

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA / INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE**

Curso ministrado em associação com a

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa – IPL

Adequado ao Processo de Bolonha conforme Registo na DGES nº. R/B-AD-917/2007

Publicado no DR, 2.^a série, n.º 11, 18 de Janeiro de 2010

Área de especialização

Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

***CHECKLIST* CIRURGICA: CONTRIBUTO PARA UMA INTERVENÇÃO NA ÁREA
DA SEGURANÇA DO DOENTE**

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Susana Cristina Nunes Valido

Nº 4752

Orientador:

Prof. Doutor Paulo Sousa

Évora/Lisboa

Junho, 2011

UNIVERSIDADE DE ÉVORA / INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em associação com a

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa – IPL

Adequado ao Processo de Bolonha conforme Registo na DGES nº. R/B-AD-917/2007

Publicado no DR, 2.ª série, n.º 11, 18 de Janeiro de 2010

Área de especialização

Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

CHECKLIST CIRURGICA: CONTRIBUTO PARA UMA INTERVENÇÃO NA ÁREA
DA SEGURANÇA DO DOENTE

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Susana Cristina Nunes Valido

Nº 4752

Orientador:

Prof. Doutor Paulo Sousa

Évora/Lisboa

Junho, 2011

Título: "*Checklist* Cirurgica: Contributo para uma Intervenção na Área da Segurança do Doente"

Palavras-chave: Qualidade em Saúde, Gestão do Risco Clínico, Segurança do Doente, Bloco Operatório, *Checklist* Cirúrgica

Dissertação elaborada para a obtenção do grau de Mestre em **Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde**, área de especialização em **Políticas de Administração e Gestão dos Serviços de Saúde**.

Orientador:

Prof. Doutor Paulo Sousa

Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa

Universidade de Évora

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Junho, 2011

Errare humanum est... but it also human to prevent errors

(Cummins, 2007, p.249)

Dedicada àqueles cujo esforço permitiu a sua realização. Foi graças ao seu amor, dedicação, e confiança que foi possível coadunar a materialização de uma vontade pessoal com o desejo de maior satisfação e realização profissional. A todos aqueles que fazem parte integrante e construtiva da minha vida e que, sem qualquer dúvida, constituem a minha âncora e o meu porto de abrigo.

AGRADECIMENTOS

A crença pessoal de que o empenho e trabalho desenvolvido possam contribuir para o desenvolvimento da profissão e para a melhoria da Segurança do Doente, reflectida na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, foi o móbil para a conclusão de um projecto tão ambicionado. Deste modo, não poderia deixar de partilhar tal facto com todos aqueles que constituíram um factor motivacional em todo o processo.

- Ao Professor Paulo Sousa, por, através da sua energia, me inculir o gosto pelas questões da Qualidade e da Segurança do Doente;

- À Professora Felismina Mendes, pelo apoio motivacional nos momentos de puro desespero;

- A todos os profissionais dos Blocos Operatórios dos Hospitais envolvidos, pois sem a sua colaboração não seria possível a realização deste estudo;

- À Eleonora, pela imprescindível disponibilidade, ajuda e orientação na análise estatística;

- A todos os colegas mestrados, pelo carinho, amizade e momentos inesquecíveis de partilha, entrega e aprendizagem. Foram, sem dúvida, uma força e inspiração;

- A todos os amigos, por compreenderem os momentos de “ausência forçada”;

- Ao João, pelo seu amor, carinho e compreensão, e, sobretudo, por ser parte constante da minha vida;

- A toda a minha família, por serem a minha força motriz e pelo seu carinho, amor e apoio incondicional.

CHECKLIST CIRURGICA: CONTRIBUTO PARA UMA INTERVENÇÃO NA ÁREA DA SEGURANÇA DO DOENTE

Resumo

A gestão do risco clínico e a segurança do doente são componentes essenciais no desenvolvimento de políticas de qualidade nas organizações de saúde. Estas dimensões assumem especial destaque no Bloco Operatório (BO) devido à sua dinâmica complexa, à qual está intrínseco um conjunto de actores com diferentes especificidades e funções, mas com um único objectivo: melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, cujo objectivo é analisar a opinião dos profissionais do BO (enfermeiros, anestesiólogistas e cirurgiões), dos hospitais EPE do Alentejo, face à *Checklist* Cirúrgica, em particular, e às questões da Segurança do Doente em geral.

De um modo geral, verificou-se que os profissionais estão sensíveis às questões da segurança do doente, manifestando uma opinião positiva quanto à *Checklist* Cirúrgica, bem como à sua implementação. Serão apresentadas as diferenças na opinião dos respondentes em função das variáveis independentes estipuladas, quanto à opinião sobre segurança do doente no BO, à identificação de eventos adversos no BO e ao conhecimento de medidas/acções para a melhoria da segurança do doente no intra-operatório.

Palavras-Chave: Qualidade em Saúde, Gestão do Risco Clínico, Segurança do Doente, Bloco Operatório, *Checklist* Cirúrgica

SURGICAL CHECKLIST: CONTRIBUTION TO AN INTERVENTION IN PATIENT SAFETY AREA

Abstract

The management of clinical risk and patient safety are essential components in developing quality policies on health organizations. These dimensions are particularly highlighted in the Operating Room (OR) because of its complex dynamics, which has an intrinsic set of actors with different specificities and functions, but with a single objective: continuous improvement of care quality.

