalia os contributos da LVSC Antes da indução anestésica. Na avaliação prévia, a DL1 apresenta uma média de 5,55 e a DL2 apresenta uma média 5,71. Na avaliação posterior a DL1 revela uma média igual a 5,81 e DL2 evidencia uma média igual a 5,99.

Tabela 9 - Análise descritiva das Dimensões do Questionário de Avaliação do Contributo da LVSC para segurança do doente: alfa de cronbach, mínimo, máximo, média e desvio padrão (N=108 na avaliação prévia e N=86 na avaliação posterior)

	Avaliação Prévia						Avaliação Posterior					
Dimensões	**n**	**α**	**Min.**	**Máx**	**$\bar{x}$**	**DP**	**n**	**α**	**Min.**	**Máx**	**$\bar{x}$**	**DP**
DL1-Percepção geral da LVSC	108	0,83	1,50	7,00	5,55	1,06	86	0,75	4,00	7,00	5,81	0,76
DL2- Antes da Indução anestésica	108	0,93	1,00	7,00	5,71	1,29	86	0,89	3,86	7,00	5,99	0,87
DL3- Antes da incisão da pele	108	0,89	1,75	7,00	5,22	1,47	86	0,87	2,00	7,00	5,42	1,32
DL4 - Antes do doente sair da sala de operações	108	0,91	1,60	7,00	5,31	1,42	86	0,88	3,00	7,00	5,66	1,04

O alfa cronbach foi calculado para cada dimensão (Tabela 9) mas também foi calculado como um todo, como se evidencia na tabela 10, apresentando este questionário uma confiabilidade muito alta (α > 0,90).

Tabela 10 - Alfa de cronbach das quatro dimensões (DL1, DL2, DL3 e DL4) (N=108 na avaliação prévia e N=86 na avaliação posterior)

Avaliação Prévia		**Avaliação Posterior**	
Alfa de Cronbach	N de itens	Alfa de Cronbach	N de itens
0,95	4	0,93	4

5.2.3 - Fatores dificultadores, facilitadores e estratégias de melhoria para a utilização da LVSC

De seguida, serão apresentados os resultados da análise qualitativa das respostas às questões efetuadas. Foram realizadas três questões de resposta aberta assentes em três domínios que se assumem agora como eixos temáticos, dividindo assim esta análise de conteúdo e na qual correspondem categorias e subcategorias (Tabela 11).

Para uma visualização mais pormenorizada por cada tema, os dados são apresentados em tabela com a respetiva categoria, subcategoria e unidade de significação (Tabelas 12, 13 e 14), seguida da respetiva análise.

Tabela 11 - Apresentação dos temas, categorias e subcategorias

Temas	Categorias	Subcategorias
Fatores dificultadores da utilização da LVSC	Fatores organizacionais	1. Problemas informáticos 2. Fraca cultura de segurança 3. Falta de formação
	Fatores de contexto	1. Falta de tempo 2. Pressão 3. Doente não estar agendado no sistema informático 4. Situações urgentes e emergentes 5. Ambiente sala da operatória
	Fatores de equipa	1. Falta de comunicação 2. Falta de trabalho em equipa 3. Não está definido o responsável pelo preenchimento da LVSC
	Fatores Individuais	1. Pouca importância atribuída à LVSC 2. Dificuldade na adesão 3. Resistência à mudança
	Fatores específicos da LVSC	1. Modificação/adaptação LVSC
Fatores facilitadores da utilização da LVSC	Fatores organizacionais	1. Cultura de segurança 2. Formação 3. Obrigatoriedade 4. Sistema informático 5. Gestão adequada 6. Auditorias
	Fatores de contexto	1. Existência de rotina 2. Mais tempo
	Fatores de equipa	1. Trabalho em equipa 2. Definir o responsável pelo preenchimento da LVSC 3. Comunicação
	Fatores individuais	1. Importância atribuída à LVSC
	Fatores específicos da LVSC	1. *Design* da LVSC
Estratégia de melhoria para a utilização da LVSC	Fatores organizacionais	1. Formação 2. Obrigatoriedade 3. Auditorias 4. Incentivos
	Fatores de contexto	1. Responsabilização 2. Doente estar inserido no sistema informático 3. Tempo 4. Rotina
	Fatores de equipa	1. Trabalho em equipa 2. Comunicação
	Fatores específicos da LVSC	1. LVSC

O primeiro tema, **fatores dificultadores da implementação da LVSC**, abrangeu noventa e seis respostas, após a análise do conteúdo das mesmas, que integram o corpus de análise, estas foram divididas em cinco categorias: **fatores organizacionais**, **fatores de contexto**, **fatores de equipa**, **fatores individuais** e **fatores específicos da LVSC**.

A nível dos fatores organizacionais as subcategorias referenciadas foram: **problemas informáticos, fraca cultura de segurança** e **falta de formação**. A subcategoria mais referenciada, por dezoito inquiridos, foi **problemas informáticos**. A solicitação do uso do computador numa sala operatória é significativa, a informatização da informação clínica tem sido crescente ao longo dos últimos anos, hoje é necessário usar o computador para aceder a dados clínicos, exames de imagem, patologia clínica, prescrição, registos entre outros, aliado a falhas na rede, lentidão do sistema e utilização multiprofissional, são razões pela qual nem sempre é exequível o preenchimento da LVSC. Nomeadamente “o computador nem sempre está disponível” R1, “falta de computador” R2, “dificuldade na utilização do programa informático” R3, “meios informáticos nem sempre disponíveis” R4, “falta de meios informáticos a funcionar bem e rápido” R5, “equipamento informático de fraca qualidade R6, “sistema informático inadequado” R7 e “disponibilidade de equipamentos informáticos” R8.

A **fraca de cultura de segurança** também foi mencionada como dificultadora da implementação da LVSC. Salientamos a importância de uma cultura de segurança, no sentido de proteger os doentes de eventuais erros. Só a cultura de segurança permite fornecer soluções para problemas de segurança enraizados numa cultura organizacional. Os profissionais de saúde referiram “ausência de cultura de segurança no ambiente de bloco operatório” R1, “a fraca cultura de segurança da organização” R2 e a “falta de cultura de prevenção de risco, através da correta organização do trabalho do bloco operatório” R3.

A **falta de formação** também foi referida como fator dificultador, a necessidade de aquisição de novos conhecimentos concorre na dotação dos profissionais de saúde, contribuindo assim para a segurança do doente. A atualização de conhecimentos contribui para uma maior pró-atividade, dinamismo e diferencia competências. Foi mencionado “insuficiente esclarecimento sobre as vantagens da LVSC” R1, “falta de conhecimento da LVSC” R2 e “a não sensibilização detida à equipa” R3.

Relativamente aos fatores de contexto compreendem as subcategorias: **falta de tempo**, **pressão**, **doente não estar inserido no sistema informático**, **situações urgentes e emergentes** e **ambiente em sala operatória**.

Verificámos que **a falta de tempo** foi a subcategoria que mais se destacou nos fatores de contexto com quinze respostas. A falta de tempo está muitas vezes associada ao elevado número de tarefas a desempenhar/volume de trabalho sendo o trabalho em sala operatória complexo e intenso. Um exemplo das respostas são: “falta de tempo” R1, “falta de tempo para efetuar a LVSC” R2 e “a falta de tempo para puder responder” R3.

A **pressão** sentida em ambientes de elevado nível tecnológico, onde os riscos operatórios são uma realidade, demostram a responsabilidade inerente ao papel desempenhado na organização. Os profissionais de saúde ilustram de maneira exemplar a pressão causada pela responsabilidade por pessoas. Especificamente “pressão cirúrgica” R1, “pressão para cumprir o programa operatório” R2, “pressão exercida pelo cirurgião para iniciar rapidamente a intervenção sem se verificarem ainda as condições necessárias ao início da mesma” R3, “pressões exercidas por outras classes profissionais que impedem a realização em tempo real do procedimento” R4.

Outra subcategoria referida foi o facto de o **doente não estar agendado no sistema informático**, ou seja, nas cirurgias não programadas se os doentes não forem previamente inseridos no sistema informático *SClínico (sistema de cuidados de saúde hospitalares)* os registos não são possíveis de realizar. Esse agendamento é realizado pelo cirurgião devido à necessidade de codificação clínica relativa à cirurgia a realizar. Designadamente “necessidade de o doente estar inserido no *SClínico*” R1, “doente não estar inserido no sistema” R2 e “falta de agendamento prévio à cirurgia” R3.

Situações **urgentes e emergentes** são propícias a um ritmo de trabalho intenso, obrigando os profissionais de saúde a uma resposta rápida e eficaz às solicitações que lhe são impostas, não priorizando o preenchimento da LVSC no computador. Exemplo, “situação de urgência/emergência” R1, “em situações de urgência/emergência nem sempre é possível concretizar a LVSC em tempo real” R2 e “doentes emergentes” R3.

O **ambiente** da sala operatória “ruído da sala” R1, foi também apontado como prejudicial.

Na categoria **fatores de equipa** as subcategorias referidas foram: **falta de comunicação, falta de trabalho em equipa** e **não estar definido o responsável pelo preenchimento da LVSC.**

A **comunicação** assume particular importância na equipa cirúrgica dado que a complexidade do BO representa o ponto de interceção de diversos grupos

profissionais, que interagem durante a intervenção cirúrgica. A comunicação entre os membros da equipa é essencial para o funcionamento seguro e eficaz de uma equipa cirúrgica. Foi referido: “falta de comunicação” R1, “falta de comunicação entre a equipa” R2, “falta de comunicação entre a equipa médica/enfermagem” R3, “falta de comunicação interdisciplinar” R4, “dificuldade de comunicação com os cirurgiões” R5 e “falsa sensação de comunicação eficiente” R6.

O **trabalho em equipa** favorece a qualidade do trabalho e está intimamente ligado aos resultados da cirurgia e por sua vez à segurança do doente. Quando existe “falta de trabalho em equipa” R1, “falta de colaboração das equipas médicas” R2, “falta de noção do que é trabalhar em equipa” R3, “falta de cooperação da equipa médica na execução da mesma” R4 e “não envolvimento total de todos os intervenientes da equipa” R5, todos esses fatores ficam comprometidos.

Pela razão de **não estar definido o responsável pelo preenchimento da LVSC**, “não estar claro quem a deve preencher” R1 e “não estar definido qual dos elementos presentes na suite operatória é responsável pela sua realização” R2, existem constrangimentos ao seu cumprimento.

Os fatores individuais fazem referência à **pouca importância atribuída à LVSC, dificuldade na adesão e resistência a mudança.**

Um dos fatores decisivos para o sucesso é a capacitação dos profissionais para a **importância atribuída à LVSC,** pois o seu uso é uma mais-valia para a segurança do doente, minorando incidentes e consequentemente eventos adversos. Um exemplo das dezanove respostas obtidas são: “desconhecimento da sua importância” R1, “não compreensão da sua importância” R2, “depreciação sobre a importância desta ferramenta” R3, “o facto de os profissionais não perceberem a importância da mesma” R4, “alguns elementos da equipa não reconhecem a sua importância” R5, “a ideia errónea de que o preenchimento correto resulta numa perda de tempo” R6, “atribuição de prioridade à execução de outras atividades”R7 e “outras classes profissionais não a levam a sério” R8.

As **dificuldades na adesão** ainda são uma realidade na utilização desta ferramenta de segurança, corroborada pelas opinião dos inquiridos “a maior dificuldade é a adesão por parte de toda a equipa” R1, “a adesão de toda a equipa multidisciplinar” R2, “adesão dos profissionais” R3, “adesão por parte da equipa cirúrgica” R4 e “nem todos os elementos da equipa cirúrgica encaram a LVSC com a seriedade que deveriam, deixando as responsabilidades das respostas apenas para o profissional que responde, que é na grande maioria das vezes o enfermeiro” R5.

Quando são implementadas mudanças ou inovações, a nível organizacional, normalmente surgem resistências internas, a **resistência à mudança** é normalmente uma barreira à transformação organizacional. Foram citadas a "resistência dos elementos à mudança" R1 a "resistência de alguns profissionais" R2 e a "resistência da equipa médica" R3.

A necessidade de **modificação/adaptação LVSC** foi incluída na categoria **fatores específicos da LVSC,** e foi referida por três inquiridos: "pouco objetiva, extensa e repetitiva" R1, "não adaptada ao BO" R2 e "os itens que constam da LVSC não serem os mais indicados e algumas perguntas permitirem uma resposta vaga" R3.

Tabela 12 - Apresentação das categorias, subcategorias e unidades de significação do tema fatores dificultadores da utilização da LVSC

Categoria	Subcategoria	Unidade de significação
Fatores organizacionais	Problemas informáticos N=18	"o computador nem sempre está disponível" **R1** "falta de computador" **R2** "dificuldade na utilização do programa informático" **R3** "meios informáticos nem sempre disponíveis" **R4** "falta de meios informáticos a funcionar bem e rápido" **R5** "equipamento informático de fraca qualidade" **R6** "sistema informático inadequado" **R7**"disponibilidade de equipamentos informáticos" **R8**
	Fraca cultura de segurança N=6	"ausência de cultura de segurança no ambiente de bloco operatório" **R1** "a fraca cultura de segurança da organização" **R2** "falta de cultura de prevenção de risco, através da correta organização do trabalho do bloco operatório" **R3**
	Falta de formação N=4	"insuficiente esclarecimento sobre as vantagens da LVSC" **R1** "falta de conhecimento da LVSC" **R2** "a não sensibilização detida à equipa" **R3**
Fatores de Contexto	Falta de tempo N=15	"falta de tempo" **R1** "falta de tempo para efetuar a LVSC" **R2** "a falta de tempo para puder responder" **R3**
	Pressão N=7	"pressão cirúrgica" **R1** "pressão para cumprir o programa operatório" **R2** "pressão exercida pelo cirurgião para iniciar rapidamente a intervenção sem se verificarem ainda as condições necessárias ao início da mesma" **R3** "pressões exercidas por outras classes profissionais que impedem a realização em tempo real do procedimento" **R4**
	Doente não estar agendado no sistema informático N=6	"necessidade de o doente estar inserido no *SClínico*" **R1** "doente não estar inserido no sistema" **R2** "falta de agendamento prévio à cirurgia" **R3**

	Situações urgentes e emergentes N=6	"situação de urgência/emergência" **R1** "em situações de urgência/emergência nem sempre é possível concretizar a LVSC em tempo real" **R2** "doentes emergentes" **R3**
	Ambiente da sala operatória N=1	"ruído da sala" **R1**
Fatores de equipa	Falta de comunicação N=10	"falta de comunicação" **R1** "falta de comunicação entre a equipa" **R2** "falta de comunicação entre a equipa médica/enfermagem" **R3** "falta de comunicação interdisciplinar" **R4** "dificuldade de comunicação com os cirurgiões" **R5** **"**falsa sensação de comunicação eficiente" **R6**
	Falta de trabalho em equipa N=9	"falta de trabalho em equipa" **R1** "falta de colaboração das equipas médicas" **R2**"falta de noção do que é trabalhar em equipa" **R3** "falta de cooperação da equipa médica na execução da mesma" **R4**"não envolvimento total de todos os intervenientes da equipa" **R5**
	Não estar definido o responsável pelo preenchimento da LVSC N=3	"não estar claro quem a deve preencher" **R1** "não estar definido qual dos elementos presentes na suite operatória é responsável pela sua realização" **R2**
Fatores individuais	Importância atribuída à LVSC N=19	"desconhecimento da sua importância" **R1** "não compreensão da sua importância" **R2** "depreciação sobre a importância desta ferramenta" **R3** "o facto de os profissionais não perceberem a importância da mesma" **R4** "alguns elementos da equipa não reconhecem a sua importância" **R5** "a ideia errónea de que o preenchimento correto resulta numa perda de tempo" **R6** "atribuição de prioridade à execução de outras atividades" **R7** "outras classes profissionais não a levam a sério" **R8**
	Dificuldade na adesão N=11	"a maior dificuldade é a adesão por parte de toda a equipa**"** **R1** "a adesão de toda a equipa multidisciplinar" **R2** "adesão dos profissionais" **R3** "adesão por parte da equipa cirúrgica" **R4** "nem todos os elementos da equipa cirúrgica encaram a LVSC com a seriedade que deveriam, deixando as responsabilidades das respostas apenas para o profissional que responde, que é na grande maioria das vezes o enfermeiro" **R5**
	Resistência à mudança N=5	"resistência dos elementos à mudança" **R1** "resistência de alguns profissionais" **R2** "resistência da equipa médica" **R3**
Fatores específicos da LVSC	Modificação/ adaptação LVSC N=3	"pouco objetiva, extensa e repetitiva" **R1** "não adaptada ao BOC" **R2** "os itens que constam da LVSC não serem os mais indicados e algumas perguntas permitirem uma resposta vaga" **R3**

No segundo tema, **fatores facilitadores da implementação da LVSC**, com oitenta e nove respostas, foram elencados **fatores organizacionais**, **de contexto**, **de equipa**, **individuais** e **específicos da LVSC**.

Cultura de segurança, **formação**, **obrigatoriedade**, **sistema informático**, **gestão adequada** e **auditorias** integram a categoria fatores organizacionais.

As subcategorias**: cultura de segurança e formação** repetem-se em analogia aos fatores dificultadores da implementação da LVSC. **Cultura de segurança** referida por dezasseis inquiridos ganhou uma expressão de destaque, "o interesse da equipa cirúrgica em evitar erros e imprevistos" R1, "foco na segurança do doente" R2, "grande melhoria da segurança do doente e equipa" R3, "diminuição de erros" R4, "contribuir para a segurança de todos" R5, "os conhecidos resultados na melhoria da segurança do doente operado" R6 e um "instrumento valioso na segurança do doente" R8.

A **formação** ganha, mais uma vez, importante relevância na conscientização profissional e como subsidiadora da implementação da LVSC com as respostas seguintes: "a explicação do porquê da LVSC e quais os benefícios inerentes da aplicação" R1, "esclarecimento inequívoco dos benefícios da LVSC como instrumento promotor da segurança do doente" R2, "demonstração dos benefícios deste instrumento na melhoria do desempenho dos profissionais" R3 e "sessões de esclarecimento do interesse da sua aplicação" R4.

Apesar da implementação da LVSC ter um caráter de **obrigatoriedade** desde 25 de junho de 2013, cinco pessoas referiram ser facilitador: "a obrigatoriedade da sua utilização" R1, "obrigatoriedade de validação informática por parte de cada um dos representantes das 3 equipas" R3 e "obrigar todos a participar" R4.

Quanto ao **sistema informático,** se por um lado foi referido que o "sistema informático" R1 e a "acessibilidade do sistema" R2, facilitam a implementação da LVSC, por outro não existe total independência para lidar com tecnologia, existe apenas "facilidade na utilização do programa informático pelos profissionais mais jovens" R3.

A **gestão adequada** do BO deverá permitir a utilização dos recursos humanos, materiais e físicos de uma forma eficiente e eficaz, de forma a atingir os objetivos do serviço e mostrar uma efetividade consistente com uma rentabilização máxima desses mesmos recursos, sem desperdícios e sem perdas de tempo. A sua gestão é dificultada pela elevada variabilidade dos recursos envolvidos. Foi salientado: "… boa gestão de tempos" R1, "só terá impacto na segurança se tudo o resto estiver articulado: programação do bloco, identificação dos materiais necessários, no caso de não existir material ou não funcionar que isso tenha implicações no futuro (existir de facto troca por material novo ou que funcione), equipas fixas (todos os dias mudar anestesista e enfermeiros e assistentes operacionais das salas torna tudo sempre mais confuso pois

todos os dias a mesma cirurgia é preparada de forma diferente consoante o "gosto" de cada elemento), etc.” R2 e “organização e gestão adequada dos tempos cirúrgicos” R3.

As **auditorias** permitem perceber se estamos a agir em conformidade com a boa prática “auditorias da sua implementação” R1. Divulgar resultados, possibilitar adequação de estratégias e mudanças sustentáveis, garante a qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados com qualidade e segurança.

Na categoria **fatores de contexto** apresentamos duas subcategorias: **existência de rotina** e **mais tempo.** A **existência de rotina** implica um hábito que se adquire desenvolvendo a repetição, várias vezes, da mesma tarefa. Se a prática diária da utilização da LVSC se tornar numa “rotina” R1 e “equipas coesas e rotinadas” R3 levará certamente a uma diminuição do erro.

Dispor de **mais tempo** para cumprir a realização de tarefas surge em analogia à falta de tempo supracitada no eixo temático fatores dificultadores da implementação à LVSC. Foi referido pelos inquiridos “tempo” R1.

As subcategorias **trabalho em equipa**, **comunicação** e **definir o responsável pelo preenchimento da LVSC** são **fatores de equipa** referidas como promotoras da implementação da LVSC.

Um grande desafio é **“**trabalhar em equipa” R1 onde exista o “envolvimento efetivo de todos os profissionais integrantes da equipa multidisciplinar” R2 na “realização da mesma nos tempos adequados…” R3 e com “… linguagem válida e assertiva” R1 privilegiando a “comunicação efetiva” R2. A “existência de um elemento responsável pelo seu preenchimento” R1 e a “atribuição da função de verificação a um elemento bem definido” R2 poderá ter um impacto positivo na implementação da LVSC.

Os **fatores individuais** incluem a **importância atribuída à LVSC**. Que foi expresso em termos de “reconhecimento da sua importância” R1 e “concordância na importância da sua aplicação” R2.

Fatores específicos como o ***design*** **da LVSC** também foi referido como preponderantes na implementação da mesma. “Fácil preenchimento” R1, “resposta curta, vistos” R2, “questões simples que englobam os pontos mais frequentes suscetíveis de erro” “fácil de preencher” R4, “bem estruturada, itens essenciais” R6, “perguntas de resposta rápida” R7, “objetividade da lista” R8 e “formulário pré-definido com preenchimento rápido” R10.