This is an exploratory-descriptive, cross-sectional quantitative approach, which aim is to analyze the opinion of Operating Room's professionals (nurses, anesthesiologists and surgeons), from EPE hospitals of *Alentejo*, regarding to Checklist Surgery, in particular, and Patient Safety issues in general.

In general, it was found that professionals are sensitive to issues of patient safety, expressing a positive opinion about the Surgical Checklist, as well as its implementation. We will present the differences in the respondents' opinion on the basis of the independent set, as the opinion of patient safety in the OR, the identification of adverse events in the OR and knowledge of measures/actions to improve patient safety during surgery.

Key Words: Quality in Health Care, Clinical Risk Management, Patient Safety, Operating Room, Surgical Checklist

ÍNDICE GERAL

<u>INTRODUÇÃO</u>	15
1. <u>ENQUADRAMENTO TEÓRICO</u>	18
1.1. QUALIDADE EM SAÚDE	18
1.1.1. Melhoria Contínua da Qualidade	23
1.1.2. Gestão da Qualidade Total	25
1.2. GESTÃO DO RISCO CLÍNICO E SEGURANÇA DO DOENTE	27
1.2.1. O Risco Clínico numa Perspectiva Organizacional	27
1.2.2. Gestão do Risco Clínico	30
1.2.3. Segurança do Doente	34
1.3. O BLOCO OPERATÓRIO NO CONTEXTO SÓCIO-ORGANIZACIONAL DE UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE	41
1.3.1. O Bloco Operatório nas Organizações de Saúde	41
1.3.2. Especificações do Bloco Operatório	43
1.3.3. Eventos Adversos Relacionados com o Período Peri-Operatório	46
1.3.4. Medidas/Acções para a melhoria da segurança do doente no período Peri-Operatório	48
1.3.4.1. Time Out	48
1.3.4.2. Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica	50
2. <u>METODOLOGIA</u>	54
2.1. TIPO DE ESTUDO	54
2.2. OBJECTIVOS E HIPÓTESES	55
2.3. VARIÁVEIS DO ESTUDO	56
2.4. POPULAÇÃO E DEFINIÇÃO DA AMOSTRA	57
2.4.1. Caracterização das instituições	58
2.5. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	61
2.6. PRÉ-TESTE	63
2.6.1. Resultados do Pré-Teste	63
2.7. OPERACIONALIZAÇÃO DA RECOLHA DE DADOS	65
2.8. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	66
3. <u>APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</u>	68
3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	69
3.2. SEGURANÇA DO DOENTE NO BO	73
3.2.1. Princípios da Gestão do Risco no Bloco Operatório	74
3.2.2. Procedimentos Realizados em Prol da Segurança do Doente	77

3.3.	IDENTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS NO BLOCO OPERATÓRIO	83
3.4.	CONHECIMENTO DE MEDIDAS/AÇÇÕES PARA A MELHORIA DA SEGURANÇA DO DOENTE NO INTRA-OPERATÓRIO	88
3.4.1.	Time Out	88
3.4.2.	Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica	90
4.	<u>DISCUSSÃO DOS DADOS</u>	102
5.	<u>CONCLUSÃO</u>	115
6.	<u>PROPOSTA DE INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL</u>	117
7.	<u>BIBLIOGRAFIA</u>	121
8.	<u>APÊNDICES</u>	129
	Apêndice I – Homologação da autorização do estudo das diferentes instituições	129
	Apêndice II – Questionários do pré-teste	138
	Apêndice III – Questionário – Versão Final	151
	Apêndice IV – Análise dos Dados	160
9.	<u>ANEXOS</u>	1712

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Factores Indutores de Erro na Prática Clínica	28
Quadro 2 - Uma nova abordagem para responder a eventos adversos no NHS	38
Quadro 3 - Sete Passos essenciais para melhorar a segurança dos doentes	39
Quadro 4 - Princípios base da <i>WHO Surgical Safety Checklist</i>	52
Quadro 5 - Objectivos essenciais para a Segurança Cirúrgica	53
Quadro 6 - Dados estatísticos do Bloco Operatório do HESE, EPE	59
Quadro 7 - Dados estatísticos do Bloco Operatório da ULSBA, EPE	60
Quadro 8 - Quadro síntese de dimensões, objectivos, hipóteses de investigação	62
Quadro 9 - Consistência Interna - Segurança do Doente - Questionário A	64
Quadro 10 - Consistência Interna - Checklist Cirúrgica - Questionário B	64
Quadro 11 - Classificação da consistência interna da escala	66
Quadro 12 - Taxa de resposta dos questionários	68
Quadro 13 - Opinião dos profissionais face aos princípios de gestão do risco no bloco operatório	74
Quadro 14 - Consistência Interna - Princípios da Gestão do Risco no Bloco Operatório	75
Quadro 15 - Estatísticas descritivas e comparação dos valores médios do score total dos Princípios da gestão de risco no BO por profissão	76
Quadro 16 - Comparações múltiplas relativas à profissão do score total dos princípios da gestão do risco clínico no bloco operatório	76
Quadro 17 - Procedimentos adoptados em prol da segurança do doente	77
Quadro 18 - Distribuição percentual dos respondentes, quanto ao hospital, profissão e grupo etário, face aos Procedimentos para a Segurança do doente: Consentimento expresso e informado do doente acerca de procedimentos cirúrgicos	79
Quadro 19 - Distribuição percentual dos respondentes, quanto ao hospital, profissão e tempo de actividade profissional, face aos Procedimentos para a Segurança do doente: Preparação pré-operatória do doente, incluindo a avaliação e comunicação das necessidades	80
Quadro 20 - Distribuição percentual dos respondentes, quanto à profissão e ao sexo, face aos Procedimentos para a Segurança do doente: Verificação dos factores ambientais (temperatura da sala, controlo do ar, etc)	81
Quadro 21 - Identificação de eventos adversos no bloco operatório	84
Quadro 22 - Distribuição percentual dos respondentes, quanto ao sexo, face aos Eventos adversos no BO: Pessoal a trabalhar sem conhecimento e competência	85
Quadro 23 - Distribuição percentual dos respondentes, quanto ao hospital e ao grupo etário, face aos Eventos adversos no BO: Avaria de equipamentos/instrumentos	86

Quadro 24 - Distribuição percentual dos respondentes, por hospital, face ao conhecimento do conceito Time Out	89
Quadro 25 - Distribuição percentual dos respondentes, por hospital e sexo, face ao conhecimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica	91
Quadro 26 - Distribuição percentual dos respondentes quanto ao meio de conhecimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica	92
Quadro 27 - Distribuição percentual dos respondentes, quanto ao hospital, face ao Conhecimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: Colegas /Outros Profissionais de Saúde	93
Quadro 28 - Opinião dos respondentes sobre a Checklist Cirúrgica: Antes da Indução Anestésica	94
Quadro 29 - Consistência interna - Checklist Cirúrgica: antes da indução anestésica	94
Quadro 30 - Estatísticas Descritivas e comparação dos valores médios do score total da Checklist Cirúrgica: Antes da Indução Anestésica	95
Quadro 31 - Comparações Múltiplas relativas à profissão do score total da Checklist Cirúrgica: Antes da Indução Anestésica	95
Quadro 32 - Comparações múltiplas relativas ao hospital do Score Total da Checklist Cirúrgica: Antes da Indução Anestésica	96
Quadro 33 - Opinião dos respondentes sobre a Checklist Cirúrgica: Antes da Incisão da Pele	97
Quadro 34 - Opinião dos respondentes sobre a Checklist Cirúrgica: Antes do Doente Sair da Sala	98
Quadro 35 - Consistência Interna - Checklist Cirúrgica: Antes da incisão da Pele; Checklist Cirúrgica: Antes do Doente Sair da Sala	98
Quadro 36 - Estatísticas Descritivas e Comparação dos Valores Médios do Score Total da Checklist Cirúrgica: Antes da Incisão da Pele e da Checklist Cirúrgica: Antes do Doente Sair da Sala	99
Quadro 37 - Comparações Múltiplas relativas á área profissional do Score total da Checklist Cirúrgica: Antes da Incisão da Pele	100
Quadro 38 - Comparações Múltiplas relativas à profissão do score total da Checklist Cirúrgica: Antes do doente sair da sala	100
Quadro 39 - Opinião dos respondentes sobre a Checklist Cirúrgica: Perspectiva Global	101
Quadro 40 - Consistência Interna - Checklist Cirúrgica: Perspectiva Global	101

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - O significado de qualidade varia conforme as pessoas	18
Figura 2 - Ciclo PDCA	24
Figura 3 - O Processo de Gestão de Risco	31
Figura 4 - Modelo do Queijo Suíço	37
Figura 5 - Distribuição percentual dos respondentes por Hospital	69
Figura 6 - Distribuição percentual dos respondentes por Grupo Etário	70
Figura 7 - Distribuição percentual dos respondentes por Sexo	70
Figura 8 - Distribuição percentual dos respondentes por Habilitações Literárias	71
Figura 9 - Distribuição percentual dos respondentes por Profissão	71
Figura 10 - Distribuição percentual dos respondentes por Tempo de Actividade no Bloco Operatório	72
Figura 11 - Importância atribuída à Segurança do Doente em ambiente de Bloco Operatório	73
Figura 12 - Distribuição percentual dos respondentes face ao conhecimento do conceito Time Out	88
Figura 13 - Distribuição percentual dos respondentes por opinião acerca do Time Out na segurança do doente	89
Figura 14 - Distribuição percentual dos respondentes quanto ao conhecimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica	90
Figura 15 - Esquema síntese das propostas de intervenção sócio-organizacional	120

SIGLAS/ABREVIATURAS

AESOP	Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses
BO	Bloco Operatório
CD	Compact Disc
DGS	Direcção-Geral da Saúde
EUA	Estados Unidos da América
GQT	Gestão da Qualidade Total
HESE, EPE	Hospital do Espírito Santo de Évora, Entidade Pública Empresarial
HJJF	Hospital José Joaquim Fernandes
HJMG	Hospital Dr. José Maria Grande
HLA, EPE	Hospital do Litoral Alentejano, Entidade Pública Empresarial
HNSR, EPE	Hospital de Nossa Senhora do Rosário, Entidade Pública Empresarial
HSL	Hospital de Santa Luzia
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
LVSC	Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica
n.º	Número
NHS	National Health Service
p.	Página
PDCA	Plan Do Check Act
pp.	Páginas
SIGLIC	Sistema Integrado de Gestão de Listas de Inscritos para Cirurgia
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TO	Time Out
TQM	Total Quality Management
UCPA	Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos
ULSBA, EPE	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Entidade Pública Empresarial
ULSNA, EPE	Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, Entidade Pública Empresarial
WHO	World Health Organization
α	Alpha