Tabela 13 - Apresentação das categorias, subcategorias e unidades de significação do tema fatores facilitadores da utilização da LVSC

Categoria	Subcategoria	Unidade de significação
Fatores organizacionais	Cultura de segurança N=16	"o interesse da equipa cirúrgica em evitar erros e imprevistos" **R1** "foco na segurança do doente" **R2** "grande melhoria da segurança do doente e equipa" **R3** "diminuição de erros" **R4** "contribuir para a segurança de todos" **R5** "os conhecidos resultados na melhoria da segurança do doente operado" **R6** "a perceção de que melhora todo o processo de tratamento cirúrgico do doente" **R7** "instrumento valioso na segurança do doente" **R8**
	Formação N=6	"a explicação do porquê da LVSC e quais os benefícios inerentes da aplicação" **R1** "esclarecimento inequívoco dos benefícios da LVSC como instrumento promotor da segurança do doente" **R2** "demonstração dos benefícios deste instrumento na melhoria do desempenho dos profissionais" **R3** "sessões de esclarecimento do interesse da sua aplicação" **R4**
	Obrigatoriedade N=5	a obrigatoriedade da sua utilização" **R1** "ser obrigatório" **R2** "obrigatoriedade de validação informática por parte de cada um dos representantes das 3 equipas" **R3** "obrigar todos a participar" **R4**
	Sistema informático N=3	"sistema informático" **R1** "acessibilidade do sistema" **R2** "facilidade na utilização do programa informático pelos profissionais mais jovens" **R3**
	Gestão adequada N=3	"Se houver boa gestão de tempos" **R1** "só terá impacto na segurança se tudo o resto estiver articulado: programação do bloco, identificação dos materiais (...) equipas fixas (...)" **R2** "organização e gestão adequada dos tempos cirúrgicos" **R3**
	Auditorias N=1	"auditorias da sua implementação" **R1**
Fatores de Contexto	Existência de rotina N=5	"rotina" **R1** "criação da rotina para todos os casos" **R2** "equipas coesas e rotinadas" **R3**
	Mais tempo N=4	"tempo" **R1** "redução do volume cirúrgico" **R2**
Fatores de equipa	Trabalho em equipa N=17	**"**trabalhar em equipa" **R1** "envolvimento efetivo de todos os profissionais integrantes da equipa multidisciplinar" **R2** na "realização da mesma nos tempos adequados…" **R3**
	Definir o responsável pelo preenchimento da LVSC N=8	"existência de um elemento responsável pelo seu preenchimento" **R1** "atribuição da função de verificação a um elemento bem definido" **R2**
	Comunicação N=4	"… linguagem válida e assertiva" **R1** "comunicação efetiva" **R2**
Fatores individuais	Importância atribuída à LVSC N=9	"reconhecimento da sua importância" **R1** "concordância na importância da sua aplicação" **R2**
Fatores específicos da LVSC	*Design* da LVSC N=9	"Fácil preenchimento" **R1** "resposta curta, vistos" **R2** "sim/não" **R3** "questões simples que englobam os pontos mais frequentes suscetíveis de erro" **R4** "fácil de preencher" **R5** "bem estruturada, itens essenciais" **R6** "perguntas de resposta rápida" **R7** "objetividade da lista" **R8** "método sequencial e com critérios simples e claros" **R9** "formulário pré-definido com preenchimento rápido" **R10**

O terceiro e último tema, **estratégias de melhoria para implementação da LVSC**, abrangeu setenta e duas respostas e foram definidas quatro categorias: **fatores organizacionais**, **fatores contexto**, **fatores equipa** e **fatores específicos da LVSC**.

A primeira categoria engloba as subcategorias: **formação**, **obrigatoriedade**, **auditoria** e **incentivos**.

A **formação** foi referida por trinta pessoas, exemplo: "realizar formação de forma a todos entenderem a sua importância" R1, "a simulação e o treino seriam importantes para a adesão à implementação" R2, "formação e ações de motivação que realcem a sua importância, no âmbito das práticas seguras promotoras da qualidade dos cuidados em saúde" R3, "ações de formação sobre pertinência e valorização da LVSC" R4, "formação para todas as equipas sobre a sua implementação e sua importância" R5, "formação e briefing em equipa" R6, "apostar na formação sobre as vantagens da LVSC, já que existe evidência científica dos seus benefícios" R7, "formação cíclica direcionada para as dificuldades apontadas pelos intervenientes" R8, "formação em conjunto com todos os intervenientes no processo" R9.

A **obrigatoriedade** também foi referida como estratégia de melhoria, como se encontra retratada em: "obrigatoriedade da sua implementação tal como está descrita no manual" R1, "sensibilizar a restante equipa para a necessidade/obrigatoriedade de responder a lista" R2, "obrigatoriedade de envolvimento total da equipa, com responsabilidade no preenchimento…" R4, "ter de ser validada em sistema e com *password*, obrigatoriamente por um anestesista, por um enfermeiro e por um cirurgião" R5.

A necessidade de **auditoria,** "programa de auditorias" R1, "supervisão periódica no sentido de introduzir melhorias" R3, "publicação de resultados e sua relação com ganhos de segurança e saúde para o doente" R4, e de **incentivos**, "incentivos para a equipa" R1 com "comprovação de resultados" R2, serão estratégias válidas de implementação da LVSC.

A categoria **fatores de contexto** compreende **responsabilização**, **doente inserido no sistema informático**, **tempo** e **rotina.**

Na subcategoria **responsabilização,** são sugeridos vários aspetos relativos à responsabilidade do preenchimento da LVSC: a existência de um profissional bem definido para realizar o preenchimento da LVSC, "existir um profissional com esta função atribuída" R1; a existência de um profissional exterior à equipa "não deverá ocupar um profissional que faz falta para o procedimento cirúrgico" R3, "equipa dedicada para tal" R4; e a "…responsabilidade repartida para que todos se sintam envolvidos. Sugestão: 1ª parte feita pelo anestesista, 2ª parte pelo cirurgião, 3ª parte pelo enfermeiro

circulante” R5, “preenchimento pelos vários profissionais responsabilizando-os” R6 e “… preencher a parte da lista da sua responsabilidade direta” R8.

No que concerne ao **doente estar agendado no sistema informático** foi referido que: “nenhum doente devia entrar em bloco operatório sem estar devidamente inserido no sistema informático existente no meio hospitalar” R1, “o processo de implementação da LVSC depende da inscrição dos doentes no *SClínico*, com a referência correta da cirurgia a realizar e alguns profissionais não têm isso em consideração” R2, “equipa médica desperta para a introdução do doente aquando da chegada do doente” R3 e “o doente estar inserindo” R4.

Relativamente ao **tempo** foi manifestada a opinião de que é necessário: “mais tempo entre cirurgias para poder operacionalizar a aplicação da LVSC” R1, “… redução do número de doentes intervencionados por equipa” R2 e “facultar tempo às equipas para a sua implementação…” R3.

No que se refere à **rotina,** os inquiridos responderam ser necessário a “adoção de uma rotina sistemática e oportuna que não origine demora no decurso do processo” R1, “utilização da mesma diariamente e em todas as cirurgias” R2, “manter equipas o mais estáveis possíveis, para que todos tenham conhecimento sobre os procedimentos. Isto melhoraria o rigor dos dados inseridos na LVSC e tornaria o seu preenchimento mais confortável” R3.

O **trabalho em equipa** e a **comunicação** foram as subcategorias destacadas nos **fatores de contexto.**

Relativamente ao **trabalho em equipa** foi referido, “maior cooperação e empenho entre os diferentes profissionais da equipa multidisciplinar” R1, “participação ativa por parte de todos os elementos da equipa na realização da LVSC” R2 e “maior entreajuda entre os vários elementos da sala” R3.

A subcategoria **comunicação** também esteve presente nos relatos, ilustrando que “melhorar a comunicação entre equipa” R1 e “advertir para uma maior disponibilidade/ comunicação entre equipa para a execução da mesma” R2 se revela fundamental na segurança dos cuidados.

Os inquiridos salientaram três aspetos distintos no que diz respeito aos **fatores específicos** da LVSC, nomeadamente no preenchimento fácil, “simplificação da lista” R1, “mais fácil de se preencher” R2 e “que a inserção de dados seja simples” R3, na passagem para papel em detrimento do formato eletrónico, “LVSC ser em formato papel” R4, “suporte físico da lista” R5 e “passar novamente para papel” R6, e por último fazer algumas modificações como a “revisão de alguns itens” R7 e “especificar alguns

itens: procedimento cirúrgico e local da incisão planeado (início da cirurgia) /e o que divergiu (antes do doente sair da sala)" R8.

Tabela 14 - Apresentação das categorias, subcategorias e unidades de significação do tema estratégias de melhoria para a utilização da LVSC

Categoria	Subcategoria	Unidade de significação
Fatores organizacionais	Formação N=30	"realizar formação de forma a todos entenderem a sua importância" **R1** "a simulação e o treino seriam importantes para a adesão à implementação" **R2** "formação e ações de motivação que realcem a sua importância, no âmbito das práticas seguras promotoras da qualidade dos cuidados em saúde" **R3** "ações de formação sobre pertinência e valorização da LVSC" **R4** "formação para todas as equipas sobre a sua implementação e sua importância" **R5** "formação e briefing em equipa" **R6** "apostar na formação sobre as vantagens da LVSC, já que existe evidência científica dos seus benefícios" **R7** "formação cíclica direcionada para as dificuldades apontadas pelos intervenientes" **R8** "formação em conjunto com todos os intervenientes no processo" **R9**
	Obrigatoriedade N=8	"obrigatoriedade da sua implementação tal como está descrita no manual" **R1** "sensibilizar a restante equipa para a necessidade/obrigatoriedade de responder a lista" **R2** "obrigatoriedade de toda a equipa" **R3** "obrigatoriedade de envolvimento total da equipa, com responsabilidade no preenchimento…" **R4** "ter de ser validada em sistema e com *password*…obrigatoriamente por um anestesista, por um enfermeiro e por um cirurgião" **R5**
	Auditorias N=4	"programa de auditorias" **R1** "avaliar regularmente o seu preenchimento e introduzir melhorias" **R2** "supervisão periódica no sentido de introduzir melhorias" **R3** "publicação de resultados e sua relação com ganhos de segurança e saúde para o doente" **R4**
	Incentivos N=3	incentivos para a equipa" **R1** "comprovação de resultados" **R2**
Fatores de Contexto	Responsabilização N=12	"existir um profissional com esta função atribuída" **R1**, "definir quem é responsável pela sua realização" **R2** "não deverá ocupar um profissional que faz falta para o procedimento cirúrgico" **R3** "equipa dedicada para tal" **R4** "…responsabilidade repartida para que todos se sintam envolvidos (…)" **R5** "preenchimento pelos vários profissionais responsabilizando-os" **R6** "LVSC para cada classe profissional" **R7** "… preencher a parte da lista da sua responsabilidade direta" **R8**
	Doente estar agendado no sistema informático N=6	"nenhum doente devia entrar em bloco operatório sem estar devidamente inserido no sistema informático (…)" **R1** "o processo de implementação da LVSC depende da inscrição dos doentes no *SClínico (…)*" **R2** "equipa médica desperta para a introdução do doente aquando da chegada do doente" **R3** "o doente estar inserindo" **R4**

	Tempo N=4	“mais tempo entre cirurgias para poder operacionalizar a aplicação da LVSC” **R1** “… redução do número de doentes intervencionado por equipa” **R2** “facultar tempo às equipas para a sua implementação…” **R3** “ter tempo antes de começar (…)” **R4**
	Rotina N=3	“adoção de uma rotina…” **R1** “utilização da mesma diariamente e em todas as cirurgias” **R2** “manter equipas o mais estáveis possíveis…” **R3**
Fatores de equipa	Trabalho em equipa N=7	“maior cooperação e empenho entre os diferentes profissionais da equipa multidisciplinar” **R1** “participação ativa por parte de todos os elementos da equipa na realização da LVSC” **R2** “maior entreajuda entre os vários elementos da sala” **R3**
	Comunicação N=2	“melhorar a comunicação entre equipa” **R1** “advertir para uma maior disponibilidade/comunicação entre equipa para a execução da mesma” **R2**
Fatores específicos da LVSC	LVSC N=8	“simplificação da lista” **R1** “mais fácil de se preencher” **R2** “que a inserção de dados seja simples” **R3** “LVSC ser em formato papel” **R4** “suporte físico da lista” **R5** “passar novamente para papel” **R6** “revisão de alguns itens” **R7** “especificar alguns itens: procedimento cirúrgico e local da incisão planeado (início da cirurgia) /e o que divergiu (antes do doente sair da sala)” **R8**

6 - ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise descritiva dos resultados, procedeu-se à análise inferencial no sentido de testar as hipóteses formuladas.

Foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors, bem como o teste de Shapiro-Wilk, para testar a normalidade. Analisada a distribuição das dimensões da variável central verifica-se que $p<0,05$, pelo que se conclui que não tem distribuição normal, assim optámos por utilizar testes não paramétricos (Tabela 15).

Tabela 15 - Testes de normalidade

	Kolmogorov-Smirnov			**Shapiro-Wilk**		
	Estatística	gl	p	Estatística	gl	P
DL1	0,12	108	0,00	0,92	108	0,00
DL2	0,16	108	0,00	0,87	108	0,00
DL3	0,12	108	0,00	0,92	108	0,00
DL4	0,16	108	0,00	0,92	108	0,00

Correlação de Significância de Lilliefors

Em virtude das variáveis em estudo não apresentarem distribuição normal recorreu-se à utilização de testes não paramétricos nomeadamente:

- Teste de Kruskal-Wallis que compara as diferenças dos resultados obtidos por mais do que dois grupos.
- Coeficiente de correlação de Spearman e respetivo teste de significância (correlacionando duas variáveis quantitativas).

Avaliação Antes do programa formativo:

H 1: Há diferença na perceção dos profissionais de saúde sobre o contributo da utilização da LVSC para a segurança do doente em função do grupo profissional.

Na análise da diferença da perceção dos profissionais de saúde em função do grupo profissional, utilizámos o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Uma análise comparativa dos valores dos postos médios obtidos em cada grupo profissional permite-nos constatar que os anestesistas apresentam valores ligeiramente mais elevados em todas as dimensões, contudo os valores são muito próximos. Verificamos que o valor de significância do teste é superior a 0,05 em todas as dimensões, pelo que concluímos que não se observam diferenças com significado estatístico na perceção dos profissionais sobre a importância da LVSC, entre os grupos profissionais (Tabela 16).

Tabela 16 - Teste Kruskal-Wallis para análise da diferença da perceção entre grupos profissionais

	Grupo Profissional	N	Posto Médio	p
DL1 Perceção geral da LVSC	Anestesista	28	48,88	0,98
	Cirurgião	17	47,91	
	Enfermeiro	50	47,54	
DL2 Antes da indução anestésica	Anestesista	28	51,75	0,53
	Cirurgião	17	42,24	
	Enfermeiro	50	47,86	
DL3 Antes da incisão da pele	Anestesista	28	54,46	0,28
	Cirurgião	17	41,74	
	Enfermeiro	50	46,51	
DL4 Antes do doente sair da sala de operações	Anestesista	28	53,88	0,40
	Cirurgião	17	44,32	
	Enfermeiro	50	45,96	

H 2: A perceção dos profissionais de saúde sobre o contributo da utilização da LVSC para a segurança do doente está correlacionada com o tempo de exercício profissional no serviço de BO.

Na análise da correlação da perceção dos profissionais de saúde (DL1, DL2, DL3 e DL4) com o tempo de experiência em BO utilizando a correlação de Spearman verificamos que, em todas as dimensões, as correlações são muito fracas (<0,04) e não têm significado estatístico (p>0,05), pelo que concluímos que a perceção dos profissionais não varia em função do tempo de experiência profissional no BO (Tabela 17).

Tabela 17 - Análise da relação da perceção dos profissionais de saúde com o tempo de exercício no BO

			DL1	DL2	DL3	DL4	Tempo de exercício profissional no BO
rô de Spearman	DL1 Perceção geral da LVSC	Coeficiente de Correlação	1,00	0,79	0,78	0,72	**0,03**
		Sig. (bilateral)	-	0,00	0,00	0,00	0,80
		N	108	108	108	108	108
	DL2 Antes da indução anestésica	Coeficiente de Correlação	-	1,00	0,88	0,85	**0,01**
		Sig. (bilateral)	-	-	0,00	0,00	0,96
	DL3 Antes da incisão da pele	Coeficiente de Correlação	-	-	1,00	0,84**	**0,02**
		Sig. (bilateral)	-	-	-	0,00	0,86
	DL4 Antes do doente sair da sala de operações	Coeficiente de Correlação	-	-	-	1,00	**-0,04**
		Sig. (bilateral)	-	-	-	-	0,71

H 3: A perceção dos profissionais de saúde sobre o contributo da utilização da LVSC para a segurança do doente está correlacionada com a idade.

Na análise da correlação da perceção dos profissionais (DL1, DL2, DL3 e DL4) com a idade dos profissionais utilizando a correlação de Spearman verificamos que, em todas as dimensões, as correlações são muito fracas (<0,09) e não têm significado estatístico (p>0,05), pelo que concluímos que a perceção dos profissionais não varia em função da idade (Tabela 18).

Tabela 18 - Análise da relação da perceção dos profissionais de saúde com a idade

			DL1	DL2	DL3	DL4	Idade
rô de Spearman	DL1 Perceção geral da LVSC	Coeficiente de Correlação	1,00	0,79	0,78	0,72	**0,04**
		p (bilateral)	-	0,00	0,00	0,00	0,71
		n	108	108	108	108	108
	DL2 Antes da indução anestésica	Coeficiente de Correlação	-	1,00	0,88	0,85	**-0,01**
		p (bilateral)	-	-	0,00	0,00	0,96
		n	-	108	108	108	108
	DL3 Antes da incisão da pele	Coeficiente de Correlação	-	-	1,00	0,84	**0,09**
		p (bilateral)	-	-	-	0,00	0,94
		n	-	-	108	108	108
	DL4 Antes do doente sair da sala de operações	Coeficiente de Correlação	-	-	-	1,00	**-0,02**
		p (bilateral)	-	-	-	-	0,82
		n	-	-	-	108	108

Após o programa formativo:

H 4: Há diferença na perceção dos profissionais de saúde sobre os contributos da utilização da LVSC para a segurança do doente em função do grupo profissional.

Na análise da diferença da perceção dos profissionais em função do grupo profissional, em que utilizámos o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, verificamos que embora os enfermeiros apresentem em todas as dimensões valores do posto médio mais baixos, os valores de p>0,05, leva-nos a concluir que não se observam diferenças, com significado estatístico, na perceção dos profissionais sobre a importância da LVSC entre os grupos profissionais (Tabela 19).

Tabela 19 - Teste Kruskal-Wallis para análise da diferença da perceção entre categorias profissionais

	Categoria profissional	n	Posto Médio	p
DL1 Perceção geral da LVSC	Anestesista	20	39,58	0,71
	Cirurgião	11	42,82	
	Enfermeiro	45	36,97	
DL2 Antes da indução anestésica	Anestesista	20	41,30	0,80
	Cirurgião	11	37,68	
	Enfermeiro	45	37,46	
DL3 Antes da incisão da pele	Anestesista	20	43,23	0,51
	Cirurgião	11	38,45	
	Enfermeiro	45	36,41	
DL4 Antes do doente sair da sala de operações	Anestesista	20	40,00	0,80
	Cirurgião	11	41,32	
	Enfermeiro	45	37,14	

H 5: Há diferença na perceção dos profissionais de saúde sobre os contributos da utilização da LVSC para a segurança do doente entre a avaliação prévia e a avaliação posterior.

Na análise da diferença da perceção dos profissionais antes e após a intervenção utilizámos o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Constatamos que embora se observe uns valores médios dos postos superiores na avaliação após a intervenção, as diferenças observadas não têm significado estatístico pelo que podemos que concluir não se observam diferenças com significado estatístico na perceção dos profissionais sobre a importância da LVSC antes e após a intervenção (Tabela 20).

Tabela 20 - Teste Kruskal-Wallis para análise da diferença da perceção dos profissionais de saúde sobre a importância da lista de verificação de segurança cirúrgica antes e após a intervenção

	Momento de avaliação	n	Posto médio	p
DL1 Perceção geral da LVSC	Antes da intervenção	109	92,63	0,17
	Após intervenção	85	103,74	
DL2 Antes da indução anestésica	Antes da intervenção	109	95,25	0,53
	Após intervenção	85	100,38	
DL3 Antes da incisão na pele	Antes da intervenção	109	95,01	0,48
	Após intervenção	85	100,69	
DL4 Antes do doente sair da sala de operações	Antes da intervenção	109	93,50	0,26
	Após intervenção	85	102,64	

7 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente capítulo apresenta a discussão dos resultados, expostos no capítulo anterior. Para isso, consideramos importante fazer recair a nossa atenção no objetivo central, avaliar a influência de um programa formativo na adesão dos profissionais de saúde à utilização da LVSC.

Este estudo usou princípios de melhoria da qualidade para identificar o problema e desenhar estratégias para melhorar a adesão à utilização da LVSC. Neste sentido foi elaborado e implementado um programa de formação, o desenho de estudo possibilitou a realização de dois momentos de avaliação (prévio e posterior), obtendo um conjunto de resultados que foram alvo de análise.

Nesta etapa do processo de investigação, será realizada uma análise dos principais resultados obtidos, procurando discuti-los a luz da evidência científica mais recente e confrontando-os com estudos nacionais e internacionais desenvolvidos neste domínio.

Os resultados do presente estudo mostram que a adesão à utilização da LVSC foi superior após a implementação do programa formativo, indiciando que a estratégia seguida pode ter influenciado este resultado, contudo não foi encontrada evidência estatística de que a perceção dos profissionais sobre o contributo da LVSC para a segurança do doente se tenha alterado. Foram também analisados os fatores dificultadores, facilitadores e estratégias de melhoria para a utilização da LVSC identificados pelos participantes.

Discutimos em seguida os principais resultados e serão elencados os contributos e implicações para a prática.

A população deste estudo foram os profissionais de saúde de um serviço de BO de um hospital central, na região centro do país. Foram realizadas avaliações em dois momentos. No primeiro momento participaram 108 profissionais do BO nomeadamente, anestesistas, cirurgiões e enfermeiros e no segundo momento participaram 86 profissionais. A amostra foi equivalente nos dois momentos de avaliação, sendo o grupo profissional de enfermagem o que apresenta maior percentagem, dados corroborados pelas estatísticas portuguesas, uma vez que o número de enfermeiros (77 984) é superior ao número de médicos (57 198) (INE, 2021). O sexo feminino foi predominante, podendo ter sido influenciado pelo grupo profissional uma vez que a profissão de enfermagem é maioritariamente desempenhada por mulheres, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018) o número de elementos do sexo feminino (60 737) é bastante

superior ao número de elementos do sexo masculino (13 175) (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Dados idênticos também foram encontrados noutros estudos, (Singer et al., 2015), (Molina et al., 2016) e (Berry et al., 2018).

A média de idades dos respondentes é de 42 anos, e de tempo total de exercício profissional de 18 anos, sendo o tempo de atividade média em BO de 15 anos. Consideramos que a experiência de BO dos profissionais de saúde envolvidos no estudo pode ser importante na perceção dos mesmos sobre o contributo da utilização da LVSC para a segurança do doente. A idade média dos profissionais envolvidos no estudo é superior a estudos semelhantes. A amostra do estudo realizado por Gong, Sheng, Bian, e Yang, (2021) apresenta uma média de idades de 30 anos e uma experiência profissional em BO superior de 10 anos. No estudo realizado por (Gong, et al., 2021), Cavalheiro da Silva, C., Beck, A., Martins da Silva, E., & Rodrigues, T. (2022) a amostra apresenta uma média de idades de 38 anos e uma média de experiência profissional de 12,7 anos. Admitimos que a média de idade mais elevada observada no presente estudo reflete uma política de aumento da idade da reforma e de reduzida admissão de novos profissionais para a função pública nos últimos anos em Portugal, contribuindo para equipas mais maduras.

Taxa de adesão à utilização da LVSC no triénio 2017-2019

No estudo foi realizada a recolha da taxa de adesão à utilização da LVSC, num hospital central da zona centro do país, referente aos anos de 2017, 2018, 2019. A média da taxa de adesão à utilização da LVSC, no referido espaço temporal, foi de 24,9%. Em 2017 foram realizadas 9615 cirurgias com uma taxa de adesão à utilização da LVSC de 25,4%, em 2018 foram realizadas 9318 cirurgias com uma taxa de adesão à utilização da LVSC de 27,8%, em 2019 foram realizadas 8927 cirurgias com uma taxa de adesão à utilização da LVSC de 21,5%. Apesar da predisposição ser tendencialmente crescente, a média observada é baixa, não atingindo a meta definida a nível nacional.