INTRODUÇÃO

Observou-se nas últimas décadas, em vários países, uma mobilização em torno da aplicação de programas de qualidade nas organizações hospitalares, com o objectivo de incrementar a sua gestão e melhorar a eficiência destes serviços (Camacho, 1998). As organizações de saúde têm-se deparado com inúmeras incertezas e riscos, decorrentes da necessidade do próprio sector em contrariar os novos perfis de mortalidade e morbidade da população. O aumento cada vez mais acentuado da esperança de vida da população tem provocado o acréscimo das taxas de incidência relativas a doenças degenerativas e crónicas, denunciando a necessidade urgente de repensar todo o planeamento em saúde (Souza e Proença, 2004).

Qualquer actividade de melhoria da qualidade tem como objectivo último a obtenção dos melhores resultados que é legítimo esperar, num processo alicerçado na análise sistemática dos procedimentos adoptados para atingir esses resultados e do modelo organizacional e das estruturas que os suportam. A definição de qualidade na área da saúde não é tarefa fácil, e prende-se seguramente com a acessibilidade dos serviços, pois "aquilo que consideramos Qualidade aceitável varia com o tempo. Os constantes progressos clínicos e organizacionais vão aumentando a capacidade e qualidade do desempenho dos profissionais mas vão aumentando também as expectativas dos doentes" (Pisco, 2001, p.4).

Qualidade em Saúde traduz-se no assegurar a todos os utilizadores, em tempo útil, os melhores serviços com custos adequados. No contexto do Serviço Nacional de Saúde, os cuidados prestados devem ser efectivos, eficientes, aceitáveis e equitativos. Deste modo, com a progressiva melhoria da qualidade dos serviços de saúde, as organizações tenderam a mudar não apenas fisicamente, como também na sua postura em relação ao doente. A avaliação dos serviços de saúde deixa assim de ser maioritariamente quantitativa (equipamentos, doentes, percentagem de ocupação, consultas realizadas, número de profissionais), para passar a ser também qualitativa (saúde produzida, educação ou formação dada, satisfação garantida, sofrimento evitado, erros prevenidos e decisões acertadas (Bugada, 2006).

Sendo a segurança dos doentes uma componente fundamental da qualidade na prestação de cuidados de saúde, a boa gestão do risco clínico é crucial para a promoção dessa segurança. Na opinião de Carneiro (2010, p. 4) "embora exista negligência em todos os sistemas, o problema da segurança tem muito mais a ver com profissionais competentes e dedicados a trabalhar em sistemas absolutamente caóticos e

desorganizados, sem qualquer sensibilização para a questão da segurança dos doentes, do que com falhanços individuais daqueles”.

É fundamental que as organizações desenvolvam uma cultura de segurança, "em que a concepção dos sistemas de trabalho deve ter presente que os profissionais de saúde são parte integrante. De facto, a prestação de cuidados de saúde comporta riscos que importa conhecer para os anular, ou pelo menos, diminuir (*risk control* ou *risk management*)" (Sousa Uva, Sousa, Serranheira, 2010, p.2).

O aperfeiçoamento contínuo, como um dos valores individuais e da equipa cirúrgica, deve ser permanentemente convocado e dar lugar a objectivos de auto-desenvolvimento em resposta às áreas de melhoria pessoal, as quais podem exigir: aquisição ou desenvolvimento de competências, correcção ou aprofundamento de comportamentos, implementação ou revisão de processos e actividades, de modo a que os profissionais erijam a qualidade dos cuidados, com todas as suas implicações, como o valor de referência do exercício da profissão, permitindo-lhes seguir rumo à excelência dos cuidados. Com este estudo pretende-se analisar a opinião dos profissionais do BO (enfermeiros, anesthesiologistas e cirurgiões), dos hospitais EPE do Alentejo, face à *Checklist* Cirúrgica, em particular, e às questões da Segurança do Doente em geral.

A Cirurgia tornou-se uma parte integrante dos cuidados de saúde a nível mundial, com uma estimativa de 234 milhões de operações realizadas anualmente. As complicações cirúrgicas são comuns e muitas vezes evitáveis (WHO, 2008 b; WHO, 2009 a, b; Haynes, et al., 2009).

Embora os procedimentos cirúrgicos são destinados a salvar vidas, "as estatísticas referem que pelo menos 25% dos acidentes clínicos ocorrem no período intra-operatório (Martins e Dias-Pinheiro, 2006, p.63).A prestação de cuidados cirúrgico não seguros pode causar danos substanciais, nomeadamente:

- complicações após as cirurgias com internamento ocorrem até 25% dos doentes;
- a taxa bruta de mortalidade relatada após a cirurgia de grande porte (cirurgias major) é 0,5-5%;
- nos países industrializados, quase a metade de todos os eventos adversos em pacientes hospitalizados estão relacionadas com a assistência cirúrgica (WHO, 2008 b).