A Norma 02/2013 de 12 de fevereiro da DGS, atualizada a 25 de junho de 2013, determina a obrigatoriedade da implementação do projeto - Cirurgia Segura, Salva-Vidas em todos os BO do SNS e entidades com ele contratadas (DGS, 2013). O Despacho n.º 2905/2013 de 14 de fevereiro vincula o carácter obrigatório da aplicação da Norma 02/2013 de 12 de fevereiro e da respetiva LVSC em todas as intervenções cirúrgicas nos hospitais do SNS, salientando a importância do seu registo nos sistemas informáticos locais, contudo os resultados observados no presente estudo e noutros estudos nacionais mostram que ainda estamos longe de alcançar os níveis desejáveis de utilização da LVSC. Um estudo realizado por Ribeiro et al. (2017) mostra que em 24 421 cirurgias realizadas, durante 5 anos, a taxa de adesão à utilização da LVSC foi de

58,5%. Admitimos que a baixa adesão pode ter reflexos sobre a ocorrência de eventos adversos na prestação de cuidados perioperatórios, podendo resultar numa maior permanência do doente no hospital, maior risco de reinternamento, necessidade de cuidados mais complexos, mortalidade entre outros, como nos referem Ribeiro et al., (2017) e (de Freitas et al., 2014).

Considerando que uma das metas definidas no PNSD 2015-2020 era conseguir alcançar uma taxa de utilização da LVSC em 95% das cirurgias, até ao final de 2020, constatamos que o triénio inicialmente avaliado ainda estava muito longe de atingir esse desígnio (Despacho nº 1400-A/2015).

É a partir do reconhecimento de potenciais fragilidades institucionais e profissionais que surgem oportunidades de crescimento e de resultados cada vez mais positivos, tanto para os doentes como para as instituições de saúde. Acreditamos que a reflexão realizada com os profissionais e o programa de formação desenvolvido por ter contribuído para a melhoria dos níveis de utilização da LVSC.

Podémos verificar na avaliação após implementação do programa de formação uma melhoria nos resultados referentes à aplicação da LVSC. Nos meses de fevereiro, março e abril de 2022, em que foram realizadas 2325 cirurgias, verificámos que a taxa de adesão à utilização da LVSC subiu para 75,4%. Estes resultados, embora ainda abaixo da meta definida, indiciam um aumento considerável e permite acreditar que o programa de formação desenvolvido teve algum impacto na sensibilização e motivação dos profissionais para a adesão à utilização da LVSC.

Gong (2021) menciona que o conhecimento limitado da utilização da LVSC pode ter influência na baixa adesão. Ferorelli et al., (2022) mostra que após uma intervenção simples, de duas aulas teóricas, a adesão à utilização da LVSC teve um aumento acentuado de 71.0% para 96,3% e a LVSC totalmente preenchida aumentou de 20,4% para 43,8%. Um estudo realizado por Elias et al. (2015) revelou que o investimento em formação da equipa multidisciplinar de um hospital universitário levou à melhoria dos indicadores de segurança após a sua implementação e, consequentemente, na ampliação da segurança dos procedimentos cirúrgicos, bem como preenchimentos das listas com mais qualidade e maior adesão da equipa quanto à sua utilização. Um estudo de Neta et al. (2019) sugere que as instituições necessitam de investir em formação das equipas e que através do feedback sejam apresentados os indicadores para conhecimento dos profissionais, de modo a melhorar a qualidade dos cuidados prestados, com foco na segurança do doente.

Um estudo de Tan et al. (2021) aponta para taxas de utilização da LVSC de 79,8%. O mesmo autor diz-nos que as mudanças culturais, trabalho em equipa e liderança do processo por parte do cirurgião são elementos-chave para melhorar a adesão à

utilização da LVSC. Um estudo de Borgmann et al. (2015) evidencia taxas de utilização da LVSC de 91% em hospitais na Alemanha. Uma taxa de utilização da LVSC de 79 % é relatada em estudos referentes a hospitais suíços (Mascherek, Schwappach, & Bezzola, 2013).

Podemos assumir que a implementação do registo informático da LVSC (com carácter efetivo a partir de 2020), também pode ter influenciado positivamente os resultados, o que vai de encontro com os resultados de Gitelis et al. (2017). A promoção da utilização de ferramentas digitais relativas à segurança cirúrgica é um dos objetivos estratégicos do PNSD 2021-2026 na implementação e consolidação de práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde (Despacho nº 9390/2021).

Consideramos que os resultados obtidos sugerem que estamos a melhorar, mas naturalmente nos responsabilizam no acompanhamento e reforço das melhorias obtidas. Embora não tenha sido avaliado no presente estudo a taxa de conformidade, reconhecemos que este indicador de qualidade poderá contribuir para monitorizar os processos e dar feedback à equipa, reforçando os esforços de melhoria. A taxa de conformidade de utilização da LVSC a nível nacional foi de aproximadamente 87% no triénio 2017-2019 (88% em 2017; 89% em 2018 e 85% em 2019) (Ministério da Saúde, 2021), indicando valores elevados, mas com espaço para melhorar.

Contributo da LVSC para a segurança do doente

Após a análise dos resultados do questionário que avalia a perceção dos profissionais do BO sobre o contributo da LVSC para a segurança do doente, nas avaliações (prévia e posterior) verificamos que as respostas são sobreponíveis, não havendo alteração substancial na prececção dos profissionais de saúde.

Observamos que os profissionais valorizam a importância da utilização da LVSC e o seu contributo para a seguraça do doente, tendo pontuado de forma mais elevada os seguintes itens: “a introdução da LVSC contribui para a segurança do doente, “a aplicação da LVSC evita erros e esquecimentos importantes para a segurança do doente”, “a introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco de operar o doente errado” e “se fosse intervencionado gostaria que utilizasse a LVSC, como forma de reduzir riscos inerentes ao processo”.

A valorização do contributo da LVSC para a segurança do doente por parte dos profissionais de saúde foi também corroborado por outros estudos que demostram a LVSC como um instrumento valioso para melhorar a segurança intraoperatória e desenvolver uma cultura de segurança entre equipas multidisciplinares (Cullati, Licker, Francis, Degiorgi, & Bezzola, 2014). Um estudo de Cavalheiro da Silva et al. (2022) mostra que 93,3% dos inquiridos concordam totalmente com o fato da LVSC

proporcionar segurança no processo cirúrgico e confirmam que há entendimento da equipa multiprofissional quanto aos processos seguros e que a utilização adequada minimiza os riscos e as possíveis complicações cirúrgicas.

Os inquiridos reconhecem que a LVSC evita erros e esquecimentos importantes para a segurança do doente. Estudos semelhantes relatam a importância que os profissionais de saúde atribuem a esta ferramenta, Santana et al. (2016) mostra que 96,9% dos inquiridos respondeu afirmativamente sobre o grande potencial de prevenção de ocorrência de erros em ambiente de BO desta ferramenta e 89,5% corroboram que a LVSC ajuda a evitar erros no BO (Tan et al., 2021).

O facto de diminuir o risco de operar o doente errado também apresenta unanimidade por parte de estudos que mostram que a maioria dos inquiridos concorda que a implementação da LVSC evita erros na sala de operações, tais como, a identidade errada do doente e a incerteza do local correto a ser operado (Gong et al., 2021), (Gitelis et al., 2017).

Outro item mais valorizado foi o da preferência à utilização da LVSC caso os inquiridos necessitassem de ser intervencionados, resultado também evidenciado por Santana et al. (2016) que verificou que a maioria dos participantes, 98,3%, expressaram que gostariam que a LVSC fosse utilizada caso eles próprios fossem sujeitos a cirurgia, sugerindo a aceitação da LVSC por parte dos participantes. Tan et al. (2021) evidenciou que mais de 90,0% dos respondentes afirmaram que gostariam que a LVSC fosse utilizada para os seus próprios cuidados e Haynes et al. (2011) também relata, no seu estudo, que 93,0% dos participantes responderam afirmativamente à mesma pergunta. Estes resultados evidenciam que a LVSC reforça a cultura de segurança organizacional contribuindo para resultados positivos relativos à segurança do doente cirúrgico (Singer et al., 2015).

O Questionário de Avaliação do Contributo da LVSC para a segurança do doente, revela ter uma boa consistência interna assim como a análise por dimensão também revela boa fiabilidade interna. Salientamos a elevada correlação dos itens com a respetiva dimensão, sugerindo validade interna.

As quatro dimensões que constituem o questionário de Avaliação do Contributo da LVSC para a segurança do doente foram classificadas positivamente pelos profissionais de saúde tanto na avaliação prévia como na avaliação posterior. As vantagens desta ferramenta são inegáveis, minimiza riscos de ocorrência de eventos adversos, fortalece práticas de segurança, promove comunicação e trabalho em equipa multidisciplinar e não tem custos.

Apesar de existir uma perceção positiva em todas as dimensões as mais valorizadas pelos profissionais de saúde são as dimensões DL1 (perceção geral da LVSC) e DL2 (antes da indução anestésica) em ambas as avaliações.

Fazendo uma correlação dos itens que apresentaram maior valor de concordância com estas dimensões constatamos que estes se inserem nestas mesmas dimensões, DL1 e DL2. Na avaliação prévia e posterior, DL1 apresenta uma média de 5,55 e 5,81, respetivamente. Apesar da ligeira melhoria um estudo de Gong et al. (2021) evidencia uma média da perceção geral da LVSC superior, 8,76 (numa escala de 0 a 10). A perceção fundamental do seu valor na prestação de cuidados seguros sugere que um programa de implementação bem concebido pode ser bem sucedido, na obtenção da aceitação e utilização de LVSC por parte dos profissionais de saúde (Tan et al., 2021). Os resultados apresentados por Singer et al. (2015) e Cullati et al. (2014) também apresentam uma perceção positiva da LVSC.

A dimensão DL2 ou "antes da indução anestésica" apresenta uma média 5,71 e 5,99, na avaliação previa e posterior, respetivamente. Também apresenta um ligeiro aumento da média após a implementação do programa formativo mas o estudo de Gong et al. (2021) evidência uma média "antes da indução anestésica" de 9,58 (numa escala de 0 a 10). O mesmo estudo diz-nos que a dimensão "antes da indução anestesia" foi a que obteve média mais elevada em detrimento de "antes da incisão da pele" e "antes do doente sair da sala de operações", 7,46 e 7,82, respetivamente. Poderá ser explicado pelo fato de que "antes da indução anestésica" ser a fase da LVSC que está mais relacionada com a presença de elementos relacionados diretamente com maior risco para o doente, sobretudo risco de morte, como por exemplo a marcação do local correto para a realização da cirurgia. Os eventos adversos relacionados com o local errado e no doente errado são dos que apresentam maior expressão. Resultados semelhantes são apresentados por Eslahpazir et al., (2020) e Cullati et al., (2014).

Os resultados obtidos no presente estudo evidenciam uma perceção positiva sobre os contributos da LVSC para a segurança do doente. Embora se observem ligeiros aumentos nos valores médios no segundo momento de avaliação, verificamos que persiste ainda um amplo espaço para a melhoria.

Fatores dificultadores, facilitadores e estratégias de melhoria para a utilização da LVSC

A análise dos dados qualitativos permitiu compreender quais os fatores dificultadores os fatores facilitadores e as estratégias de melhoria para a utilização da LVSC. As barreiras ou fatores dificultadores à utilização da LVSC são uma razão de impacto negativo na eficiência no BO e os facilitadores são uma mais-valia principalmente na

melhoria da qualidade dos cuidados. As estratégias são reconhecidas como necessárias para realizar os benefícios dos cuidados de saúde baseados em evidências, assim o desenvolvimento das mesmas para superar barreiras e aumentar o ritmo e a eficácia da adesão à utilização da LVSC são uma prioridade.

Obtivemos uma vasta gama de fatores organizacionais, de contexto, de equipa, individuais e específicos da LVSC que foram analisados com o objetivo de obter sucesso na utilização da LVSC.

Os resultados indicam que o processo de utilização da LVSC é uma intervenção complexa e desafiadora que requer mudanças e ajustes tanto por parte dos profissionais como das instituições de saúde. Conseguimos ao longo deste processo ajustar e colmatar algumas falhas destacadas pelos inquiridos, nomeadamente com o projeto de formação implementado.

Foi mencionada falta de tempo gerada muitas vezes pela sobrecarga de trabalho e pela execução de tarefas em simultâneo que promovem uma grande necessidade de troca de informações, a LVSC apresenta-se como facilitadora neste contexto, uma vez que permite que todas as etapas sejam concluídas com sucesso (Silva et al., 2019), prevenindo também a ocorrência de eventos adversos uma vez que a associação entre carga de trabalho e eventos adversos é significativamente alta, impactando negativamente a segurança do doente (Costa, Ramos, Gabriel, & Bernardes, 2018). As restrições de tempo constituem desafios especialmente durante situações de emergência (Georgiou et al., 2018), a aplicação de protocolos como a utilização da LVSC nem sempre é efetuada com precisão, podendo levar a uma maior probabilidade de ocorrência de eventos adversos (Gong et al., 2021). Para ajudar na otimização deste facto foram colocadas LVSC em formato papel nas salas operatórias incluindo BO de urgência para facilitar o processo pois nem sempre é célere recorrer à LVSC eletrónica. Georgiou et al., (2018) descreve a estrutura e o conteúdo da LVSC com fator dificultador, vários participantes sugeriram que a LVSC requer simplificação, o que vem de encontro ao nosso estudo.

Outro fator dificultador referido no nosso estudo foi a resistência à mudança, referido também por Georgiou et al. (2018) e Lara et al. (2021). Gomes, Santos, Machado, & Treviso (2016) revelam resistência por parte da equipa médica.

A falta de comunicação referida pelos inquiridos coaduna-se com a evidência científica disponível, apresentando-se como uma das causas de eventos adversos, tais como, cirurgias realizadas em locais errados do corpo (Mafra & Rodrigues, 2018). Um estudo de Santana et al. (2016), diz nos que a comunicação melhora entre os membros da equipa multidisciplinar quando é usada a LVSC, ou seja, a utilização da LVSC ajuda a melhorar a comunicação dentro da equipa. Silva et al. (2019) relata que uma boa

comunicação entre a equipa multiprofissional é fundamental na redução de falhas que podem ser irreversíveis. É um processo complexo e dinâmico nos serviços de saúde.

O trabalho em equipa desempenha um papel fundamental para o sucesso ou fracasso do processo cirúrgico, esta deve trabalhar em uníssono usando os seus conhecimentos e habilidades em prol do doente cirúrgico, podendo prevenir uma proporção considerável de complicações (Moraes et al., 2018). Haugen et al.(2019) e Russ et al. (2015) relatam que a qualidade do trabalho em equipa e da comunicação melhora devido a maior partilha de informação crítica, abertura sobre lacunas de conhecimento, melhor coesão da equipa, melhor tomada de decisão e coordenação de equipas.

A LVSC só será eficaz se os processos de implementação também o forem, pelo que as estratégias de implementação assumem um papel crucial, devendo ser válidas e persistentes. O processo de implementação deve ser gradual, incorporando feedback construtivo e auditorias regulares (Georgiou et al., 2018).

O envolvimento das equipas de gestão é fundamental para disseminar a cultura de segurança do doente e, consequentemente planear, implementar e avaliar diversas ações de melhoria (Costa et al., 2018). A maioria dos inquiridos (91,1%) num estudo realizado por Santana et al. (2016) afirmam que a LVSC ajudou a desenvolver uma cultura de segurança cirúrgica no BO, intervindo em situações não respondidas ou confusas, impactando na mudança de atitudes em relação à segurança cirúrgica.

Definir o responsável pela aplicação da LVSC é fundamental pois é recomendado que, a mesma, seja realizada pela mesma pessoa ao longo do processo. O responsável precisa de ter conhecimento de todo o processo e pode interrompê-lo ou impedir o avanço no caso de algum item insatisfatório (Georgiou et al., 2018), (Santana et al., 2020). A verificação da LVSC deve ser realizada juntamente com a equipa multiprofissional e com o doente, para ter sucesso.

No nosso estudo a formação foi referida, por trinta inquiridos, como sendo uma estratégia de melhoria para a utilização da LVSC. É necessário ter em conta um processo educativo que facilite a adesão dos profissionais de saúde à utilização da LVSC, cedendo-lhes ferramentas para melhor entendimento da relevância da mesma para a segurança do doente. Não basta que as instituições de saúde ofereçam os protocolos, mas sim que os membros da equipa tenham conhecimento da sua importância na prática. A eficiente formação e instruções claras e concisas sobre o conteúdo e execução da LVSC é fundamental para o sucesso da sua utilização (de Vries et al., 2010). Yoon, Alaia, Hutzler, & Bosco (2015) relatam uma redução significativa nos intervalos de tempo, indevidamente realizados, após intervenções educacionais. A formação contínua deve ser tomada como prioridade nas ações de gestão (Moraes et al., 2018). Programas de treino foram referidos por Costa et al. (2018) como facilitadores

na melhoria da comunicação e do trabalho em equipa proporcionando diminuição de níveis de autoridade e aumento de interação entre os profissionais.
Na perspetiva de que os cuidados de saúde de qualidade estão intimamente ligados ao aperfeiçoamento profissional, os profissionais de saúde devem manter-se atualizados, considerando a PBE e o uso do sistema informático (Costa et al., 2018).

Análise da perceção dos profissionais de saúde sobre contributo da LVSC para a segurança do doente

Neste estudo consideramos as hipóteses formuladas em dois momentos - antes e após o programa formativo.

Antes do programa formativo:

Admitidos como hipótese de estudo que a perceção dos profissionais de saúde sobre o contributo da utilização da LVSC para a segurança do doente era diferente em função do grupo profissional, pelo que comparámos os resultados obtidos no grupo dos anestesistas, cirurgiões e enfermeiros. Utilizámos o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, que compara os postos médios em cada grupo. A estatística inferencial revelou que não há diferenças estatisticamente significativas na perceção do contributo da LVSC para a segurança do doente, em função do grupo profissional, o que significa que os diferentes grupos profissionais possuem uma visão similar e positiva no que se refere ao contributo da LVSC para a segurança do doente. Admitimos que o esforço de sensibilização dos profissionais para a importância da implementação da LVSC na qualidade e segurança dos cuidados, sustentada nas diretivas nacionais e internacionais (Despacho nº 1400-A/2015; OMS, 2009) e em múltiplos estudos (Mazzocco et al., 2009; Schwendimann, et al., 2019; Singer, et al. 2015) desafiam os profissionais a assumirem a valorização da LVSC como um compromisso coletivo. Contudo salientamos que esta valorização ainda não é consensual e que alguns estudos apontam para diferenças entre grupos profissionais.
Os estudos desenvolvidos por (Gong et al., 2021) e Eslahpazir et al., (2020) evidenciam que os cirurgiões apresentam resultados de menor valorização, quando comparados com anestesistas e enfermeiros.
Quando analisamos se a perceção dos profissionais de saúde sobre o contributo da utilização da LVSC para a segurança do doente está correlacionada com o tempo de exercício profissional no serviço de BO verificamos que não, ou seja, a perceção sobre o contributo da LVSC não é influenciada pelo tempo de exercício profissional na área específica de BO. Resultados semelhantes foram obtidos no estudo desenvolvido por

Mota (2014), corroborando uma atitude positiva dos profissionais e que esta é independente da experiência profissional em BO.

A análise dos resultados em função da idade, permite salientar que, não se observam diferenças em função desta caraterística individual, logo a perceção do contributo da utilização da LVSC não é influenciada pela idade. Quando comparamos este resultado ao obtido por Mota (2014) verificamos que são semelhantes. Noutra perspetiva um estudo de Georgiou et al. (2018) relata que existe a perceção de que os profissionais mais jovens apresentam maior facilidade em aplicar *checklists* e Gomes, Santos, Machado, & Treviso (2016) mencionam que médicos mais antigos não valorizam a *checklist*.

Em síntese: a análise realizada na avaliação antes da intervenção permite concluir que apesar da adesão à utilização da LVSC ser baixa, globalmente os profissionais do BO têm uma perceção positiva dos contributos da LVSC para a segurança do doente e esta perceção não difere em função do grupo profissional, da idade e do tempo de experiência profissional em BO.

Após o programa formativo:

A análise da perceção dos profissionais de saúde sobre o contributo da utilização da LVSC para a segurança do doente após o programa formativo, permite concluir que não se observam diferenças estatisticamente significativas entre grupos profissionais, à semelhança do que tínhamos observado antes da formação.

Do mesmo modo, quando analisámos se havia diferença na perceção dos profissionais de saúde sobre os contributos da utilização da LVSC para a segurança do doente entre a avaliação prévia e a avaliação posterior, constatámos que apesar de ter havido uma ligeira subida em todas as dimensões, não existia diferença estatisticamente significativa. Logo, podemos concluir que o programa formativo não teve influência na alteração da perceção do contributo da LVSC para a segurança do doente.

Acreditamos que o uso da LVSC é percebido por parte dos profissionais de saúde, como uma ferramenta útil e necessária que contribui para a segurança do doente, minimizando a ocorrência de eventos adversos como intervenções ao local errado. O estudo de Gomes et al. (2016) mostra que os profissionais de saúde valorizam o contributo da LVSC, tanto na segurança do doente como na segurança da própria equipa. Evidencia também que os processos educativos são necessários para sensibilizar toda a equipa quanto à importância desse instrumento de verificação, bem como promover maior interação da equipa multiprofissional, reforçando a atuação conjunta na prestação de cuidados ao doente cirúrgico.

Desenvolvemos um programa formativo que procurou dar respostas a constrangimentos ou a dificultadores referidos pelos profissionais de saúde e capacitar os mesmos sobre o contributo da LVSC para a segurança do doente. O programa formativo, com recurso a estratégias diversificadas teve grande participação dos profissionais de saúde, permitindo o esclarecimento de dúvidas, o debate e a partilha de experiências. Admitimos que a formação realizada embora não tivesse influência na alteração da perceção dos profissionais, contribuiu para esclarecer dúvidas, identificar barreiras e ultrapassar algumas dificuldades sentidas pelos profissionais. Corroborando este argumento, o estudo desenvolvido por Mello et al. (2020) revela que a formação contínua realizada a toda a equipa, o acompanhamento e monitorização do preenchimento da LVSC, e os debates sobre a ocorrência de incidentes contribui para a melhora contínua do processo. O PNSD 2021-2026 é consentâneo com a implementação de planos de formação no âmbito da segurança do doente, para profissionais de saúde (Despacho nº 9390/2021 do Ministério da Saúde, 2021).

Embora não seja evidente uma mudança na perceção dos profissionais sobre os contributos da utilização da LVSC para a segurança do doente, os resultados obtidos com o aumento do indicador de qualidade, taxa de adesão à utilização LVSC, comprovam a mudança de comportamentos.

CONCLUSÃO

A segurança do doente é um direito, considerado um foco estratégico da qualidade de cuidados. A ocorrência de eventos adversos ao doente têm constituído uma crescente preocupação, negligenciar o investimento nas boas práticas de segurança aumenta o risco de incidentes, os quais podem ter consequências nefastas para o doente e descredibilidade para profissionais de saúde e instituições.