Torna-se evidente que o investimento das organizações nas questões relacionadas com a segurança do doente em ambiente de BO é incontornável, pois, de acordo com a OMS, pelo menos metade dos casos em que a cirurgia levou a prejuízos, estes são considerados evitáveis (através da aplicação de diversas medidas/acções, como o TO ou a *Checklist* Cirúrgica) (WHO, 2008 b; WHO, 2009 a, b).

Deste modo, pretende-se com o presente trabalho saber se, na opinião dos profissionais do BO (enfermeiros, anesthesiologistas e cirurgiões) dos hospitais EPE do Alentejo, a *Checklist* Cirúrgica contribui para a melhoria da segurança do doente. Neste sentido, estabeleceram-se as seguintes hipóteses de investigação:

Hip. 1: Há diferença significativa na importância atribuída à segurança do doente em função da idade, género, profissão, hospital e tempo de actividade profissional em Bloco Operatório.

Hip. 2: Há diferenças significativas face às estratégias adoptadas em prol da segurança do doente, em função da idade, género, habilitações literárias, profissão, hospital e tempo de actividade profissional em Bloco Operatório.

Hip. 3: Há diferença significativa no que concerne à tipologia de erros mais frequentes associados ao período intra-operatório em função da idade, género, profissão, hospital e tempo de actividade profissional em Bloco Operatório.

Hip. 4: Há diferença significativa na opinião dos profissionais do BO face ao conhecimento de medidas/acções para a melhoria da segurança do doente (*Time Out* e *Checklist* Cirúrgica) e à implementação da *Checklist* Cirúrgica em função da idade, género, hospital e tempo de actividade profissional em Bloco Operatório.

O presente trabalho estrutura-se em vários capítulos. Inicia-se com um enquadramento teórico, sendo abordado três áreas temáticas: Qualidade em Saúde, Gestão do Risco Clínico e Segurança do Doente e O Bloco Operatório no Contexto Sócio-Organizacional de uma Instituição de Saúde. Seguem-se as opções metodológicas, apresentação e discussão dos resultados e limitações do estudo. No final, logo após a apresentação das principais conclusões do trabalho, apresenta-se um Plano de Intervenção Sócio-Organizacional que resulta da reflexão feita pela autora, com base no trabalho aqui desenvolvido e da experiência acumulada como enfermeira num bloco de cirurgia de um hospital central.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. QUALIDADE EM SAÚDE

Qualidade é o modo como os Serviços de Saúde, com o actual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejados. (JCAHCO, 1993)

As preocupações com a qualidade na saúde remontam a tempos muito anteriores à era moderna. Todavia reporta-se ao início do século anterior a abordagem desta problemática de um modo mais articulado (desde Hipócrates, passando por Florence Nightingale e Ernest Codeman, entre outros). A discussão da qualidade emerge no campo da indústria, mas cedo se percebe que poderá haver adequação dos conceitos desse campo ao sector da saúde, de modo a permitir a gestão da qualidade dos serviços prestados. Para Delgado (2009, p. 45) "a qualidade dos Serviços de Saúde deve ser encarada como uma questão essencial e intrínseca à prestação de cuidados e não apenas como uma dimensão desejável, mas acessória".

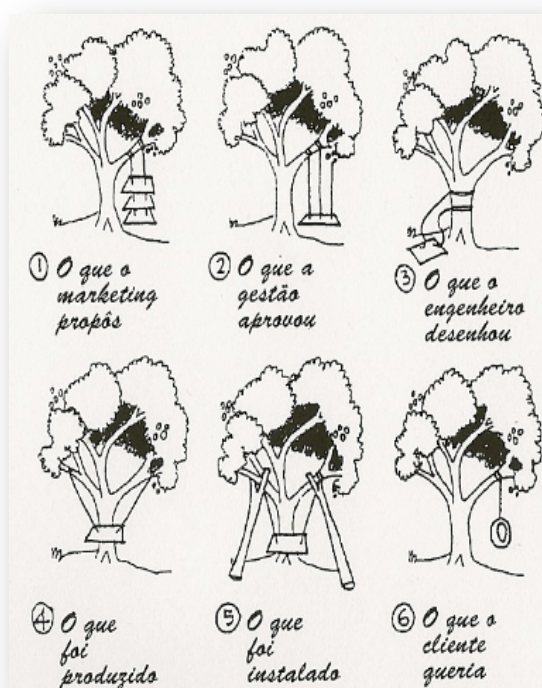


Figura 1 - O significado de qualidade varia conforme as pessoas (Martin e Henderson, 2004)

Entre 1913 e 1918, o cirurgião Ernest Codman publicou os primeiros trabalhos sobre a necessidade e a importância de garantir a qualidade dos resultados das intervenções médicas e das acções de saúde (Gastal e Quinto Neto, 1997).

Em 1927, Deming (1990) dedica-se ao estudo da influência da qualidade nos resultados dos processos e refere que um produto para ter qualidade deve satisfazer aos seus clientes (a qualidade é definida consoante as exigências do consumidor), na medida em que a qualidade só pode ser definida em termos de quem a avalia (satisfação do cliente e melhoria contínua).

Em 1954, Juran estuda os processos de gestão da qualidade, definindo "adequação ao uso" e uma metodologia de gestão que ficou conhecida pela Trilogia de Juran, Planeamento, Controlo e Melhoria. Juran alerta para os custos da não qualidade (Gastal e Quinto Neto, 1997).

Para Crosby (1979), outro dos precursores da filosofia da qualidade, um produto para ter qualidade deve ser produzido de acordo com as suas especificações (o que variava conforme os requisitos do cliente). Nas suas palavras, qualidade é conformidade com as exigências. Contribuiu para a teorização da gestão da qualidade definindo os conceitos de "zero defeitos" e de "fazer a coisa certa à primeira vez".

Já na visão de Ishikawa (1993), é atender as expectativas dos clientes a um certo custo. Em contrapartida, para Feingenbaun (1961), qualidade quer dizer o melhor para certas condições do cliente. Essas condições são o verdadeiro uso e o preço de venda do produto. Na percepção de Campos (1992), um produto ou serviço de qualidade é aquele que atende perfeitamente, de forma confiável, de forma acessível, de forma segura e no tempo certo às necessidades do cliente.

Deste modo, "se por qualidade se entender a capacidade de um produto para atingir a finalidade para a qual foi produzido (ao menor custo possível), facilmente se compreende que a qualidade em saúde, ou de um sistema de saúde, será perspectivada de modo diferente consoante se trate dos profissionais envolvidos na prestação de cuidados, dos utentes dos serviços, dos responsáveis pela gestão a nível local ou regional, ou mesmo da administração central" (Nunes e Rego, 2002, p.113).

Para Donabedian (1980), a procura de uma definição de qualidade nas prestações de serviço em saúde, requer a divisão operativa do conceito de prestação em dois aspectos: técnico e interpessoal. O primeiro está relacionado à aplicação dos conhecimentos e das tecnologias médicas e de outras disciplinas; o segundo está baseado na maneira de gerir a interacção social e psicológica entre o paciente e os profissionais. Posteriormente, Donabedian (1980) desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação da qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, em que se encara a gestão das organizações de saúde pela Teoria Geral dos Sistemas: *input-process-output*. A estrutura engloba os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a prestação dos cuidados de saúde, e inclui o financiamento e a disponibilidade de mão-de-obra qualificada. O processo refere-se às actividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde com base nos padrões definidos para os diferentes grupos profissionais, podendo ser analisado sob o ponto de vista técnico e/ou

da gestão. Os resultados serão o produto final da assistência prestada, considerando os ganhos em saúde, a satisfação das expectativas do cliente e o cumprimento dos padrões definidos. Deste modo, para Donabedian (1980), a qualidade deve ser entendida como uma extensão da missão da organização que é atender e exceder as necessidades e expectativas dos clientes, a obtenção de maiores benefícios, com os menores riscos para o paciente, benefícios estes que, por sua vez, se definem em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes.

Em 2000, o *Institute of Medicine*, dos EUA, definia qualidade em saúde como “o grau em que os serviços de saúde para os indivíduos e populações aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejados de acordo com o conhecimento profissional corrente” (Kohn, Corrigan, Donaldson, et al., 2000). Para Campos (2009, p.29), “este conceito particulariza para a saúde a ideia mais global de qualidade que envolve a adequação de um serviço fornecido por um prestador às necessidades de quem o recebe e que, no caso da saúde, engloba dimensões como a segurança, eficiência, efectividade, equidade, acessibilidade, continuidade de cuidados e o respeito”.

Uma outra definição de qualidade em saúde, também ela bastante pertinente, é a apresentada por Feldman, Gatto e Cunha (2005), em que os autores definem o conceito como “um fenómeno continuado de aperfeiçoamento, que estabelece progressivamente os padrões, resultado do estudo de séries históricas na mesma organização ou de comparação com outras organizações semelhantes, em busca do defeito zero – situação que, embora não atingível na prática, orienta e filtra toda a acção e gestão da qualidade” (p. 214). Os mesmos autores, citando Novaes e Paganini, definem ainda qualidade como “um processo dinâmico, ininterrupto e de exaustiva actividade permanente de identificação de falhas nas rotinas e procedimentos, que devem ser periodicamente revistos, actualizados e difundidos, com participação da alta direcção do hospital até aos seus funcionários mais básicos” (Novaes e Paganini, 1994, citados por Feldman, Gatto e Cunha, 2005, p.214), introduzindo aqui a necessidade de envolvimento de todos os participantes no processo da instituição.

Silva, et al. (2010, p. 195) definem qualidade em saúde como um “conceito polissémico, vasto e complexo que se pode aplicar em variadas situações da nossa vida ou profissão, sendo este difícil de definir já que está dependente de uma perspectiva individual, ou seja, das características implícitas ou explícitas, inerentes da interpretação de cada um de nós, nomeadamente das que associamos a esse mesmo produto ou serviço”.

Sendo a qualidade dos cuidados de saúde um atributo objectivo, necessita de ser avaliado, ter um acompanhamento permanente e ser sistematicamente melhorado, “pressupõe critérios, claros e transparentes, indicadores perceptíveis e facilmente operáveis e padrões de exigência que credibilizem as avaliações e dêem sinais claros para os *stakeholders*, para os doentes, para o mercado e para a sociedade em geral. Isso exige informação objectiva, transparência e *accountability*, por parte de todos os intervenientes no processo, e uma cultura de abertura e disponibilidade, não compatíveis com práticas individualistas e escrutináveis” (Delgado, 2009, p. 47)

Segundo Pisco (2001), a qualidade tem ainda algumas características específicas:

- não é um valor absoluto, pois significa diferentes coisas em diferentes situações;
- é multidimensional, pois para ela contribuem múltiplos factores;
- varia ao longo do tempo.