Entende-se que a segurança cirúrgica do doente deve ser uma meta de todos os profissionais de saúde envolvidos, realizando com responsabilidade os cuidados de saúde prestados. Apesar da demonstração dos impactos benéficos para doente e equipa multidisciplinar da utilização da LVSC, muitos desafios têm sido encontrados na correta e consistente implementação. A sua utilização deve ser promovida com o objetivo de ser aceite entre os profissionais de saúde e aumentar a adesão, criando um ambiente seguro para doentes e profissionais de saúde.

Esta investigação teve como objetivo central avaliar a influência de um programa formativo na adesão dos profissionais de saúde à utilização da LVSC.

A avaliação da perceção dos profissionais sobre a importância da LVSC e do seu contributo para a segurança do doente foi realizada antes e após a realização da formação. Os resultados obtidos em ambos os momentos permitem salientar que os profissionais do BO têm uma perceção positiva sobre a importância da LVSC e do seu contributo para a segurança do doente. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na perceção dos profissionais em função do grupo profissional, tempo de exercício profissional no serviço de BO e idade dos profissionais. Também se verificou que, após o programa formativo, a perceção dos profissionais de saúde, sobre o contributo da LVSC para a segurança do doente não se alterou de forma significativa, mantendo uma perceção positiva.

Na avaliação inicial identificou-se uma adesão reduzida à utilização da LVSC, apesar de os profissionais revelarem uma perceção positiva sobre a importância da utilização da mesma e do seu contributo para a segurança do doente. Foram identificados vários fatores organizacionais, de contexto, de trabalho em equipa, individuais e específicos da LVSC, que os profissionais consideraram terem potencial para influenciar de forma negativa ou positiva a adesão dos profissionais na implementação da LVSC. Do mesmo modo os profissionais propuseram algumas estratégias de melhoria.

A avaliação inicial realizada revelou-se fundamental no planeamento da formação efetuada. A compreensão dos fatores dificultadores e facilitadores, percecionadas pelos profissionais de saúde na utilização da LVSC, foi crucial no delineamento e adoção de estratégias capazes de aumentar a utilização da LVSC. Foi essencial ouvir e perceber em equipa quais os dificultadores da utilização da LVSC para ultrapassar barreiras que impediam o aumento da adesão. As estratégias foram pautadas pela integração da LVSC como facilitadora da comunicação e trabalho em equipa multidisciplinar.

O programa formativo desenvolvido, com foco na diversidade de estratégias educacionais revelou-se benéfico no alcance dos resultados desejados. Três meses após a realização do programa formativo os resultados evidenciam um aumento significativo da taxa de adesão à utilização da LVSC.

Os resultados deste estudo indicam que uma estratégia de formação contínua adequada e o envolvimento de toda a equipa contribuiu para o aumento da taxa de adesão à utilização da LVSC.

A capacidade de implementação e manutenção da LVSC é complexa, requer uma avaliação cuidadosa e uma compreensão das potenciais barreiras, não basta que as instituições estabeleçam protocolos, é preciso que os profissionais de saúde façam uso da ferramenta apresentada e compreendam a sua importância. Além disso a equipa precisa de aceitar o processo e incorporá-lo na sua prática diária.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pela inerência das suas qualificações e funções no seio da equipa de saúde constitui-se como um elemento-chave na implementação de novos projetos que conduzem à melhoria da qualidade dos cuidados baseando as suas decisões na melhor evidência científica. Para tal, deve ser proativo na avaliação dos processos metodológicos implementados, bem como nos resultados e ganhos obtidos. Só assumindo esta responsabilidade poderá ser capaz de gerir as competências individuais e coletivas no desenvolvimento profissional da equipa multidisciplinar, contribuindo para a construção de uma prática assente nos mais elevados padrões de excelência do cuidar.

Após desenvolvidas todas as etapas do processo de investigação e de executado o desenho de estudo pode concluir-se que o objetivo central foi atingido, os métodos utilizados demonstraram-se adequados tendo também em conta os estudos realizados nesta temática.

Reconhece-se que o programa de melhoria contínua, considerado deste estudo, contribuiu para elevar os padrões de qualidade do exercício profissional e melhorar a

segurança do doente. Estamos conscientes de que é necessário ir fazendo reavaliações e ajustes necessários para uma forte consolidação.

Esta investigação encontra-se alinhada com a estratégia da instituição uma vez que foi constituído um grupo de trabalho da “Cirurgia Segura”, onde serão definidas estratégias para a implementação de práticas seguras, nomeadamente a realização de formação aos profissionais de saúde e a realização de auditorias sobre a adesão à utilização da LVSC.

Destaca-se também a importância de proporcionar formação e treino contínuo sobre a aplicação correta e relevância da LVSC, contribuindo para a consciencialização da equipa e prestação de cuidados de saúde com maior segurança.

Outro fator positivo foi a conscientização por parte dos profissionais dos ganhos conjuntos. O aumento da adesão à utilização da LVSC produzirá efeitos benéficos para o doente, equipa multidisciplinar, instituição e serviço de saúde.

Este estudo, comporta algumas limitações que devem ser tidas em conta ao analisarmos os resultados. Foi realizado num único hospital, o que limita a capacidade de generalização de resultados. Outra das limitações que não se pode deixar de mencionar está relacionada com a amostra em estudo. Por fatores não controláveis, não se conseguiu garantir que as amostras que participaram nos dois momentos de colheita de dados fossem exatamente coincidentes.

Como complemento a esta investigação considera-se que seria enriquecedor analisar as taxas de não conformidade da utilização da LVSC e compreender em que aspetos se pode melhorar a utilização da LVSC.

Como sugestões para investigações futuras seria importante a realização de novos estudos sobre esta temática que forneçam indicadores sobre as práticas profissionais e sobre aspetos a melhorar na utilização da LVSC. O incremento das publicações académicas nesta área contribui para uma melhoria dos cuidados de saúde nomeadamente na consecução de cirurgias mais seguras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abbott, T. E. F., Ahmad, T., Phull, M. K., Fowler, A. J., Hewson, R., Biccard, B. M., … Wildes, T. (2018). The surgical safety checklist and patient outcomes after surgery: a prospective observational cohort study, systematic review and meta-analysis. British Journal of Anaesthesia, 120(1), 146–155. https://doi.org/10.1016/j.bja.2017.08.002

Andersson, A. E., Gifford, W., & Nilsson, K. (2015). Improving care in surgery – a qualitative study of managers experiences of implementing evidence-based practice in the operating room. Journal of Hospital Administration, 4(4). https://doi.org/10.5430/jha.v4n4p73

Bardin, L. (2011). Análise de Conteúdo. São Paulo: Ed. 70.

Bergs, J., Hellings, J., Cleemput, I., Zurel, Ö., De Troyer, V., Van Hiel, M., … Vandijck, D. (2014). Systematic review and meta-analysis of the effect of the World Health Organization surgical safety checklist on postoperative complications. British Journal of Surgery, 101,150–158. https://doi.org/10.1002/bjs.9381

Bergs, J., Lambrechts, F., Simons, P., Vlayen, A., Marneffe, W., Hellings, J., Vandijck, D. (2015). Barriers and facilitators related to the implementation of surgical safety checklists: A systematic review of the qualitative evidence. BMJ Quality and Safety, 24,776–786. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004021

Berry, W. R., Edmondson, L., Gibbons, L. R., Childers, A. K., Haynes, A. B., Foster, R., … Gawande, A. A. (2018). Scaling safety: The south carolina surgical safety checklist experience. Health Affairs, 37(11), 1779–1786. https://doi.org/10.1377/HLTHAFF.2018.0717/ASSET/IMAGES/LARGE/FIGUREEX4.JPEG

Bohomol, E., & Melo, E. F. de. (2019). Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: percepção da equipe de enfermagem. Revista SOBECC, 24(3). https://doi.org/10.5327/z1414-4425201900030004

Borchard, A., Schwappach, D. L. B., Barbir, A., & Bezzola, P. (2012). A systematic review of the effectiveness, compliance, and critical factors for implementation of safety checklists in surgery. Annals of Surgery, 256, 925–933. https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3182682f27

Borgmann, H., Helbig, S., Reiter, M. A., Hüsch, T., Schilling, D., Tsaur, I., & Haferkamp, A. (2015). Utilization of surgical safety checklists by urological surgeons in Germany:

A nationwide prospective survey. Patient Safety in Surgery, 9(1). https://doi.org/10.1186/s13037-015-0082-5

Carey, K., & Stefos, T. (2011). Measuring the cost of hospital adverse patient safety events. Health Economics, 20(12), 1417–1430. https://doi.org/10.1002/hec.1680

Cavalheiro da Silva, C., Diez Beck, A., Martins da Silva, E. C., & Pereira Pires Rodrigues, T. (2022). Fatores que influenciam a adesão à lista de verificação de segurança cirúrgica. Revista SOBECC, 26(4). https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202100040004

Conley, D. M., Singer, S. J., Edmondson, L., Berry, W. R., & Gawande, A. A. (2011). Effective surgical safety checklist implementation. Journal of the American College of Surgeons, 212(5), 873–879. https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2011.01.052

Conselho da União Europeia (2009). Recomendação do conselho sobre segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde. Bruxelas: Conselho da União Europeia. http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/patient_rec2009_pt.pd

Correggio, T. C., Da Amante, L. N., & Barbosa, S. de F. F. (2014). Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico. Revsita Sobecc, 19(2), 67–73. https://doi.org/10.4322/sobecc.2014.012

Costa, D. B., Ramos, D., Gabriel, C. S., & Bernardes, A. (2018). Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. Texto & Contexto - Enfermagem, 27(3). https://doi.org/10.1590/0104-070720180002670016

Creswell, J. W. (2010). Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Tradução Magda Lopes; consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição Dirceu da Silva. 3 ed. – Porto Alegre: ARTMED, 296.

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). Desenho da pesquisa:abordagens qualitativas, quantitativas e de métodos mistos. 5ª ed. Los Angeles: SAGE.

Cullati, S., Licker, M.J., Francis, P., Degiorgi, A., & Bezzola, P. (2014). Implementation of the Surgical Safety Checklist in Switzerland and Perceptions of Its Benefits: Cross-Sectional Survey. PLoS ONE, 9(7), 101915. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0101915

Cumin, D., Skilton, C., & Weller, J. (2017). Information transfer in multidisciplinary operating room teams: A simulation-based observational study. BMJ Quality and Safety, 26(3). https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-005130

de Freitas, M. R., Antunes, A. G., Lopes, B. N. A., Fernandes, F. da C., Monte, L. de C., & Gama, Z. A. da S. (2014). Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura da oms em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Cadernos de Saude Publica, 30(1), 137–148. https://doi.org/10.1590/0102-311X00184612

de Jager, E., McKenna, C., Bartlett, L., Gunnarsson, R., & Ho, Y. H. (2016). Postoperative Adverse Events Inconsistently Improved by the World Health Organization Surgical Safety Checklist: A Systematic Literature Review of 25 Studies. World Journal of Surgery, 40, 1842–1858. https://doi.org/10.1007/s00268-016-3519-9

de Vries, E. N., Prins, H. A., Crolla, R. M. P. H., den Outer, A. J., van Andel, G., van Helden, S. H., … Boermeester, M. A. (2010). Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes. New England Journal of Medicine, 363 (20). https://doi.org/10.1056/nejmsa0911535

de Vries, E. N., Ramrattan, M. A., Smorenburg, S. M., Gouma, D. J., & Boermeester, M. A. (2008). The incidence and nature of in-hospital adverse events: A systematic review. Quality and Safety in Health Care, 17(3), 216–223.

Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro. Diário da República nº 28/2015 – série II. Ministério da Saúde Direção Geral da Saúde. Lisboa. Portugal.

Despacho n.º 2905/2013 de 14 de fevereiro. Diário da República nº 38/2013 – série II. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Lisboa. Portugal.

Despacho n.o 5613/2015 de 27 de maio. Diário da República nº 102/2015 – série II. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Lisboa. Portugal.

Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro. Diário da República nº 187/2021 – série II. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Lisboa. Portugal.

Diego, L., Salman, F., Silva, J., Brandão, J., Filho, G., Carneiro, A., …Moraes, J. (2016). Construção de uma ferramenta para medida de perceções sobre o uso do checklist do Programa de Cirurgia Segura da Organização Mundial da Saúde. Brazilian Journal of Anesthesiology, 66 (4) .10.1016/j.bjan.2015.09.011

Direção Geral da Saúde. (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. Lisboa.

Direção Geral da Saúde. (2013). Norma nº2: Cirurgia Segura, Salva-Vidas. Departamento da Qualidade na Saúde. Portugal.

Direção Geral da Saúde. (2017). Norma DGS n.o 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Direção Geral Da Saúde.

Direção Geral da Saúde. (2018). Norma nº5: Avaliação da cultura de segurança do doente nos Hospitais. Departamento da Qualidade da Saúde. Portugal.

Donabedian, A. (2003). An Introduction to Quality Assurance in Health Care (1ª ed.). New York: Oxford University Press, Inc.

Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. Milbank Quarterly, 83, 691–729. https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x

Elias, A. C. G. P., Schmidt, D. R. C., Yonekura, C. S. I., Dias, A. O., Silva, R. P. J., Ursi, E. S., & Feijo, V. B. E. R. (2015). Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura em Hospital Universitário Público. Revista Sobecc, 20(3). https://doi.org/10.5327/z1414-4425201500030002

Erestam, S., Haglind, E., Bock, D., Andersson, A. E., & Angenete, E. (2017). Changes in safety climate and teamwork in the operating room after implementation of a revised WHO checklist: A prospective interventional study. Patient Safety in Surgery, 11(1). https://doi.org/10.1186/s13037-017-0120-6

Eslahpazir, B. A., Zhu, B., Gao, H., Zhou, X., Liu, Y., Huang, G., & Huang, J. J. (2020). Perceptions of the WHO Surgical Safety Checklist When Implemented by the Multidisciplinary OR Team. American Journal of Medical Quality. https://doi.org/10.1177/1062860620918292

Etherington, C., Wu Olivia Cheng-Boivin, M., & Larrigan Sylvain Boet, S. (2019). Interprofessional communication in the operating room: a narrative review to advance research and practice. Canadian Journal of Anesthesia. https://doi.org/10.1007/s12630-019-01413-9

Ferorelli, D., Benevento, M., Vimercati, L., Spagnolo, L., De Maria, L., Caputi, A., Zotti, F., Mandarelli, G., Dell'Erba, A., & Solarino, B. (2022). Improving Healthcare Workers` Adherence to Surgical Safety Checklist: The Impact of a Short Training Public health 9, 732707. https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.732707

Fitzpatrick, J. J. (2016). Distinctions Between Research, Evidence Based Practice, and Quality Improvement. Applied Nursing Research, 29. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.12.002

Flick, U. (2014). The SAGE handbook of qualitative data analysis. https://doi.org/10.4135/9781446282243

Fortin, M., F. (2009) – Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lusodidata. 978-989-8075-18-5.

Fourcade, A., Blache, J. L., Grenier, C., Bourgain, J. L., & Minvielle, E. (2012). Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. BMJ Quality and Safety, 21(3), 191–197. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000094

Fragata, J. (2009). Gestão do Risco, em Campos, L., R. Portugal e M. Borges, A Governação dos Hospitais, Alfragide: Casa das Letras, 75-105.

Fragata, J. (2010). Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa.10. ISSN 0870-9025.

Fragata, J., & Martins, L. (2008). Causas e mecanismos dos erros em medicina: anatomia do erro. Em Fragata J, Martins L, editores. O Erro em Medicina: perspetivas do indivíduo, da organização e da sociedade. Coimbra: Almedina; 41-80.

Fudickar, A., Hörle, K., Wiltfang, J., & Bein, B. (2012). The Effect of the WHO Surgical Safety Checklist on Complication Rate and Communication. Deutsches Aerzteblatt Online. https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0695

Gao, Y., Chen, X., & Kang, L. (2021). The effect of plan-do-check-act cycle nursing management of gynecological surgery: A systematic review and meta-analysis. Annals of Palliative Medicine, 10(7), 8072–8081. https://doi.org/10.21037/APM-21-1590

Georgiou, E., Mashini, M., Panayiotou, I., Efstathiou, G., Efstathiou, C. I., Charalambous, M., & Irakleous, I. (2018). Barriers and facilitators for implementing the WHO's safety surgical checklist: A focus group study among nurses. Journal of Perioperative Practice, 28(12). https://doi.org/10.1177/1750458918780120

Gitelis, M. E., Kaczynski, A., Shear, T., Deshur, M., Beig, M., Sefa, M., … Ujiki, M. (2017). Increasing compliance with the World Health Organization Surgical Safety Checklist - A regional health system's experience. American Journal of Surgery, 214(1). https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2016.07.024

Gomes, C. D. P. P., Santos, A. A. dos, Machado, M. E., & Treviso, P. (2016). Percepção de uma equipe de enfermagem sobre a utilização do checklist cirúrgico. Revista SOBECC, 21(3). https://doi.org/10.5327/z1414-4425201600030004

Gondim, S., & Bendassolli, P. (2014). The use of the qualitative content analysis in psychology: A critical review. Psicologia Em Estudo, 19(2), 191–199. https://doi.org/10.1590/1413-737220530002

Gong, J., Sheng, B., Bian, C., & Yang, L. (2021). A survey of surgical team members' awareness and perceptions toward the implementation of the surgical safety checklist in gynecological and obstetrical operations. Medicine, 100(30), e26731. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000026731

Gottems, L., Carvalho, E., Guilhem, D., & Pires, M. (2018). Good practices in normal childbirth: reliability analysis of an instrument by Cronbach's Alpha. Revista latino-americana de enfermagem, 26. https://doi.org/10.1590/1518-8345.2234.3000

Haugen, A. S., Sevdalis, N., & Søfteland, E. (2019). Impact of the World Health Organization Surgical Safety Checklist on Patient Safety. Anesthesiology, 131. https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002674

Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A. H. S., Dellinger, E. P., … Gawande, A. A. (2011). Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. BMJ Quality and Safety, 20(1), 102–107. https://doi.org/10.1136/bmjqs.2009.040022

Heideveld-Chevalking, A. J., Calsbeek, H., Damen, J., Gooszen, H., & Wolff, A. P. (2014). The impact of a standardized incident reporting system in the perioperative setting: A single center experience on 2,563 "near-misses" and adverse events. Patient Safety in Surgery, 8(1). https://doi.org/10.1186/s13037-014-0046-1

Hill, J.E., Stephani, A.M., Sapple, P., & Clegg, A.J. (2020). A eficácia da melhoria contínua da qualidade para desenvolver a prática profissional e melhorar os resultados da assistência à saúde: uma revisão sistemática. Ciência de implementação: IS, 15 (1), 23. https://doi.org/10.1186/s13012-020-0975-2

Institute of Medicine. (1999). To Err Is Human: Building a Safer Health System. In To Err Is Human: Building a Safer Health System. https://doi.org/10.1017/S095026880100509X

Institute of Medicine. (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century - Institute of Medicine. In Institute of Medicine. https://doi.org/10.17226/10027

Instituto Nacional de Estatística. (2020). Cirurgias (expeto pequenas cirurgias) por dia (Nº) nos hospitais por localização geográfica (NUTS - 2013) Anual. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008030&contexto=bd&selTab=tab2

Instituto Nacional de Estatística. (2021). Censos 2021 https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21&xpid=CENSOS21&xlang=pt

Jeong, E. J., Chung, H. S., Choi, J. Y., Kim, I. S., Hong, S. H., Yoo, K. S., … Cho, Y. S. (2017). Development of simulation-based learning programme for improving adherence to time-out protocol on high-risk invasive procedures outside of operating room. International Journal of Nursing Practice, 23(3). https://doi.org/10.1111/ijn.12529

Kasatpibal, N., Senaratana, W., Chitreecheur, J., Chotirosniramit, N., Pakvipas, P., & Junthasopeepun, P. (2012). Implementation of the world health organization surgical safety checklist at a university hospital in Thailand. Surgical Infections. https://doi.org/10.1089/sur.2011.043

Kyu, H. H., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., … Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet, 392(10159), 1859–1922. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32335-3

Lara, T. I. da C. de Tonini, N. S., Maraschin, M. S., Silva, D. C. I. da, Borges, F., & Lopes, D. (2021). Compreensão de médicos residentes, cirurgiões e anestesiologistas sobre o protocolo de cirurgia segura em um hospital de ensino. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 13(9). https://doi.org/10.25248/reas.e8704.2021

Lee, S. E., Scott, L. D., Dahinten, V. S., Vincent, C., Lopez, K. D., & Park, C. G. (2019). Safety Culture, Patient Safety, and Quality of Care Outcomes: A Literature Review. Western Journal of Nursing Research, 41. https://doi.org/10.1177/0193945917747416

Leite, L. R., Verde, A. P. dos S. R., Oliveira, F. das C. R. de, & Nunes, J. B. C. (2021). Abordagem mista em teses de um programa de pós-graduação em educação: análise à luz de Creswell. Educação e Pesquisa, 47. https://doi.org/10.1590/s1678-4634202147243789

Leong, K., Hanskamp-Sebregts, M., Van Der Wal, R. A., & Wolff, A. P. (2017). Effects of perioperative briefing and debriefing on patient safety: A prospective intervention study. BMJ Open, 7(12). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018367

Levy, S. M., Senter, C. E., Hawkins, R. B., Zhao, J. Y., Doody, K., Kao, L. S., Tsao, K. (2012). Implementing a surgical checklist: More than checking a box. Surgery (United States), 152(3), 331–336. https://doi.org/10.1016/j.surg.2012.05.034

Liukka, M., Steven, A., Moreno, M. F. V., Sara-Aho, A. M., Khakurel, J., Pearson, P., … Tella, S. (2020). Action after adverse events in healthcare: An integrative literature review. International Journal of Environmental Research and Public Health, Vol. 17. https://doi.org/10.3390/ijerph17134717

Mafra, C. R., & Rodrigues, M. C. S. (2018). Surgical safety checklist: An integrative review of the benefits and importance. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, 10(1).

Makary, M. A., & Daniel, M. (2016). Medical error-the third leading cause of death in the US. BMJ (Online), 353. https://doi.org/10.1136/bmj.i2139

Manser, T., Foster, S., Flin, R., & Patey, R. (2013). Team communication during patient handover from the operating room: More than facts and figures. Human Factors, 55(1). https://doi.org/10.1177/0018720812451594

Marsteller, J. A., Wen, M., Hsu, Y. J., Bauer, L. C., Schwann, N. M., Young, C. J., … Martinez, E. A. (2015). Safety culture in cardiac surgical teams: Data from five programs and national surgical comparison. Annals of Thoracic Surgery, 100(6). https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2015.05.109

Mascherek, A. C., Schwappach, D. L. B., & Bezzola, P. (2013). Frequency of use and knowledge of the WHO-surgical checklist in Swiss hospitals: A cross-sectional online survey. Patient Safety in Surgery, 7(1). https://doi.org/10.1186/1754-9493-7-36

Maziero, E. C. S., de Camargo Silva, A. E. B., de Fátima Mantovani, M., & de Almeida Cruz, E. D. (2015). Adherence to the use of the surgical checklist for patient safety. Revista Gaúcha de Enfermagem / EENFUFRGS, 36(4), 14–20. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.53716

Mazzocco, K., Petitti, D. B., Fong, K. T., Bonacum, D., Brookey, J., Graham, S., … Thomas, E. J. (2009). Surgical team behaviors and patient outcomes. American Journal of Surgery, 197(5), 678–685. https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2008.03.002

McCurry, M. K., Revell, S. M. H., & Roy, S. C. (2010). Knowledge for the good of the individual and society: Linking philosophy, disciplinary goals, theory, and practice: Original article. Nursing Philosophy, 11(1). https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2009.00423.x

McLaughlin, N., Winograd, D., Chung, H. R., Van De Wiele, B., & Martin, N. A. (2014). Impact of the time-out process on safety attitude in a tertiary neurosurgical department. World Neurosurgery, 82(5), 567–574. https://doi.org/10.1016/j.wneu.2013.07.074

Mello, A. G., Oliveira, I. S. B., Ferreira, N. L. Q., Rosa, W. A. G., Zeferino, M. G. M., (2018). Cirurgia segura e uso do checklist: perceção dos enfermeiros. Libertas, 14(1).

Mendes, C. M., & Barroso, F. F. (2014). Promoting a culture of safety in primary health care. Rev Port Saude Publica, 32(2), 197-205.

Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. de C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & Contexto - Enfermagem, 17(4), 758–764. https://doi.org/10.1590/s0104-07072008000400018

Ministério da saúde. (2015). Avaliação da situação nacional dos blocos operatórios http://www.apca.com.pt/documentos/2015/Avaliacao_situacao_nacional_blocos_operatorios_Outubro2015.pdf

Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde (2021). Monitorização da Qualidade e Segurança. Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa. Portugal. https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/03/RelMonitQualidadeSegu_CQS_2020.pdf

Molina, G., Jiang, W., Edmondson, L., Gibbons, L., Huang, L. C., Kiang, M. V., … Singer, S. J. (2016). Implementation of the Surgical Safety Checklist in South Carolina Hospitals Is Associated with Improvement in Perceived Perioperative Safety. Journal of the American College of Surgeons, 222(5), 725-736.e5. https://doi.org/10.1016/J.JAMCOLLSURG.2015.12.052

Moraes, V. V. M.,Néo, E. A., Almeida, R. C., Sandes, S. M. S., (2018). Dificuldades na Implantação da Lista de Verificação de Cirurgia Segura: Uma Revisão Integrativa.

Mota, A. (2014). Cultura de Segurança do Doente e Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: Perceção dos Profissionais do Bloco Operatório (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Portugal.

Mota, A., & Castilho, A. (2014). Estudo Psicométrico da Escala de Avaliação do Contributo da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica para a Segurança do Doente. Documento de trabalho.

Mota, A., Castilho, A., & Martins, M. (2021). Avaliação da segurança do doente no bloco operatório: perceção dos enfermeiros. Revista de Enfermagem Referência, V Série (No6). https://doi.org/10.12707/rv20134

National Patient Safety Foundation, & NPSF. (2015). Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err Is Human. National Patient Safety Foundation.

Nembhard, I. M., & Edmondson, A. C. (2006). Making it safe: The effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. Journal of Organizational Behavior, 27(7), 941–966. https://doi.org/10.1002/job.413

Neta. A. F., Tonini. N. S., Luz. M. S.,Martins. L. K., Oliveira. R. P., & Santos. P. R., (2019). Segurança do paciente e cirurgia segura: taxa de adesão ao checklist de cirurgia segura em um hospital escola. Nursing (São Paulo), 22(259). https://doi.org/10.36489/nursing.2019v22i259p3379-3382

Neuhaus, C., Spies, A., Wilk, H., Weigand, M. A., & Lichtenstern, C. (2017). "Attention Everyone, Time Out!": Safety Attitudes and Checklist Practices in Anesthesiology in Germany. A Cross-Sectional Study. Journal of Patient Safety. https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000386

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Estatistica de Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11135/c%C3%B3pia-de-2018_acumulado_dadosestatisticos_nacional.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2009). Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas Manual. Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, & Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Organização Mundial de Saúde. (2020). Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. [Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. Genebra.

Papadakis, M., Meiwandi, A., & Grzybowski, A. (2019). The WHO safer surgery checklist time out procedure revisited: Strategies to optimise compliance and safety. International Journal of Surgery, 69, 19–22. https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2019.07.006

Pedrolo, E., Danski, M. T. R., Mingorance, P., Lazzari, L. S. M., Méier, M. J., & Crozeta, K. (2009). A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. Cogitare Enfermagem, 14(4). https://doi.org/10.5380/ce.v14i4.16396

Pickering, S. P., Robertson, E. R., Griffin, D., Hadi, M., Morgan, L. J., Catchpole, K. C., … McCulloch, P. (2013). Compliance and use of the World Health Organization checklist in UK operating theatres. British Journal of Surgery, 100(12), 1664–1670. https://doi.org/10.1002/bjs.9305

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2019). Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9.ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Polit, D. F., & Beck, C.T. (2017). Nursing research: Generation and assessing evidence for nursing practice. 10ª ed. USA: Wolters Kluwer health, Philadelphia.

Pugel, A. E., Simianu, V. V., Flum, D. R., & Patchen Dellinger, E. (2015). Use of the surgical safety checklist to improve communication and reduce complications. Journal of Infection and Public Health, 8, 219-225. https://doi.org/10.1016/j.jiph.2015.01.001

Putnam, L. R., Levy, S. M., Sajid, M., Dubuisson, D. A., Rogers, N. B., Kao, L. S., … Tsao, K. (2014). Multifaceted interventions improve adherence to the surgical checklist. Surgery (United States), 156(2), 336–344. https://doi.org/10.1016/j.surg.2014.03.032

Rafter, N., Hickey, A., Condell, S., Conroy, R., O'connor, P., Vaughan, D., & Williams, D. (2015). Adverse events in healthcare: Learning from mistakes. QJM, 108. https://doi.org/10.1093/qjmed/hcu145

Reason, J. (2000). Human Error: models and management. British Medical Journal, 320, 768- 770. http://dx.doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768

Ribeiro, H., Quites, H., Bredes, A. C., Sousa, K., & Alves, M. (2017). Adesão ao preenchimento do checklist de segurança cirúrgica. Cadernos de saúde pública, 33(10), e00046216. https://doi.org/10.1590/0102-311X00046216

Rodziewicz, T. L., Houseman, B., & Hipskind, J. E. (2022). Medical Error Reduction and Prevention - StatPearls - NCBI Bookshelf. StatPearls, (Cdc).

Russ, S. J., Sevdalis, N., Moorthy, K., Mayer, E. K., Rout, S., Caris, J., … Darzi, A. (2015). A qualitative evaluation of the barriers and facilitators toward implementation of the who surgical safety checklist across hospitals in England. Annals of Surgery, 261(1), 81–91. https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000000793

Santana, H. T., Cristina, M., Rodrigues, S., Do, M., & Evangelista, S. N. (2016). Surgical teams' attitudes and opinions towards the safety of surgical procedures in public hospitals in the Brazilian Federal District. https://doi.org/10.1186/s13104-016-2078-3

Santana, T. S. de, Ávila, M. P., Magalhães, F. G., Castro, V. A. de, Sousa, A. C. de, Siqueira, S. C., … Vieira, L. T. Q. (2020). Implantação do Protocolo "Cirurgias Seguras Salvam Vidas", Com Foco na Qualidade da Assistência Prestada no Perioperatório. Brazilian Journal of Health Review, 3(4). https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-176

Schwendimann, R., Blatter, C., Lüthy, M., Mohr, G., Girard, T., Batzer, S., … Hoffmann, H. (2019). Adherence to the WHO surgical safety checklist: An observational study in a Swiss academic center. Patient Safety in Surgery, 13(1). https://doi.org/10.1186/s13037-019-0194-4

Sewell, M., Adebibe, M., Jayakumar, P., Jowett, C., Kong, K., Vemulapalli, K., & Levack, B. (2011). Use of the WHO surgical safety checklist in trauma and orthopaedic patients. International Orthopaedics, 35(6). https://doi.org/10.1007/s00264-010-1112-7

Silva, H. R. da, Mendonça, W. de A. V., Gonçalves, R. A., Peres Sampaio, C. E., & Bertolossi Marta, C. (2019). Percepção da equipe de enfermagem quanto as contribuições da utilização do checklist de cirurgia segura. Revista Enfermagem Atual In Derme, 87(25). https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.87-n.25-art.18

Singer, S. J., Jiang, W., Huang, L. C., Gibbons, L., Kiang, M. V., Edmondson, L., … Berry, W. R. (2015). Surgical Team Member Assessment of the Safety of Surgery Practice in 38 South Carolina Hospitals. Medical Care Research and Review, 72(3), 298–323. https://doi.org/10.1177/1077558715577479

Sousa, P. (2006). Patient safety: A necessidade de uma estratégia nacional. Acta Medica Portuguesa, 19(4), 309–318.

Sousa, P., Sousa Uva, A., Serranheira, F., Leite, E., & Nunes, C. (2011). Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade. In Escola Nacional de Saúde Pública.

Suliburk, J. W., Buck, Q. M., Pirko, C. J., Massarweh, N. N., Barshes, N. R., Singh, H., & Rosengart, T. K. (2019). Analysis of Human Performance Deficiencies Associated with Surgical Adverse Events. JAMA Network Open, 2(7). https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.8067

Tan, J., Ngwayi, J. R. M., Ding, Z., Zhou, Y., Li, M., Chen, Y., … Porter, D. E. (2021). Attitudes and compliance with the WHO surgical safety checklist: a survey among surgeons and operating room staff in 138 hospitals in China. Patient Safety in Surgery, 15(1). https://doi.org/10.1186/s13037-020-00276-0

Treadwell, J. R., Lucas, S., & Tsou, A. Y. (2014). Surgical checklists: A systematic review of impacts and implementation. BMJ Quality and Safety, 23, 299–318. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001797

Tscholl, D. W., Weiss, M., Kolbe, M., Staender, S., Seifert, B., Landert, D., … Noethiger, C. B. (2015). An anesthesia preinduction checklist to improve information exchange, knowledge of critical information, perception of safety, and possibly perception of teamwork in anesthesia teams. Anesthesia and Analgesia, 121(4), 948–956. https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000000671

Undre, S., Sevdalis, N., Healey, A. N., Darzi, A., & Vincent, C. A. (2006). Teamwork in the operating theatre: Cohesion or confusion? Journal of Evaluation in Clinical Practice, 12(2), 182–189. https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2006.00614.x

Urbach, D. R., Dimick, J. B., Haynes, A. B., & Gawande, A. A. (2019). Is WHO's surgical safety checklist being hyped? The BMJ, 366(August), 10–12. https://doi.org/10.1136/bmj.l4700

Van Schoten, S. M., Kop, V., De Blok, C., Spreeuwenberg, P., Groenewegen, P. P., & Wagner, C. (2014). Compliance with a time-out procedure intended to prevent wrong surgery in hospitals: Results of a national patient safety programme in the Netherlands. BMJ Open, 4(7). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005075

Weiser, T. G., & Haynes, A. B. (2018). Ten years of the Surgical Safety Checklist. British Journal of Surgery, 105(8), 927–929. https://doi.org/10.1002/BJS.10907

Weiser, T. G., Haynes, A. B., Molina, G., Lipsitz, S. R., Esquivel, M. M., Uribe-Leitz, T., … Gawande, A. A. (2015). Estimate of the global volume of surgery in 2012: an assessment supporting improved health outcomes. The Lancet, 385. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)60806-6

World Health Organization. (2006). Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. WHO Press.

World Health Organization. (2008). World Alliance for Patient Safety. surgical safety checklist. http:// www.who.int/patientsafety/safesurgery/checklist/en/

World Health Organization. (2012). Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012-2020. Regional Committee for Europe Sixty-Second Session. EUR/RC62/10 Rev.1.

World Health Organization. (2017). Patient safety: making health care safer (No. WHO/HIS/SDS/2017.11). World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf

Yoon, R. S., Alaia, M. J., Hutzler, L. H., & Bosco, J. A. (2015). Using “near misses” analysis to prevent wrong-site surgery. Journal for Healthcare Quality, 37(2). https://doi.org/10.1111/jhq.12037

Ziman, R., Espin, S., Grant, R. E., & Kitto, S. (2018). Looking beyond the checklist: An ethnography of interprofessional operating room safety cultures. Journal of Interprofessional Care, 32(5), 575–583. https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1459514

ANEXOS

Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

World Health Organization | Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

Direcção-Geral da Saúde
www.dgs.pt
Ministério da Saúde

Antes da Indução da Anestesia
(Sign in)

(Na presença de, pelo menos, o enfermeiro e o anestesista)

O doente confirmou a sua identidade, o local, o procedimento e deu consentimento ?
☐ Sim
O local está marcado?
☐ Sim
☐ Não aplicável
A verificação do equipamento de anestesia e da medicação está concluída?
☐ Sim
O oximetro de pulso está no doente e em funcionamento
☐ Não
☐ Sim

O doente possui:
Alergia conhecida?
☐ Não
☐ Sim
Via aérea difícil ou risco de aspiração?
☐ Não
☐ Sim e equipamento/assistência acessível

Risco de perda> 500ml de sangue (7ml/Kg em crianças)?
☐ Não
☐ Sim e :
2 acessos IV/central e administração de fluidos planeada
Tipagem e sangue disponível

Antes da incisão da pele
(Time out)

(Na presença do enfermeiro, do anestesista e do cirurgião)

☐ **Confirmar que todos os elementos da equipa se apresentaram indicando os seus nomes e funções**
☐ **Confirmar o nome do doente, o procedimento e o local da incisão**
A profilaxia antibiótica foi administrada nos últimos 60 minutos?
☐ Sim
☐ Não aplicável
A profilaxia tromboembólica foi administrada?
☐ Sim
☐ Não aplicável

Antecipação de eventos críticos
O cirurgião enuncia em voz alta
☐ Quais são os passos críticos ou fora da rotina
☐ O tempo planeado para o caso
☐ Qual a perda de sangue prevista
O Anestesista enuncia em voz alta
☐ Há alguma preocupação específica com o doente?
A equipa de enfermagem enuncia em voz alta
☐ A esterilização (incluindo os indicadores) foi confirmada?
☐ Existem problemas com os equipamentos/ dispositivos ou qualquer outra preocupação?
Estão visíveis exames imagiológicos essenciais ou outros?
☐ Sim
☐ Não Aplicável

Antes do doente sair da sala de operação
(Sign out)

(Na presença do enfermeiro, do anestesista e do cirurgião)

O enfermeiro confirma verbalmente

☐ O nome do procedimento
☐ As contagens de instrumentos, compressas e corto-perfurantes
☐ A rotulagem dos produtos biológicos ou outros (ler os rótulos das amostras em voz alta, incluindo o nome do doente)
☐ Se existem problemas com os equipamentos ou outros a resolver

O cirurgião, anestesista e enfermeiro indicam
☐ Informação relevante a transmitir à equipa de recobro e as principais preocupações/ necessidades do doente

Esta lista de verificação não deve ser considerada exaustiva e não exclui planeamento prévio; aditamentos e modificações a nível da prática local são incentivados

Revisão 1/2009

© WHO, 2009

ANEXO II - Parecer da Comissão de Ética para a Saúde

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

[redacted]

[redacted]

[redacted]

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	DATA: 27-11-2020
	[redacted]	

ASSUNTO: Aprovação do Projeto de Investigação [redacted]

A pedido de Isabel Margarida Carvalho de Melo, recebeu esta Unidade um pedido de autorização de um Projeto de Investigação subordinado ao tema: **«Adesão dos Profissionais de Saúde ao Preenchimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: Contributo de um Programa Formativo»** que colheu parecer favorável da Comissão de Ética deste Centro Hospitalar.

Informa-se V. Exª que este projeto não acarreta qualquer encargo financeiro adicional para o [redacted]

Solicita-se, assim, a autorização do Conselho de Administração para este projeto.

Com os melhores cumprimentos,

Pel'O Centro de Ensaios Clínicos

[redacted]

SC/AF

[redacted]

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

[redacted]

Comissão de Ética para a Saúde

[redacted]

[redacted]

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
		N.º 267/CES	19-11-2020
		Proc. N.º [redacted]	

Estudo Observacional: "**Adesão dos profissionais de saúde ao preenchimento da lista de verificação de segurança cirúrgica: contributo de um programa formativo**"
Entrada na UID:13-10-2020
Entrada na CES: 09-11-2020
Investigador/a/es: Isabel Margarida Carvalho de Melo, Enfermeira no Bloco Operatório, Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica **Coordenadora:** Amélia Filomena de Oliveira Mendes Castilho, Enfermeira Especialista, Profª Adjunta na Escola Superior de Enfermagem
Promotor: Escola Superior de Enfermagem De Coimbra
Serviço de Realização: [redacted]

Cumpre informar Vossa Ex.ª que a CES - Comissão de Ética para a Saúde do [redacted], reunida em 18 de novembro de 2020, após análise do projeto de investigação supra identificado, emitiu o seguinte parecer:

"A Comissão considera que se encontram respeitados os requisitos éticos adequados à realização do estudo, pelo que emite parecer favorável ao seu desenvolvimento no [redacted]. No entanto, solicita-se a correção da data prevista de conclusão do estudo (ponto 11 do formulário específico da Comissão de Ética). A Comissão de Ética deverá ser notificada com a objetivação dessa correção".

Mais se informa que a CES do [redacted] deverá ser semestralmente atualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, com envio de relatório final.

Com os melhores cumprimentos,

[redacted]

[redacted]

[redacted]

ANEXO III - Pedido de Autorização ao Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração

Exª Sr. Presidente do Conselho de Administração do

[redacted]

Eu, Isabel Margarida Carvalho de Melo, enfermeira e aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, venho requerer permissão para a realização de um estudo de investigação, no âmbito do referido curso, intitulado "Adesão dos profissionais de saúde ao preenchimento da lista de verificação de segurança cirúrgica: contributo de um programa formativo", a realizar no Bloco Operatório [redacted]. A investigação tem como objetivos: 1) Caracterizar a taxa de adesão ao preenchimento da lista de verificação de segurança cirúrgica (nos anos anteriores e seis meses após o programa formativo); 2) Desenvolver um programa formativo para os profissionais de saúde tendo por base a informação recolhida na revisão integrativa da literatura; 3) Analisar a importância atribuída pelos profissionais de saúde à lista de verificação de segurança cirúrgica (antes e após a formação);

Assim, e para atingir os objetivos do estudo, estou a solicitar que permita a aplicação de um questionário aos profissionais de saúde do bloco operatório central, antes e após um programa de formação, e que me permita a consulta da taxa de adesão ao preenchimento da lista de verificação cirúrgica dos anos anteriores.

No decorrer do presente estudo, comprometo-me a não perturbar o normal funcionamento do serviço, assim como, manter o anonimato e confidencialidade das respostas. Será solicitado, a cada um dos participantes, o seu consentimento informado. De referir, que a realização do presente estudo não acarretará qualquer encargo para a Instituição nem para os participantes. O estudo será realizado sob orientação da Profª Drª Amélia Castilho.

Fico ao dispor para prestar qualquer esclarecimento adicional, assim que conclua o estudo, disponibilizá-lo-ei.

Grata pela sua atenção

Coimbra, 12 de Outubro de 2020

A requerente,

Isabel Margarida Carvalho de Melo

(Isabel Margarida Carvalho de Melo / Contacto 919440334)

ANEXO IV - Pedido de Autorização ao Exmo. Sr. Diretor de Serviço

[redacted] | AUTORIZAÇÃO E CONDIÇÕES DO CENTRO | [redacted]

Unidade de Inovação e Desenvolvimento — Página 1 de 1

Centro de ensaio: Bloco Operatório [redacted]

Título do Projeto de Investigação: "Adesão dos profissionais de saúde ao preenchimento da lista de verificação de segurança cirúrgica: contributo de um programa formativo."

Código do protocolo:

Nº EudraCT:

Na qualidade de Coordenadora do serviço do Bloco Operatório [redacted] e [redacted] venho por este meio autorizar a realização da colheita de dados para o projeto de investigação acima mencionado, no serviço que dirijo.

O Centro dispõe de recursos adequados à realização deste projeto, contudo a investigadora compromete-se a não utilizar recursos do serviço na colheita de dados. Deste modo, autorizo que, sob a supervisão do Investigador Principal, Isabel Margarida Carvalho de Melo, se realize o estudo pretendido, sem condicionar o normal funcionamento das atividades do bloco operatório e em cumprimento com a legislação aplicável, e as normas orientadoras de Boas Práticas de Investigação.

[redacted]

(Coordenadora do Bloco Operatório Central)

2/10/2020

Data

ANEXO V - Consentimento Informado

TÍTULO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO: Adesão dos profissionais de saúde à utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica: contributo de um programa formativo

PROTOCOLO Nº

PROMOTOR (Entidade ou Pessoa(s)) que propõe(m) o estudo)	Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
INVESTIGADOR COORDENADOR	Professora Amélia Castilho
CENTRO DE ESTUDO	[redacted]
INVESTIGADOR PRINCIPAL	Isabel Margarida Carvalho de Melo
MORADA	[redacted]
CONTACTO TELEFÓNICO	[redacted]

PARTICIPANTES (LETRA DE IMPRENSA)	PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL

É convidado(a) a participar voluntariamente neste estudo por ser profissional de saúde a exercer prestação direta de cuidados no bloco operatório central;

Este procedimento é chamado consentimento informado e descreve a finalidade do estudo, os procedimentos, os possíveis benefícios e riscos. A sua participação poderá contribuir para melhorar o conhecimento sobre segurança cirúrgica e importância da utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica;

Receberá uma cópia deste Consentimento Informado para rever e solicitar aconselhamento de familiares e amigos. O Investigador ou outro membro da sua equipa irá esclarecer qualquer dúvida que tenha sobre o termo de consentimento e também alguma palavra ou informação que possa não entender.

Depois de compreender o estudo e de não ter qualquer dúvida acerca do mesmo, deverá tomar a decisão de participar ou não. Caso queira participar, ser-lhe-á solicitado que assine e date este

formulário. Após a sua assinatura e a do Investigador, ser-lhe-á entregue uma cópia. Caso não queira participar, não haverá qualquer penalização nos cuidados que irá receber.

1. INFORMAÇÃO GERAL E OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo irá decorrer no bloco operatório [redacted] em colaboração com a Escola de Enfermagem de Coimbra, com o objetivo de avaliar a influência de um programa formativo na adesão dos profissionais de saúde à utilização da LVSC.
Trata-se de um estudo quantitativo, longitudinal com uma abordagem mista.
Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética [redacted] de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todos participantes incluídos e garantir prova pública dessa proteção.
Este estudo tem por objetivos caracterizar a taxa de adesão à utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica nos anos anteriores ao programa formativo e três meses após o mesmo; desenvolver um programa de formação para os profissionais de saúde tendo por base a informação recolhida na revisão integrativa da literatura; analisar a importância atribuída pelos profissionais de saúde à lista de verificação de segurança cirúrgica (antes do programa formativo e um mês após a mesmo);

2. PROCEDIMENTOS E CONDUÇÃO DO ESTUDO

2.1. Procedimentos

O processo de colheita de dados decorrerá em dois momentos distintos, ao longo das três fases do estudo – "antes" e "após" o programa de formação. Os instrumentos de colheita de dados serão: Taxa de utilização da cirurgia segura antes e após o programa de formação e um Questionário de colheita de dados (Caracterização sociodemográfica/profissional; Questionário de Avaliação do Contributo da LVSC para a segurança do doente; Questões Abertas)

2.2. Calendário / Duração

Colheita de dados: um momento em outubro e um momento em novembro de 2020;
Programa de Formação- Outubro 2020 (1 hora)

Descrição dos Procedimento:

- **Fase I - Avaliação Prévia** (será aplicado o questionário de colheita de dados e realizado o levantamento das taxas de utilização da cirurgia segura nos últimos anos);
- **Fase II – Processo de formação** (implementação de um programa de formação):
- **Fase III - Avaliação posterior** (voltar-se-á a aplicar o questionário de colheita de dados um mês após o programa de formação e será feito o levantamento da nova taxa de concretização de cirurgia segura, 3 meses após o período formativo);

2.3. Tratamento de dados

Os dados obtidos serão tratados estatisticamente e será utilizado o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Será realizada uma análise descritiva e uma análise inferencial decorrentes do processo de análise estatística. Os resultados do tratamento estatístico serão apresentados sob a forma de quadros e gráficos ao longo do capítulo da apresentação e análise dos dados.