Pisco (2001) propõe que se analise a sua multidimensionalidade à luz dos modelos propostos por Garvin (1987) e Giles (sd) evitando uma concepção reducionista. Garvin (1987) orienta a análise da qualidade pela perspectiva transcendente (procura da excelência absoluta), pela perspectiva do produto (mais qualidade significa maior custo), pela perspectiva do utilizador (adequação à finalidade), pela perspectiva industrial (conformidade com a especificação) e pela perspectiva do valor (qualidade a um preço específico) (Pisco, 2001). Giles (sd) orienta a análise da qualidade também pela perspectiva transcendente mas numa visão de saúde pública, rentabilização dos recursos, satisfação dos profissionais e dos utilizadores (Pisco, 2001). Ganopa (2001) refere que os doentes valorizam a acessibilidade, os profissionais a qualidade técnica e científica e os administradores hospitalares a gestão eficiente. Todos estes contributos sustentam os pilares essenciais da qualidade em saúde:

- as necessidades e expectativas explícitas e implícitas do cliente deverão determinar os standards da qualidade dos cuidados de saúde;
- a qualidade implica melhoria contínua;
- deverá sempre produzir-se o melhor com os recursos disponíveis, mas simultaneamente ser proactivos para aumentar esses recursos face à importância do campo de intervenção.

Para a Organização Mundial da Saúde a boa governação para a saúde é a capacidade de activar a participação de todos os que estão interessados na formulação e no desenvolvimento de políticas, programas e práticas que conduzam a sistemas de saúde mais equitativos e sustentáveis. Nesta perspectiva, alguns dos elementos mais comuns associados à boa governação são a centragem nas pessoas, a prestação de contas, a transparência, a participação dos cidadãos, a monitorização e avaliação regulares (WHO, 1998 a), pressupondo uma multiplicidade de abordagens para alcançar a qualidade dos cuidados de saúde (Sally e Donaldson, 1998). Neste sentido, a OMS define qualidade clínica como a articulação de quatro elementos:

- desempenho profissional (avaliado pela sua qualidade técnica);
- eficiência no uso dos recursos;
- gestão de risco (onde se inclui a segurança do doente);
- índice de satisfação do doente com o serviço prestado.

Em suma, a OMS defende que um serviço de saúde de qualidade "organiza os recursos eficazmente de forma a ir ao encontro das necessidades de saúde dos que mais precisam de cuidados preventivos e curativos, de forma segura e sem desperdício" (OMS, 2008, p.4).

Na opinião de Delgado (2009, p. 46), “os projectos de qualidade só serão consequentes e robustos se incidirem no próprio modo como os profissionais interagem com os doentes e utilizam o conhecimento e as tecnologias de que dispõem. Bons procedimentos dão mais segurança aos doentes, previnem riscos e garantem melhores resultados”.

1.1.1. Melhoria Contínua da Qualidade

O desafio das novas realidades trazidas pelo processo de aceleração histórica que bate à porta dos hospitais exige uma nova estratégia e uma nova forma de gestão. É neste contexto que os princípios e as ferramentas de melhoria contínua se inscrevem (Silva, 2004, p.31).

A melhoria da qualidade em saúde engloba todas as acções que visem melhorar os cuidados de saúde (Massoud et al., 2001). Isto pressupõe um processo de transformação sistemático, que deverá ser concebido tendo em conta as necessidades e oportunidades das várias organizações, de modo a permitir-lhes desenvolver-se e dar resposta às exigências de mudança que o meio envolvente determina (Pomey et al., 2004; Donahue e VanOstenberg, 2000; Mongeau, 1976; Mezomo, 2001; Egli e Halfon, 2003; Ganopa, 2001; Pisco, 2001; Gastal e Quinto Neto, 1997; Berwick, 1991).

A melhoria da qualidade nos serviços de saúde passa pela adopção de um processo estruturado de identificação e solução de problemas de qualidade (Ganopa, 2001). Mas se por um lado a melhoria da qualidade requer mudança, nem toda a mudança se traduzirá em melhoria de qualidade (Massoud et al., 2001). Assim, perceber-se-á que a performance de um sistema, entendida como a qualidade dos resultados que produz, é uma característica do sistema, pelo que quando se pretende uma melhoria de resultados terá que se pensar em introduzir mudança no sistema (Massoud et al., 2001). Mas estas mudanças deverão ser pensadas, planeadas e testadas de modo a efectivamente se traduzirem em melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, de preferência simultaneamente nas perspectivas do cidadão-cliente, dos profissionais e dos financiadores, organizações públicas e privadas e Estado.

Trata-se de mudar de uma prática baseada na experiência, para uma prática baseada na evidência científica e na escolha informada do cidadão; de uma melhoria baseada apenas no desempenho profissional, para uma melhoria de cuidados envolvendo os cidadãos como parceiros; de uma qualidade mono-disciplinar, para cuidados partilhados e melhoria dos processos complexos de cuidados de saúde; de uma formação profissional contínua e avaliações de qualidade para uma gestão da doença num quadro de melhoria contínua da qualidade (Pisco e Biscaia, 2001).