3. RISCOS E POTENCIAIS INCONVENIENTES PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Não apresenta riscos

4. POTENCIAIS BENEFÍCIOS

Os participantes terão oportunidade de desenvolver competências que podem aplicar na sua prática diária de forma à prestação de cuidados clínicos com mais qualidade.

5. NOVAS INFORMAÇÕES

Ser-lhe-á dado conhecimento de qualquer nova informação que possa ser relevante para a sua condição ou que possa influenciar a sua vontade de continuar a participar no estudo.

6. TRATAMENTOS ALTERNATIVOS

Não Aplicável

7. SEGURANÇA

Não Aplicável

8. PARTICIPAÇÃO / ABANDONO VOLUNTÁRIO

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura sem qualquer consequência para si, sem precisar de explicar as razões, sem qualquer penalidade ou perda de benefícios e sem comprometer a sua relação com o Investigador que lhe propõe a participação neste estudo. Ser-lhe-á pedido para informar o Investigador se decidir retirar o seu consentimento.

9. CONFIDENCIALIDADE

Os seus registos manter-se-ão confidenciais e anonimizados de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis. Se os resultados deste estudo forem publicados a sua identidade manter-se-á confidencial.

Ao assinar este Consentimento Informado autoriza este acesso condicionado e restrito.

Confidencialidade e tratamento de dados pessoais

Os dados pessoais dos participantes no estudo, e os resultados dos questionários, serão utilizados para condução do estudo, designadamente para fins de investigação científica.

Ao dar o seu consentimento à participação no estudo, a informação a si respeitante, será utilizada da seguinte forma:

1. O promotor, os investigadores e as outras pessoas envolvidas no estudo recolherão e utilizarão os seus dados pessoais para as finalidades acima descritas.
2. Os dados do estudo, associados às suas iniciais ou a outro código que não o(a) identifica diretamente (e não ao seu nome) serão comunicados pelos investigadores e outras pessoas envolvidas no estudo ao promotor do estudo, que os utilizará para as finalidades acima descritas.
3. Os dados do estudo, associados às suas iniciais ou a outro código que não permita identificá-lo(a) diretamente, poderão ser comunicados a autoridades de saúde nacionais e internacionais.
4. A sua identidade não será revelada em quaisquer relatórios ou publicações resultantes deste estudo.
5. Todas as pessoas ou entidades com acesso aos seus dados pessoais estão sujeitas a sigilo profissional.

6. Ao dar o seu consentimento para participar no estudo autoriza o promotor ou empresas de monitorização de estudos/estudos especificamente contratadas para o efeito e seus colaboradores e/ou autoridades de saúde, a aceder aos dados constantes, para conferir a informação recolhida e registada pelos investigadores, designadamente para assegurar o rigor dos dados que lhe dizem respeito e para garantir que o estudo se encontra a ser desenvolvido corretamente e que os dados obtidos são fiáveis.
7. Nos termos da lei, tem o direito de solicitar o acesso aos dados que lhe digam respeito, bem como de solicitar a retificação dos seus dados de identificação.
8. Tem ainda o direito de retirar este consentimento em qualquer altura através da notificação ao investigador, o que implicará que deixe de participar no estudo/estudo. No entanto, os dados recolhidos ou criados como parte do estudo até essa altura que não o(a) identifiquem poderão continuar a ser utilizados para o propósito de estudo, nomeadamente para manter a integridade científica do estudo.
9. Se não der o seu consentimento, assinando este documento, não poderá participar neste estudo. Se o consentimento agora prestado não for retirado e até que o faça, este será válido e manter-se-á em vigor.

10. COMPENSAÇÃO DO PARTICIPANTE

Este estudo é da iniciativa do investigador e, por isso, se solicita a sua participação sem uma compensação financeira para a sua execução, tal como também acontece com os investigadores e o Centro de Estudo.

11. COMPENSAÇÃO DO CENTRO DE ESTUDO / INVESTIGADOR

O Centro de Estudo não receberá uma compensação financeira pela realização do estudo. Os Investigadores não receberão uma compensação financeira pelo seu trabalho na realização do estudo.

12. CONTACTOS

Se tiver perguntas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, deve contactar:

[redacted]

e-mail: [redacted]

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

(Isabel Margarida Carvalho de Melo

[redacted]

Telefone: [redacted])

NÃO ASSINE ESTE FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO A MENOS QUE TENHA TIDO A OPORTUNIDADE DE PERGUNTAR E TER RECEBIDO RESPOSTAS SATISFATÓRIAS A TODAS AS SUAS PERGUNTAS.

CONSENTIMENTO INFORMADO

De acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas atualizações:

1. Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária participar neste estudo.
2. Fui devidamente informado(a) da natureza, objetivos, riscos, duração provável do estudo, bem como do que é esperado da minha parte.
3. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas. Durante o estudo e sempre que quiser, posso receber informação sobre o seu desenvolvimento.
4. Aceito que utilizem a informação no estrito respeito e anonimato. Os meus dados serão mantidos estritamente confidenciais. Autorizo a consulta dos meus dados apenas por pessoas designadas pelo promotor e por representantes das autoridades reguladoras.
5. Aceito seguir todas as instruções que me forem dadas durante o estudo.
6. Autorizo o uso dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos e, em particular, aceito que esses resultados sejam divulgados às autoridades sanitárias competentes.
7. Aceito que os dados gerados durante o estudo sejam informatizados pelo promotor ou outrem por si designado.

8. Tenho conhecimento que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão.
9. Fui informado que o estudo pode ser interrompido por decisão do investigador, do promotor ou das autoridades reguladoras.

Nome do Participante_____

Assinatura : _____ ***Data:***_____/_____/____

Nome de Testemunha(s)
Representante(s)Legal(is):_____
_____
_____

Assinatura: _____ ***Data:***_____/_____/____

Assinatura: _____ ***Data:***_____/_____/____

Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, os objetivos e os potenciais riscos do estudo acima mencionado.

Nome do Investigador:_____

Assinatura: _____ ***Data:***_____/_____/____

APÊNDICES

APÊNDICE I - Síntese dos resultados

Estudo	Objetivo	Tipo de estudo	Amostra	Instrumento de colheita de dados	Resultados
1	Comparar a adesão ao protocolo da LVSC da OMS, 2 anos após a sua implementação nas salas cirúrgicas do Hospital Universitário de Basileia;	Estudo prospetivo observacional, de método misto;	11 profissionais de bloco operatório; 54,5% cirurgiões/ anestesistas; 45,5% enfermeiros;	Entrevistas individuais estruturadas perguntas abertas; Observações não participante;	**Fatores favoráveis a adesão:** Individuais: atitude pessoal e recetividade; Processuais: regularidade da aplicação da LVSC; segurança dos procedimentos; sintonia/foco da equipa no momento da realização da LVSC; Contextuais: promoção de um ambiente laboral tranquilo; cooperação da equipa (incluindo dos peritos); **Fatores que dificultam a adesão:** Individuais: atitudes negativas, insegurança e resistência; Processuais: interrupções no fluxo de informação, falta de trabalho em equipa e esforço envolvido na sua execução; Contextuais: condições e ambiente de trabalho (distrações, interrupções, pressão tempo);
2	Avaliar o clima de segurança numa sala de operações antes e depois de uma intervenção, utilizando uma versão alterada da LVSC da OMS para melhorar o trabalho em equipa;	Estudo prospetivo de intervenção de método quantitativo;	74 profissionais de bloco operatório; 20% cirurgiões 11% anestesistas 69% enfermeiros	Observação pré e pós intervenção; Questionário de atitudes de segurança (pré e pós intervenção);	**Fatores favoráveis segurança operatória:** - Usar LVSC (50 participantes de todas profissões); - Foco da equipa (referido por todas as profissões); - Comunicação (referido por todas as profissões); - Trabalho em equipa (88 participantes); **Fatores que dificultam segurança operatória:** - Ruido; - Interrupções; - Nº inadequado profissionais; - Gestão; **Sugestões** - Limitar nº pessoas na sala; **-** Educação/aprendizagem com os erros;
3	Avaliar a perceção dos membros da equipa cirúrgica sobre a	Estudo quantitativo;	1852 profissionais de bloco operatório;	Questionário;	**Perceção sobre a Implementação da LVSC** Contextual (prontidão - 83.3%respostas positivas) - 74.3% concorda com o uso LVSC;

	implementação de LVSC cirúrgica quanto à prontidão, trabalho em equipa, adesão e consequências da prática cirúrgica segura em 38 hospitais da Carolina do Sul;		39,7% cirurgiões; 6,6% anestesistas; 43,1% enfermeiros; 10,6% outros;		- 70.3% concorda com mudanças que melhoram a segurança dos doentes; <u>Interpessoal (trabalho em equipa - 75.1% respostas positivas)</u> - 68.1% melhorar comunicação; <u>Prática (adesão - 59.7% respostas positivas)</u> - 84.3% apresenta-se durante a realização LVSC; <u>Consequências (outros itens)</u> - 92,8% concorda com o uso LVSC; - 43.8% sente a pressão de tempo;
4	Avaliar como a LVSC da OMS foi implementada nos hospitais da Inglaterra; identificar barreiras e facilitadores para a implementação; e extrair conhecimentos para a implementação de iniciativas de melhoria em cirurgia/cuidados de saúde;	Estudo qualitativo;	119 profissionais de bloco operatório; 31% cirurgiões; 26% anestesistas; 35% enfermeiros; 8% radiologistas;	Entrevistas semiestruturadas;	**Fatores que dificultam a implementação LVSC** <u>Fatores organizacionais</u> - 24% abordagem de implementação; - 24% falta de cultura de mudança; <u>Fatores Sistema</u> - 29% perda de tempo; - 25% repetição de trabalho; <u>Fatores equipa</u> - 51% resistência e não conformidade; <u>Fatores específicos LVSC</u> - 34% problemas design; **Fatores que facilitam a implementação LVSC** <u>Fatores organizacionais</u> - 34% educação/formação; - 30% feedback; - 15% responsabilização pelo não cumprimento; - 8% apoio dos gestores; <u>Fatores Sistema</u> - 16% integração no processo existente; <u>Fatores equipa</u> - 23% adesão sénior clínico; - 22% capacidades liderança; - 15% envolvimento de toda a equipa; <u>Fatores específicos LVSC</u> - 56% modificação/adaptação;

APÊNDICE II - Questionário de colheita de dados

Questionário

Isabel Margarida Carvalho de Melo, enfermeira, a frequentar o X Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, encontro-me a realizar um trabalho de investigação sobre adesão dos profissionais de saúde à utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, para o qual peço a sua colaboração através do preenchimento deste questionário.

Este estudo obedece às diretivas legais da proteção de dados bem como aos preceitos éticos-legais institucionais onde é implementado.

Este questionário é constituído por três partes e demora sensivelmente 10 minutos a ser preenchido. A primeira parte é relativa à caracterização sociodemográfica/profissional; a segunda parte avalia o contributo da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica para a segurança do doente e a terceira e última parte compreende 3 questões abertas.

A sua colaboração é essencial, mas voluntária. Este é **absolutamente anónimo** e **confidencial**. Não existem respostas corretas ou incorretas, por isso deverá responder de acordo com a sua realidade. Peço que responda de forma atenta e sincera.

Agradeço a sua colaboração.

1ª Parte- Questionário de caracterização sociodemográfica/profissional

1. Sexo:

Masculino ☐

Feminino ☐

2. Habilitações Académicas:

Licenciatura ☐

Mestrado ☐

Doutoramento ☐

3. Categoria Profissional:

Anestesista ☐

Cirurgião ☐

Enfermeiro ☐

Enfermeiro Especialista ☐

4. Idade: _____anos.

5. Tempo total de exercício profissional: _____anos.

6. Tempo total de exercício profissional no serviço de bloco operatório: _____anos.

2ª Parte- Questionário de avaliação do contributo da LVSC para a segurança do doente

Contributo da LVSC para a segurança do doente Indique por favor, o grau de concordância com cada uma das seguintes afirmações	Discordo Totalmente	Discordo Fortemente	Discordo Ligeiramente	Não concordo nem discordo	Concordo Ligeiramente	Concordo Fortemente	Concordo Totalmente
1. A introdução da LVSC contribui para a segurança do doente.							
2. Todos os profissionais da equipa do BO reconhecem o contributo da LVSC para a segurança do doente.							
3. A aplicação da LVSC evita erros e esquecimentos importantes para a segurança do doente.							
4. Existem dificuldades inerentes à aplicação da LVSC.							
5. Os itens que constam da LVSC são adequados, no sentido de garantir a segurança do doente							
6. Deveriam ser introduzidas mudanças nos itens incluídos na LVSC, no sentido de garantir maior segurança para o doente.							
7. A introdução da LVSC promove a comunicação em equipa.							
8. A introdução da LVSC promove a comunicação com o doente.							
9. A introdução da LVSC promove o trabalho em equipa.							
10. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco de operar o doente errado.							
11. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco de operar o local errado.							
12. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco de realizar o procedimento errado.							
13. A introdução da LVSC contribui para que não haja esquecimentos na obtenção do consentimento informado livre e esclarecido do doente, para o procedimento cirúrgico/anestésico.							
14. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco de complicações associadas a atos anestésicos.							
15. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco de reações alérgicas.							
16. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco associado a perdas hemáticas.							
17. A introdução da LVSC contribui para que os elementos da equipa se identifiquem, no que se refere ao nome e função.							
18. A introdução da LVSC contribui para que a equipa partilhe entre si informação crítica para a segurança do doente.							
19. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco de infeção do local cirúrgico.							
20. A introdução da LVSC contribui para que os exames imagiológicos essenciais estejam disponíveis.							

21. A introdução da LVSC contribui para a identificação do procedimento cirúrgico realizado.							
22. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco de retenção inadvertida de instrumentos, agulhas e compressas.							
23. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco associado ao mau acondicionamento e identificação das amostras cirúrgicas.							
24. A introdução da LVSC contribui para a identificação de problemas com equipamentos que surgiram no período intraoperatório.							
25. A introdução da LVSC promove a continuidade dos cuidados.							
26. Se fosse intervencionado gostaria que utilizassem a LVSC, como forma de reduzir riscos inerentes ao processo.							

3ª Parte – Questões Abertas

1- Na sua opinião quais são os fatores dificultadores da utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica?

2- Na sua opinião quais são os fatores facilitadores da utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica?

3- Enumere algumas sugestões de estratégias de melhoria para a utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica.

APÊNDICE III – Programa formativo

Panfleto

NÃO FIQUES DE FORA...

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

No âmbito do X Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirurgica

Isabel Melo

CIRURGIA SEGURA SALVA VIDAS

A Lista de verificação de Segurança cirúrgica foi concebida para:

- Reforçar práticas de segurança
- Promover a comunicação
- Melhorar o trabalho da equipa multidisciplinar

- > a segurança cirúrgica
- < mortes e complicações cirúrgicas evitáveis

10 objetivos

1.Operar o doente certo, no local certo;

2.Evitar danos decorrentes da administração de anestésicos, protegendo o doente da dor;

3.Identificar e estar efetivamente preparado para atuar perante sinais e sintomas de risco de vida ou de falência respiratória;

4.Identificar os sinais/sintomas e estar efetivamente preparado para atuar face ao risco de elevada perda de sangue;

5.Evitar a indução de uma reação alérgica ou reações adversas a medicamentos relativamente aos quais existe risco significativo para aquele doente;

6.Utilizar sistematicamente métodos conhecidos para minimizar o risco de infeção do local cirúrgico;

7.Impedir a retenção inadvertida de instrumentos ou compressas em feridas cirúrgicas;

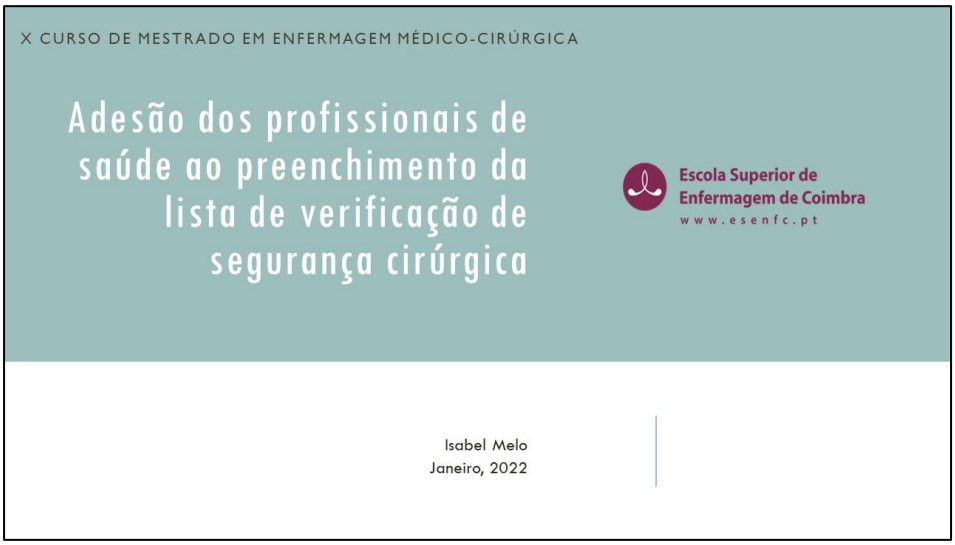
8.Acondicionar e identificar com precisão todas as amostras cirúrgicas;

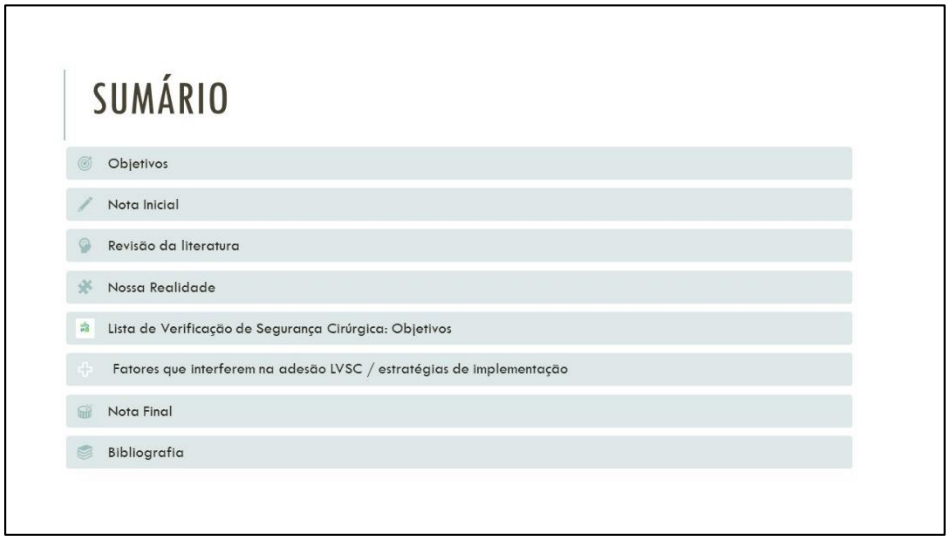
9.Comunicar de forma eficaz e partilhar informação crítica que contribua para o aumento de segurança nos procedimentos cirúrgicos;

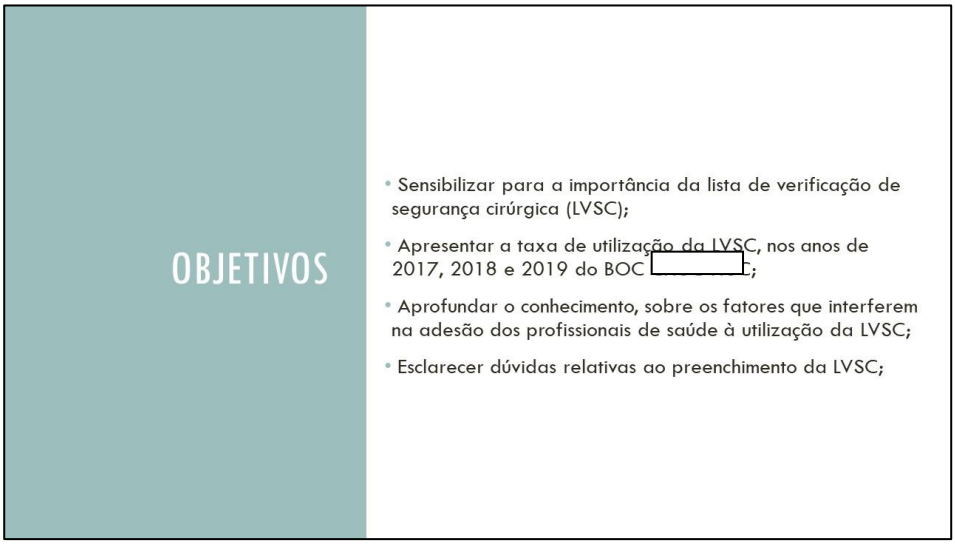
10.Estabelecer vigilância epidemiológica de rotina que permita monitorizar a capacidade cirúrgica, o volume e os resultados.

OMS, 2009

Sessão de Formação







NOTA INICIAL

A **segurança do doente** e a prevenção de erros e efeitos adversos associados aos cuidados de saúde são primordiais para melhorar a qualidade dos mesmos;

Um décimo de doentes na Europa **experimenta danos evitáveis** , causando sofrimento e perda para o doente, famílias e prestadores de serviços de saúde, causando um alto custo financeiro aos sistemas de saúde;

O **bloco operatório** inclui alta tecnologia, complexidade e enorme especialização que quando combinados com a natureza humana podem resultar em **eventos adversos;**

A **segurança** é uma dimensão da **cultura da qualidade,** exigindo amplo compromisso da organização e da comunidade (OMS, 2019);

NOTA INICIAL

OMS (2008) - Pretende melhorar a segurança cirúrgica, através da definição de um conjunto normalizado de procedimentos de padrões de segurança que podem ser aplicados em qualquer contexto através da iniciativa —*Safe Surgery Saves Lives*;

DGS (2009) - Aderiu ao desafio designando-o por Cirurgia Segura Salva Vidas, adotando a LVSC;

Norma 02/2013 de 12 de fevereiro da DGS;

Atualizada em 25 de junho de 2013 vem determinar a obrigatoriedade da implementação do projeto —Cirurgia Segura, Salva Vidas por todos os BO do SNS;

A **LVSC** TEM COMO OBJETIVO GARANTIR A SEGURANÇA CIRÚRGICA ASSEGURANDO QUE ELEMENTOS- CHAVE DE SEGURANÇA SEJAM INCORPORADOS DENTRO DA SALA OPERATÓRIA

REVISÃO LITERATURA

Apesar do uso da LVSC aumentar a segurança do doente, a sua adesão continua a ser um desafio para profissionais e organizações, a sua utilização diária **apresenta lacunas;**

Papadakis, Meiwandi, & Grzybowski, 2019

Ainda há ceticismo em relação ao uso da LVSC e os seus efeitos foram interrogados;

Urbach, Dimick, Haynes, & Gawande, 2019

A eficácia da LVSC da OMS depende não só da implementação mas também das atitudes de segurança dos membros da equipa ;

Neuhaus, Spies, Wilk, Weigand, & Lichtenstern, 2017

vários estudos também relatam que **poucos itens da lista são realmente concluídos;**

Fourcade, Blache, Grenier, Bourgain, & Minvielle, 2012;Kasatpibal et al., 2012; Levy et al., 2012

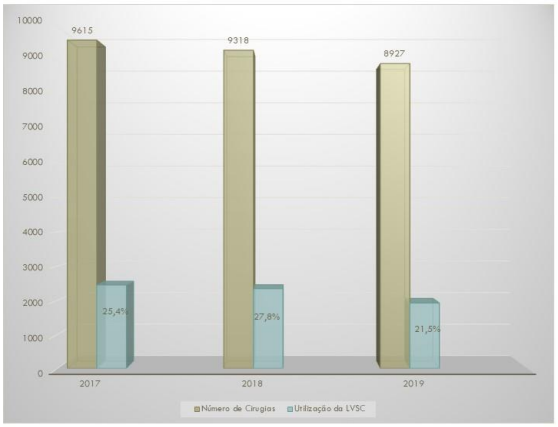
Continuamos a debater a eficácia desta ferramenta;

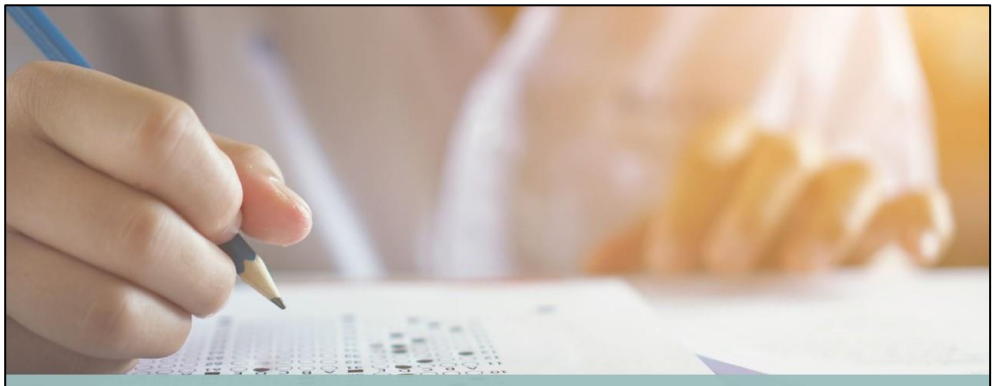
Abbott et al., 2018

Existe evidência de **que não há uma cuidadosa atenção à estratégia de implementação;**

Pugel, Simianu, Flum, & Patchen Dellinger, 2015

TAXA DE UTILIZAÇÃO DA LVSC





LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

Objetivos

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

Tem três períodos de pausa/confirmação:

- SIGN IN – período antes da indução anestésica;
- TIME OUT – período antes da incisão cirúrgica;
- SIGN OUT – período antes do doente sair da sala de operações;

10 OBJETIVOS LVSC

1. A EQUIPA VAI OPERAR O DOENTE CERTO NO LOCAL CORRETO;

Verificação, no acolhimento do doente e a qualquer momento na sala operatória:

- **identidade** (orientação da DGS 018/2011 (mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde);
- **tipo de procedimento** previsto;
- **local da cirurgia** (deve estar marcado com marcador permanente e de forma inequívoca, com um seta se envolver lateralidade ou múltiplas estruturas;

- **consentimento** para a cirurgia;

OMS, 2009

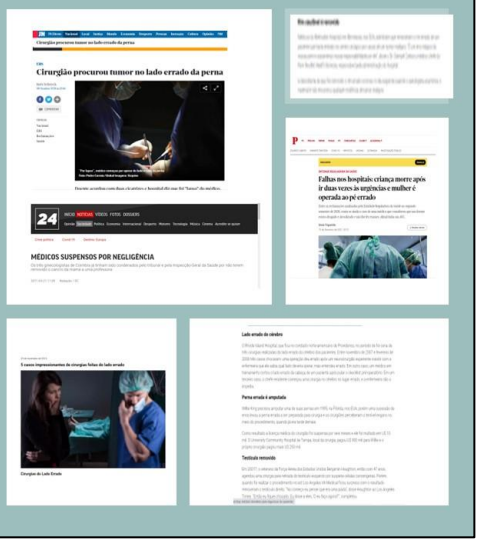
Eventos Adversos

A OMS baseada em dados de 56 países membros estimou que anualmente, no mundo, ocorrem 234,2 milhões de cirurgias (uma em cada 25 indivíduos), resultando em dois milhões de óbitos e sete milhões de complicações, metade foi considerada evitável.
Weiser et al. (2015)

Vários estudos relatam que aproximadamente 50% dos eventos adversos cirúrgicos podem ser evitáveis.
Gawande (1999)

Estima-se que as cirurgias em local errado e no doente errado equivalem a 1.500-2.500 incidentes ano.
OMS (2008)

Cirurgias em locais errados podem ocorrer mais facilmente em procedimentos que apresentem lateralidade (ex. Ortopedia).
OMS (2008)



10 OBJETIVOS LVSC

2. A EQUIPA VAI USAR MÉTODOS JÁ CONHECIDOS PARA EVITAR DANOS DECORRENTES DA ADMINISTRAÇÃO DE ANESTÉSICOS, PROTEGENDO O DOENTE DA DOR;

Altamente recomendado

- Presença contínua de um anestesista;
- Monitorização da oximetria de pulso;
- Oxigenação suplementar a todos os doentes submetidos a anestesia geral;
- Monitorização da ventilação;
- Monitorização frequência cardíaca;
- Mensuração da temperatura corporal deve estar disponível;
- A profundidade anestésica deve ser avaliada regularmente;

OMS, 2009

10 OBJETIVOS LVSC

3. A EQUIPA VAI IDENTIFICAR E ESTAR EFETIVAMENTE PREPARADA PARA ATUAR PERANTE SINAIS E SINTOMAS DE RISCO DE VIDA OU DE **FALÊNCIA RESPIRATÓRIA;**

Altamente recomendado

- Todos os doentes devem passar por uma avaliação objetiva das vias aéreas;
- Doentes submetidos a cirurgia eletiva devem estar em jejum;
- Após a intubação deve ser sempre confirmado o posicionamento do tubo endotraqueal;
- O anestesista deve ter uma estratégia planeada mesmo se a perda de via aérea não for previsível;
- Se houver suspeita de via aérea difícil
  - deve existir assistência imediata durante indução e um plano de reserva claramente identificado;
  - devem ser considerados métodos alternativos de anestesia como anestesia regional ou intubação com o doente consciente;
- O anestesista deve manter as sua técnicas de manutenção da via aérea e estar familiarizado e competente nas múltiplas estratégias para lidar com vias aéreas difíceis;

OMS, 2009

10 OBJETIVOS LVSC

4. A EQUIPA VAI IDENTIFICAR OS SINAIS/SINTOMAS E ESTAR EFETIVAMENTE PREPARADA PARA ATUAR FACE AO **RISCO DE ELEVADA PERDA DE SANGUE;**

Altamente recomendado

- Antes da indução anestésica deve ser considerada a possibilidade de ocorrência de grandes volumes de perdas sanguíneas >500ml;
- Assegurar acesso endovenoso apropriado;
- Confirmar a disponibilidade de hemoderivados e a existência de reserva de sangue;

OMS, 2009

10 OBJETIVOS LVSC

5. A EQUIPA VAI EVITAR A INDUÇÃO DE UMA **REAÇÃO ALÉRGICA** OU REAÇÕES ADVERSAS A MEDICAMENTOS RELATIVAMENTE AOS QUAIS EXISTE RISCO SIGNIFICATIVO PARA AQUELE DOENTE;

Altamente recomendado

- Perceber se o doente tem história previa de alergias ou outras reações de hipersensibilidade;

Os medicamentos devem ser:

- identificados/etiquetados apropriadamente;
- confirmados e novamente verificados antes da administração;

- Antes de qualquer medicamento ser administrado, deve existir uma comunicação explícita para assegurar que ambos compartilham dos conhecimentos sobre as indicações, potenciais contraindicações e qualquer outra informação relevante.

OMS, 2009

10 OBJETIVOS LVSC

6. A EQUIPA VAI UTILIZAR SISTEMATICAMENTE MÉTODOS CONHECIDOS PARA MINIMIZAR **O RISCO DE INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO**;

Altamente recomendado

- Antes da incisão cirúrgica, confirmar que antimicrobianos profiláticos foram administrados nos últimos 60 minutos.
- Antes da indução anestésica, a **equipa de enfermagem** responsável pela preparação dos materiais cirúrgicos deve confirmar a esterilidade dos mesmos, pela avaliação dos indicadores de esterilidade;
- Pêlos não devem ser removidos a não ser que interfiram na cirurgia. Se for removido, ele deve ser tricotomizado menos de duas horas antes da cirurgia;
- Medidas para manter normotermia central devem ser tomadas ao longo do período perioperatório;
- A pele deve ser preparada com um agente antiséptico adequado antes da cirurgia;
- A antissepsia cirúrgica das mãos deve ser assegurada;
- A equipa cirúrgica deve cobrir os cabelos, usar toucas e luvas estéreis durante a cirurgia.

OMS, 2009

10 OBJETIVOS LVSC

7. A EQUIPA VAI IMPEDIR A **RETENÇÃO INADVERTIDA** DE INSTRUMENTOS OU COMPRESSAS EM FERIDAS CIRÚRGICAS;

Altamente recomendado

- Uma contagem completa das compressas, agulhas, instrumentais e itens deve ser realizada quando as cavidades peritoneal, retroperitoneal, pélvica ou torácica são penetradas pelo menos no inicio e final da cirurgia;
- O cirurgião deve realizar uma exploração metódica da ferida antes de encerrar qualquer cavidade anatômica ou leito cirúrgico;
- As contagens devem ser registradas com os nomes e posições do pessoal que realiza as contagens e com uma declaração clara se a contagem final foi correta. Os resultados desta contagem devem ser claramente comunicado ao cirurgião.

OMS, 2009

10 OBJETIVOS LVSC

8. A EQUIPA VAI ACONDICIONAR E IDENTIFICAR COM PRECISÃO TODAS AS **AMOSTRAS CIRÚRGICAS;**

Altamente recomendado

- A equipa deve confirmar que todos os espécimes cirúrgicos são corretamente identificados/etiquetados;
- Um membro da equipa deve ler em voz alta a etiqueta/identificação do espécime e outro que confirme verbalmente a concordância;

OMS, 2009

10 OBJETIVOS LVSC

9. A EQUIPA VAI **COMUNICAR** DE FORMA EFICAZ E PARTILHAR INFORMAÇÃO CRÍTICA QUE CONTRIBUA PARA O AUMENTO DE SEGURANÇA NOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS;

Altamente recomendado

- Antes da incisão cirúrgica, o **cirurgião** deve assegurar que os membros da equipa, estejam conscientes:
  - Etapas críticas do procedimento a ser realizado;
  - Riscos de perda sanguínea extensa;
  - Qualquer equipamento especial necessário;
  - Qualquer desvio provável da prática rotineira;
- Os profissionais da **equipa de enfermagem** devem informar os membros da equipa sobre:
  - Quaisquer preocupações críticas de segurança;
  - Falta de disponibilidade ou preparação de qualquer equipamento especial;
- Os **anestesistas** devem informar a equipa sobre
  - Quaisquer preocupações críticas de segurança, particularmente sobre qualquer dificuldade na preparação para ressuscitação após perda sanguínea maciça ou diante de comorbidades do doente que adicionem risco à anestesia.

OMS, 2009

10 OBJETIVOS LVSC

10. ESTABELECER **VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA** DE ROTINA QUE PERMITA MONITORIZAR A CAPACIDADE CIRÚRGICA, O VOLUME E OS RESULTADOS.

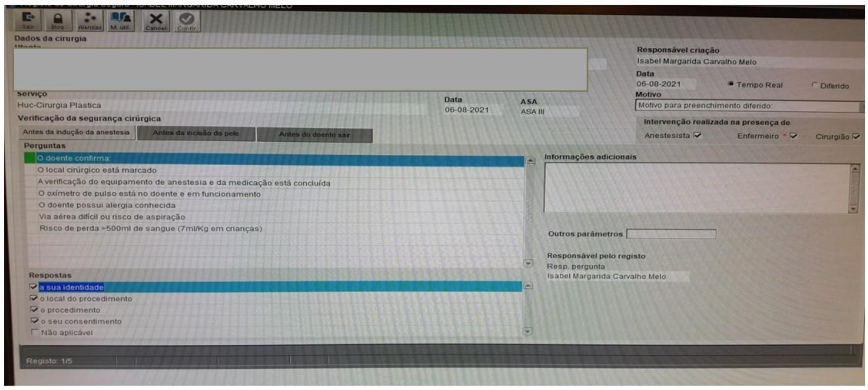
Altamente recomendado

Para vigilância cirúrgica em nível hospitalar e médico, os dados seguintes devem ser colhidos:

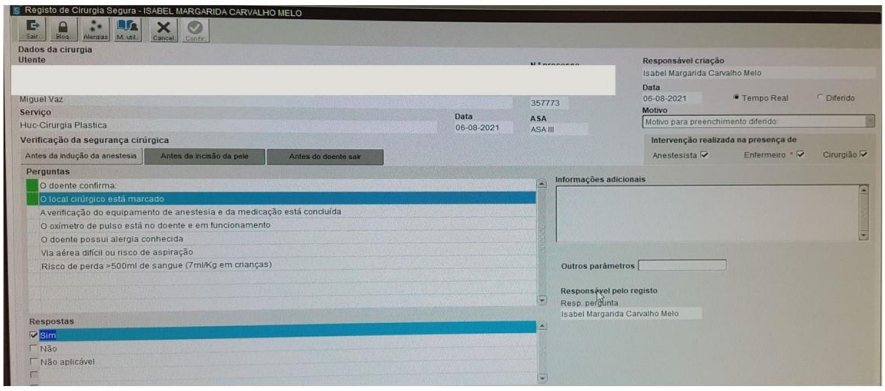
- Taxa de mortalidade no dia da cirurgia;
- Taxa de mortalidade pós-operatória em doentes internados;
- Taxa de infeção do local cirúrgico;
- Classificação do Apgar Cirúrgico;

OMS, 2009

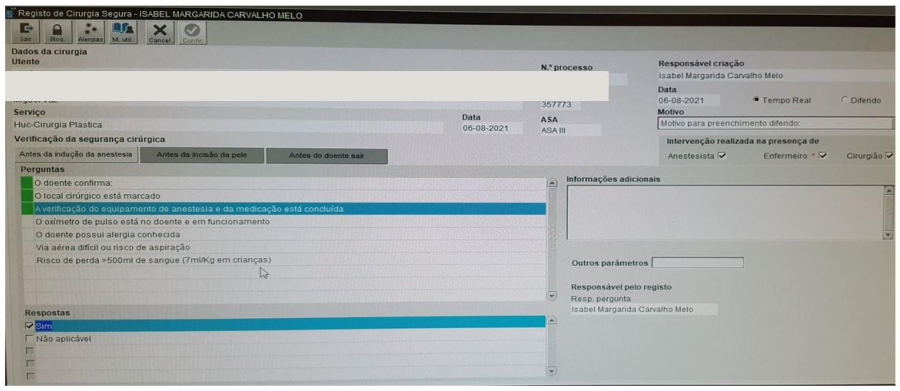
SIGN IN – PERÍODO ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA;



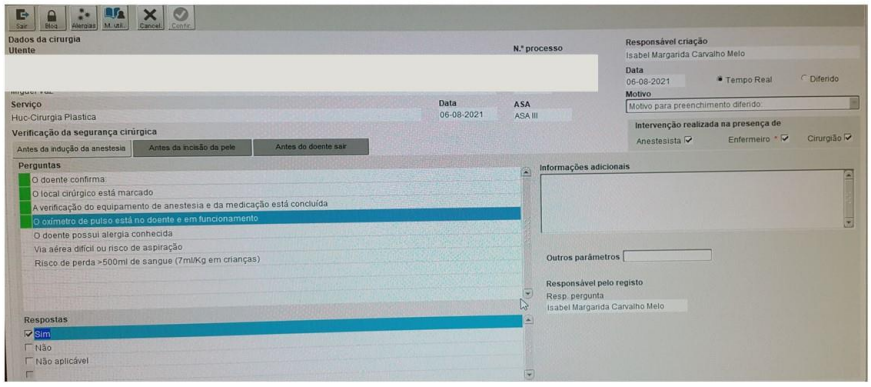
SIGN IN – PERÍODO ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA;



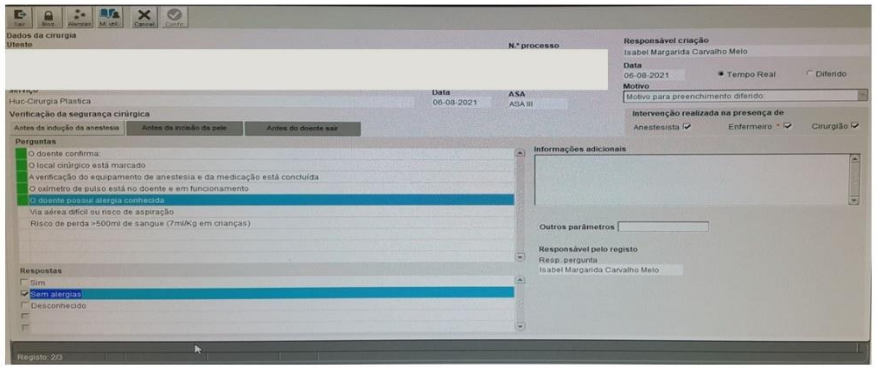
SIGN IN – PERÍODO ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA;



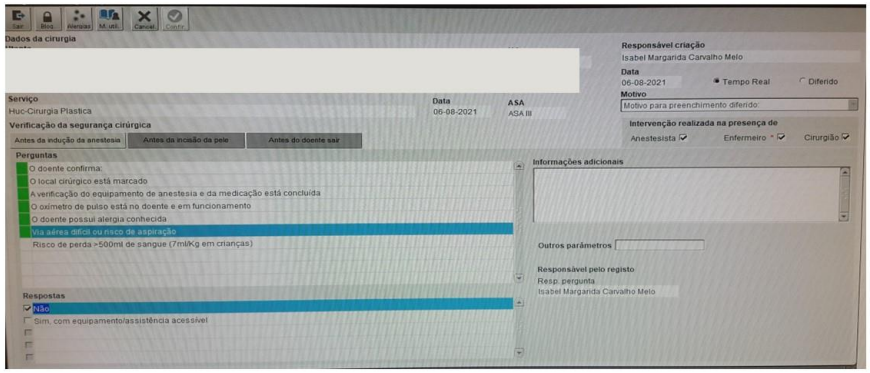
SIGN IN – PERÍODO ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA;



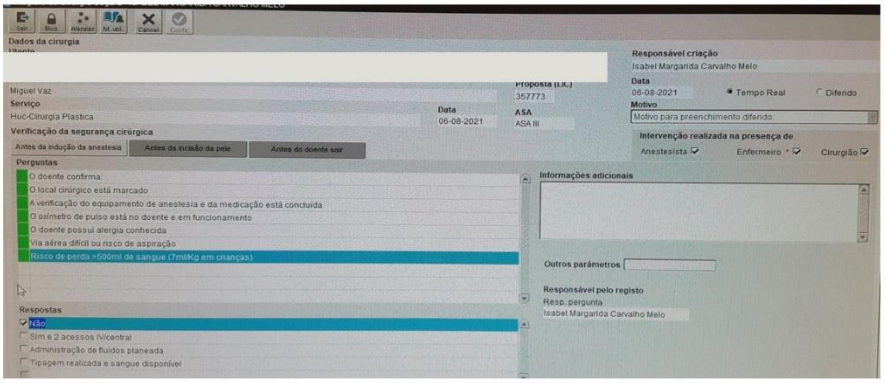
SIGN IN – PERÍODO ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA;



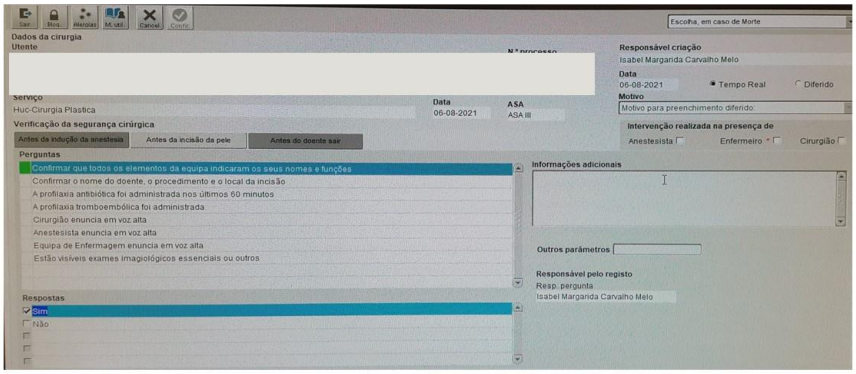
SIGN IN – PERÍODO ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA;



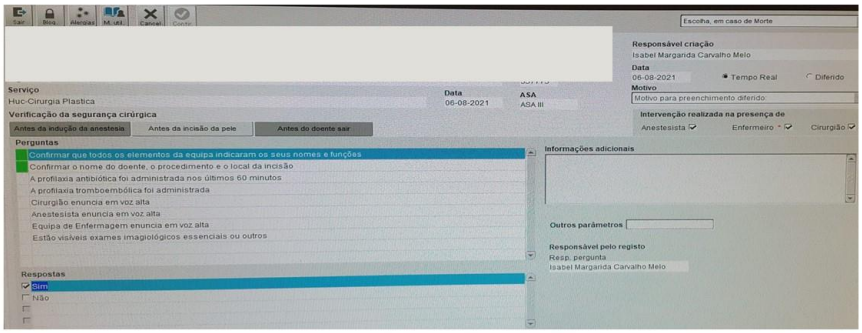
SIGN IN – PERÍODO ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA;



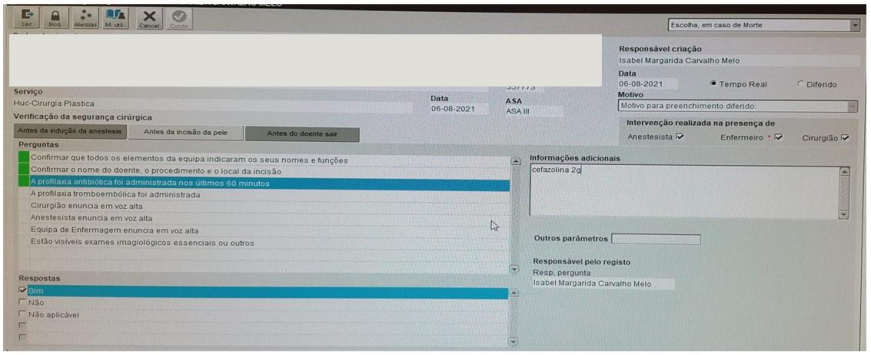
TIME OUT – PERÍODO ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA;



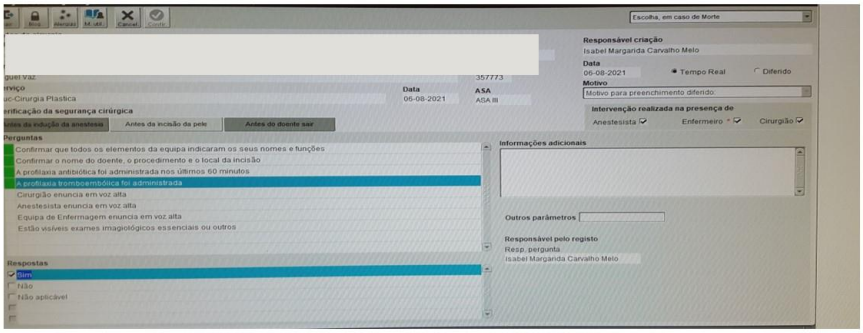
TIME OUT – PERÍODO ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA;



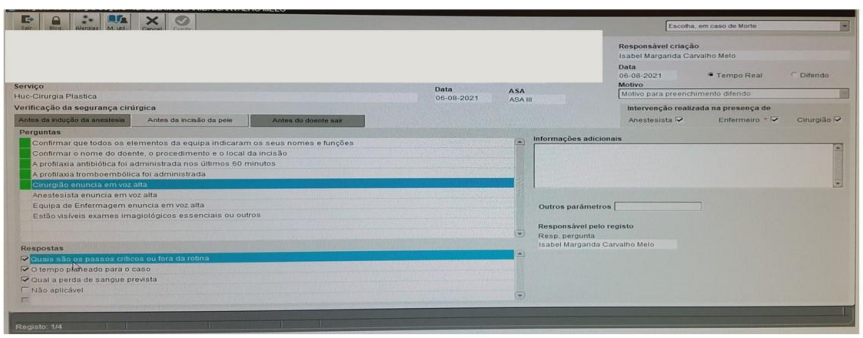
TIME OUT – ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA;



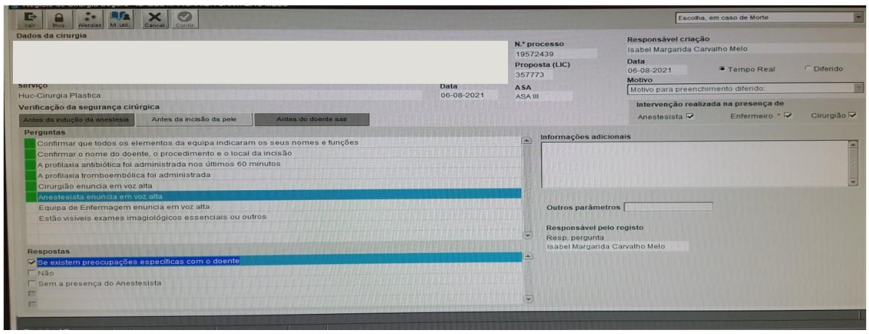
TIME OUT – PERÍODO ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA;



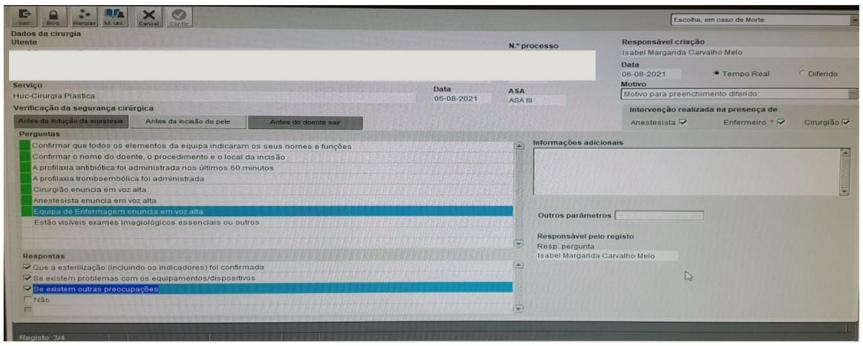
TIME OUT – PERÍODO ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA;



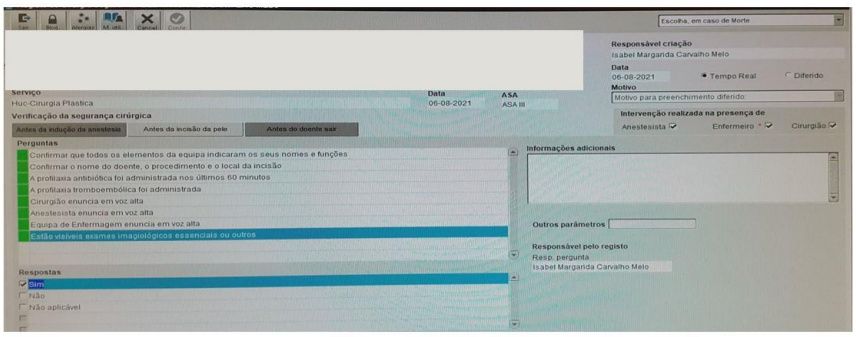
TIME OUT – PERÍODO ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA;



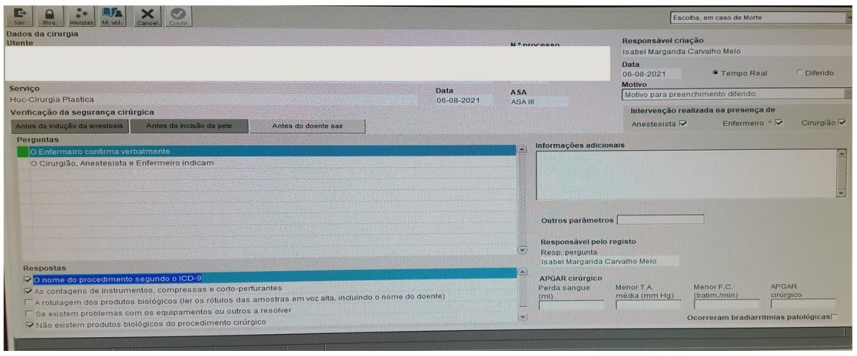
TIME OUT – PERÍODO ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA;



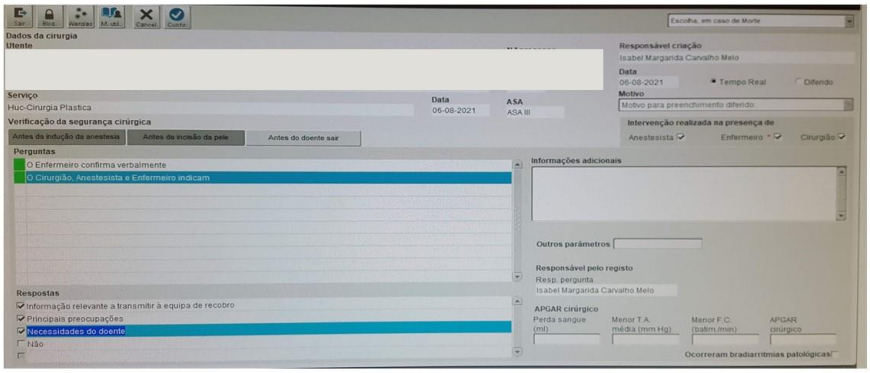
TIME OUT – PERÍODO ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA;



SIGN OUT – PERÍODO ANTES DO DOENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES;



SIGN OUT – PERÍODO ANTES DO DOENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES;



Fatores que **dificultam** o processo de implementação LVSC :

Fatores organizacionais
1. Problemas informáticos (n=18)
2. Fraca cultura de segurança (n=6)
3. Falta de formação (n=4)
Fatores contexto
1. Falta de tempo (n=15)
2. Pressão (n=7)
3. Doente não estar inserido no sistema informático (n=6)
4. Situações urgentes e emergentes (n=6)
5. Ambiente sala operatória (n=1)
Fatores de Equipa
1. Falta de comunicação (n=10)
2. Falta de trabalho em equipa (n=9)
3. Não está definido o responsável pelo preenchimento da LVSC (n=3)
Fatores Individuais
1. Importância atribuída à LVSC (n=19)
2. Dificuldade na adesão (n=11)
3. Resistência a mudança (n=5)
Fatores Específicos LVSC
1. Modificação/adaptação LVSC (n=4)

Fatores que **facilitam** o processo de implementação LVSC :

Fatores organizacionais

1. Cultura de Segurança (n=16)
2. Formação (n=6)
3. Obrigatoriedade (n=5)
4. Sistema informáticos (n=3)
5. Gestão Adequada (n=3)
6. Auditorias (n=1)

Fatores contexto

1. Existência de rotina (n=5)
2. Mais Tempo (n=4)

Fatores de Equipa

1. Trabalho em equipa (n=17)
2. Definir o responsável para o preenchimento da LVSC (n=8)
3. Comunicação (n=4)

Fatores Individuais

1. Importância atribuída à LVSC (n=9)

Fatores Específicos LVSC

1. Design da LVSC (n=19)

Sugestões de **estratégias** de melhoria para implementação LVSC :

Fatores organizacionais

1. Formação (n=30)
2. Obrigatoriedade (n=8)
3. Auditorias (n=4)
4. Incentivos (n=3)

Fatores contexto

1. Responsabilização (n=12)
2. Doente inserido no sistema informático (n=6)
3. Tempo (n=4)
4. Rotina (n=3)

Fatores de Equipa

1. Trabalho em equipa (n=7)
2. Comunicação (n=2)

Fatores Específicos LVSC

1. LVSC (n=8)

NOTA FINAL

A implementação da LVSC, contribui e influencia positivamente a segurança do doente cirúrgico
- favorece a eficácia do trabalho em equipa;
- reduz a incidência de eventos adversos;
- diminui a morbidade e mortalidade em cirurgia;

Uma intervenção diferenciada, no cuidar à pessoa em situação perioperatória, deve ter como base a melhor evidência científica.

A concretização deste projeto e a partilha levará certamente à adoção de estratégias de melhoria para aumento da utilização da LVSC.

Um reflexo positivo desta investigação, na prática clínica diária, será certamente o aumento da segurança do doente e da qualidade dos cuidados.

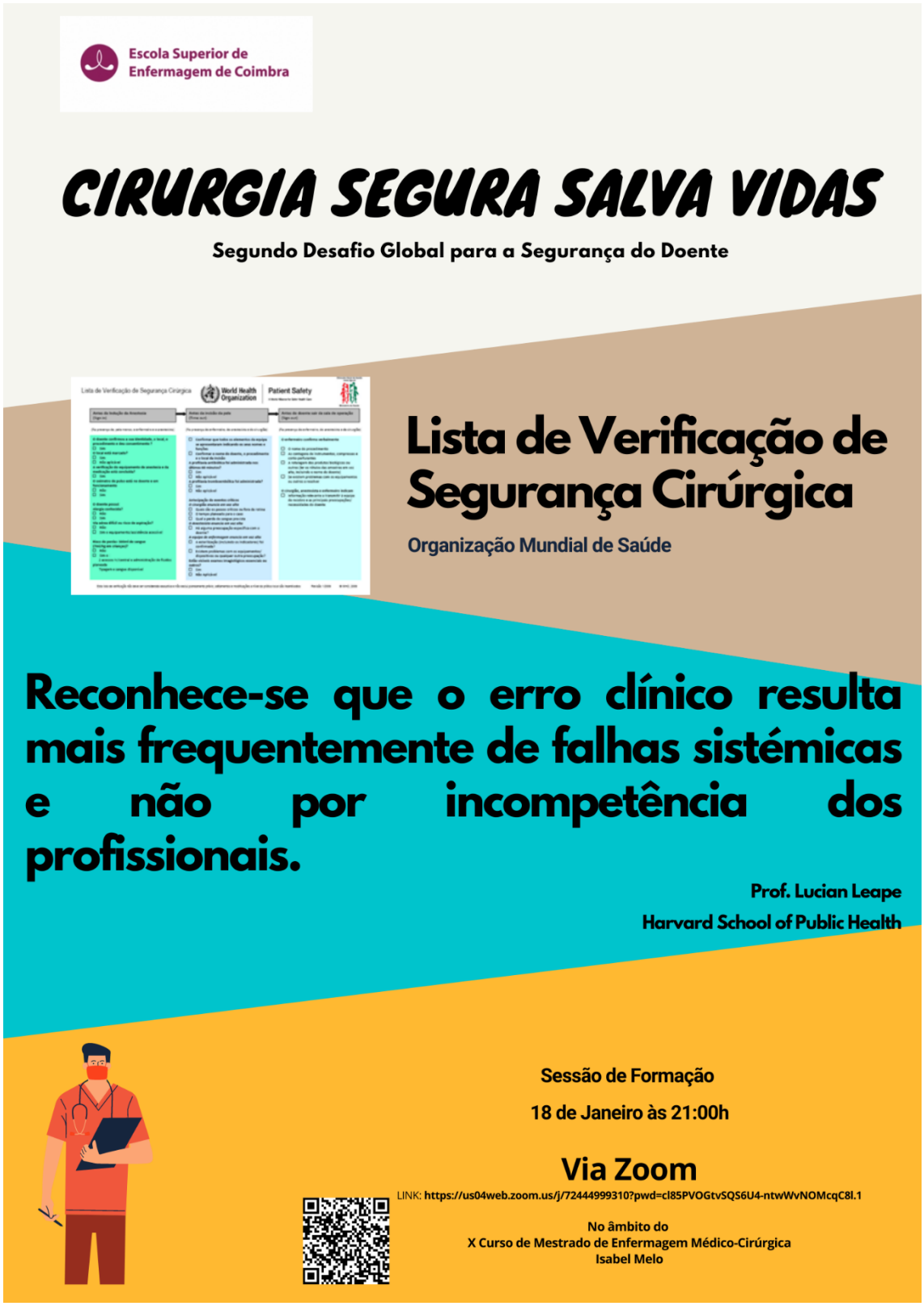
Se não medimos, não sabemos.
Se não sabemos, não mudamos.
Se não mudamos, não melhoramos!

REFLEXÃO…

BIBLIOGRAFIA

- Abbott, T. E. F., Ahmad, T., Phull, M. K., Fowler, A. J., Hewson, R., Biccard, B. M., … Wildes, T. (2018). The surgical safety checklist and patient outcomes after surgery: a prospective observational cohort study, systematic review and meta-analysis. *British Journal of Anaesthesia*, *120*(1), 146–155. https://doi.org/10.1016/j.bja.2017.08.002
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care* 1ª ed. New York: Oxford University Press, Inc.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, *260*(12), 1743–1748. https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*. Blackwell Publishing Inc. https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x
- Fourcade, A., Blache, J. L., Grenier, C., Bourgain, J. L., & Minvielle, E. (2012). Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. *BMJ Quality and Safety*, *21*(3), 191–197. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000094
- Kasatpibal, N., Senaratana, W., Chitreecheur, J., Chotirosniramit, N., Pakvipas, P., & Junthasopeepun, P. (2012). Implementation of the world health organization surgical safety checklist at a university hospital in Thailand. *Surgical Infections*, *13*(1), 50–56. https://doi.org/10.1089/sur.2011.043
- Levy, S. M., Senter, C. E., Hawkins, R. B., Zhao, J. Y., Doody, K., Kao, L. S., … Tsao, K. (2012). Implementing a surgical checklist: More than checking a box. *Surgery (United States)*, *152*(3), 331–336. https://doi.org/10.1016/j.surg.2012.05.034
- National Patient Safety Agency (2009) WHO surgical safety checklist: Supporting information Available from: www.nrls.npsa. uk/resources/?entryid45=59860
- Polit, D. & Beck, C. (2017). *Nursing research: Generation and assessing evidence for nursing practice*. 10ª ed. USA: Wolters Kluwer health | Lippincott williams & Wilkins.
- Urbach, D. R., Dimick, J. B., Haynes, A. B., & Gawande, A. A. (2019). Is WHO's surgical safety checklist being hyped? *The BMJ*, *366*. https://doi.org/10.1136/bmj.l4700

Pósteres


Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
CIRURGIA SEGURA SALVA VIDAS
Segundo Desafio Global para a Segurança do Doente
Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica
Organização Mundial de Saúde
Reconhece-se que o erro clínico resulta mais frequentemente de falhas sistémicas e não por incompetência dos profissionais.
Prof. Lucian Leape
Harvard School of Public Health
Sessão de Formação
18 de Janeiro às 21:00h
Via Zoom
LINK: https://us04web.zoom.us/j/72444999310?pwd=cl85PVOGtvSQS6U4-ntwWvNOMcqC8l.1
No âmbito do
X Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Isabel Melo

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

CIRURGIA SEGURA SALVA VIDAS

Segundo Desafio Global para a Segurança do Doente

Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

Organização Mundial de Saúde

- **Metade dos incidentes decorrentes da prestação de cuidados de saúde ocorre durante o ato cirúrgico;**
- **50% dos incidentes associadas à prática cirúrgica são evitáveis;**

OMS

Sessão de Formação

18 de Janeiro às 21:00h

Via Zoom

LINK: **https://us04web.zoom.us/j/72444999310?pwd=cl85PVOGtvSQS6U4-ntwWvNOMcqC8l.1**

No âmbito do
X Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Isabel Melo

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC)

Organização Mundial de Saúde

O uso da LVSC contribui para a melhoria da Segurança Cirúrgica

Vantagens

- Introduz elementos-chave de segurança na rotina operatória;
- Garante que uma sequência de ações é cumprida sem esquecimentos;
- Junta uma equipa em torno de um projeto;
- Aprender, no final, com os desvios eventualmente ocorridos;

Sessão de Formação

18 de Janeiro às 21:00h

Via Zoom

LINK: https://us04web.zoom.us/j/72444999310?pwd=cl85PVOGtvSQS6U4-ntwWvNOMcqC8l.1

No âmbito do
X Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Isabel Melo

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

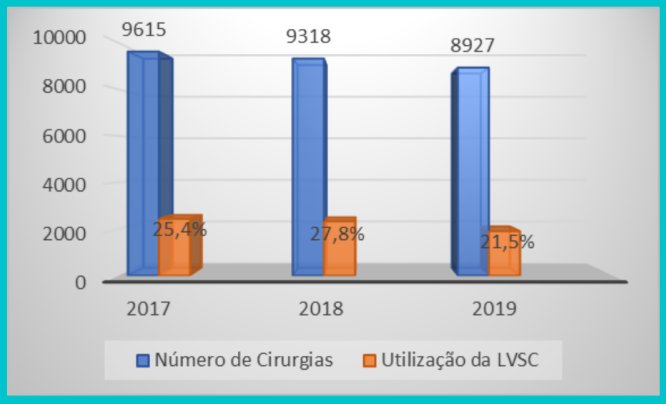
Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC)

Organização Mundial de Saúde

- **A taxa de conformidade da utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica é de aproximadamente 80% a nível Nacional;**
- **A taxa de registo de utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica é um indicador da segurança cirúrgica;**

DGS, 2015

Taxa de utilização da LVSC no BOC 2017-2019



Sessão de Formação

18 de Janeiro às 21:00h

Via Zoom

LINK: **https://us04web.zoom.us/j/72444999310?pwd=cl85PVOGtvSQS6U4-ntwWvNOMcqC8l.1**

No âmbito do
X Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Isabel Melo

Imagem dos Crachás e do logótipo

APÊNDICE IV - Cálculo do Alpha de Cronbach dos itens das dimensões do Questionário de Avaliação do Contributo da LVSC

Cálculo do Alpha de Cronbach dos itens da dimensão DL1 "Perceção geral da LVSC"

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	**N de itens**
0,83	10

Estatísticas de item-total

	Correlação de item total corrigida	**Alfa de Cronbach se o item for excluído**
L1. A introdução da LVSC contribui para a segurança do doente.	0,71	0,80
L2. Todos os profissionais da equipa do BO reconhecem o contributo da LVSC para a segurança do doente.	0,37	0,83
L3. A aplicação da LVSC evita erros e esquecimentos importantes para a segurança do doente.	0,65	0,80
L4r. Existem dificuldades inerentes à aplicação da LVSC.	0,06	0,85
L5. Os itens que constam da LVSC são adequados, no sentido de garantir a segurança do doente.	0,64	0,80
L6r. Deveriam ser introduzidas mudanças nos itens incluídos na LVSC, no sentido de garantir maior segurança do doente.	0,10	0,85
L.7. A introdução da LVSC promove a comunicação em equipa.	0,73	0,79
L8. A introdução da LVSC promove a comunicação com o doente.	0,67	0,79
L.9. A introdução da LVSC promove o trabalho em equipa.	0,69	0,79
L.26. Se fosse intervencionado gostaria que utilizassem a LVSC, como forma de reduzir riscos inerentes ao processo.	0,68	0,79

Cálculo do Alpha de Cronbach dos itens da dimensão DL2 "Antes da indução anestésica"

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	**N de itens**
0,93	7

	Correlação de item total corrigida	**Alfa de Cronbach se o item for excluído**
L.10. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco de operar o doente errado	0,81	0,91
L.11. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco de operar o local errado.	0,83	0,91
L.12. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco de realizar o procedimento errado.	0,85	0,91
L.13. A introdução da LVSC contribui para que não haja esquecimentos na obtenção do consentimento informado livre e esclarecido do doente, para o procedimento cirúrgico/anestésico.	0,73	0,92
L.14. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco de complicações associadas a atos anestésicos.	0,76	0,92
L.15. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco de reações alérgicas.	0,79	0,91
L.16. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco associado a perdas hemáticas.	0,65	0,93

Cálculo do Alpha de Cronbach dos itens da dimensão DL3 "Antes da incisão da pele"

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	**N de itens**
0,89	4

	Correlação de item total corrigida	**Alfa de Cronbach se o item for excluído**
L.17. A introdução da LVSC contribui para que os elementos da equipa se identifiquem, no que se refere ao nome e função.	0,67	0,89
L.18. A introdução da LVSC contribui para que a equipa partilhe entre si informação crítica para a segurança do doente.	0,79	0,85
L.19. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco de infeção do local cirúrgico.	0,79	0,85
L.20. A introdução da LVSC contribui para que os exames imagiológicos essenciais estejam disponíveis.	0,80	0,84

Cálculo do Alpha de Cronbach dos itens da dimensão DL4 "Antes do doente sair da sala de operações"

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	**N de itens**
0,91	5

	Correlação de item total corrigida	**Alfa de Cronbach se o item for excluído**
L.21. A introdução da LVSC contribui para a identificação do procedimento cirúrgico realizado.	0,75	0,90
L.22. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco de retenção inadvertida de instrumentos, agulhas e compressas.	0,75	0,90
L.23. A introdução da LVSC contribui para a diminuição do risco associado ao mau acondicionamento e identificação das amostras cirúrgicas.	0,84	0,88
L.24. A introdução da LVSC contribui para a identificação de problemas com equipamentos que surgiram no período intraoperatório.	0,83	0,88
L.25. A introdução da promove a continuidade dos cuidados.	0,72	0,91