Para Øvretveit (2003) a melhoria contínua da qualidade nos serviços de saúde concretiza-se no âmbito de um sistema de qualidade, cujos objectivos se prendem com a correcção dos erros do sistema, a redução da variabilidade indesejada, ser um processo de melhoria contínua num quadro de responsabilidade e participação colectiva. No processo de mudança da melhoria contínua é essencial a participação de toda a equipa multidisciplinar, uma vez que "a nova filosofia de administração centrada na busca da melhoria continuada privilegia o trabalho em equipa, a confiança nas pessoas e na sua capacidade produtiva, a

relação de parceria e de co-responsabilidade, a diversidade e a mudança de pensamento, a manutenção das pessoas na empresa, o respeito e o valor de quem produz, o atendimento das necessidades humanas fundamentais, o pensamento horizontalizado e a maximização dos objectivos e metas” (Mezomo, 2001, p. 53).

O processo de melhoria contínua, também designado por *Kaizen* (palavra de origem japonesa), “significa melhoria contínua sem fim, com ênfase nos processos de produção, fazendo o melhor desde as pequenas actividades, estabelecendo e atingindo padrões gradualmente melhores e com o comprometimento de todos os níveis hierárquicos, da alta administração aos funcionários mais humildes” (Imperatori, 1999, p. 196).

Para que possa proceder à melhoria contínua da qualidade nos cuidados de saúde prestados, é fundamental que, estruturada e sistematicamente, se proceda à identificação de problemas e certeza da sua (re) solução. É necessário um processo que se baseia “na identificação dos problemas, no estabelecimento de prioridades, na procura de melhores soluções e sua aplicação com vista à resolução dos mesmos” (Sousa, 2009, p.36). Para tal, um dos principais dos mecanismos utilizados é o ciclo PDCA (Figura 2), introduzido no Japão, após a Segunda Guerra Mundial, foi idealizado por Shewhart, na década de 30, e divulgado por Deming, que o aperfeiçoou, dinamizou e generalizou (advindo daí a denominação de ciclo de Deming) (Lopes e Capricho, 2007).

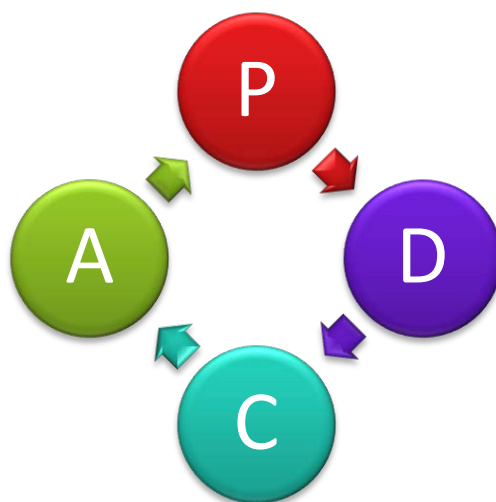


Figura 2 - Ciclo PDCA (Adaptado de Imperatori, 1999; Santos António e Teixeira, 2009)

Qualquer processo de melhoria deve ser planeado (Plan), formulando um plano de acção para melhorar o desempenho e respectiva implementação (Do); verificando se o plano foi devidamente implementado (monitorização da melhoria) (Check); e após a avaliação da mudança é necessário actuar sobre os resultados obtidos (Act) (Lopes e Capricho, 2007; Imperatori, 1999; Santos António e Teixeira, 2009).

1.1.2. Gestão da Qualidade Total

A qualidade tem vindo a assumir uma condição mais significativa da sua importância: a qualidade já não se discute, porque sem ela a organização não sobrevive (daí, eventualmente as percepções de que já não é relevante); a qualidade é inquestionável (daí, eventualmente, as decisões de que não interessam os custos da sua obtenção). (Ramos Pires, 2007, p. 16)

A qualidade e a gestão da qualidade abrangem um vasto leque de temas. A qualidade da prestação dos serviços de saúde pode ser garantida de muitas formas. As legislações nacionais obrigam pagadores e prestadores de cuidados relativamente à forma de obter e produzir cuidados médicos e de saúde, bem como outros serviços de saúde. Muitos países europeus definiram os direitos dos utilizadores dos serviços de saúde através de legislação específica. Estas leis incluem regras sobre o direito do utente receber (acessibilidade) bons (qualidade) cuidados de saúde e cuidados médicos (HOPE/Portugal, 2000).

A WHO (1993) define qualidade em saúde como os cuidados ou serviços com características que cumprem determinados requisitos e que, dados o actual estado de conhecimentos e recursos disponíveis, realizam as expectativas de maximizar os benefícios e minimizar os riscos para a saúde e bem-estar dos doentes. Deste modo, o desenvolvimento contínuo da qualidade é o processo pelo qual a qualidade é alvo de permanente melhoria baseado nos princípios de que a qualidade deve ter objectivos específicos, deve ser avaliada e os melhores resultados devem ser identificados; a qualidade deve ser melhorada analisando e utilizando conhecimentos específicos na obtenção dos melhores resultados e o processo deve ser aplicado de forma contínua. Deve ser desenvolvido ao nível local, levando em linha de conta a experiência dos doentes/utilizadores, considerando os profissionais de saúde como os principais actores do processo.

A gestão da qualidade total (TQM – *Total Quality Management*) é um método de gestão que dá ênfase à qualidade e se baseia na participação de todos os membros da organização. Os seus objectivos de longo prazo incluem o sucesso obtido pela satisfação do cliente, o que também resultará em benefício dos membros da organização e da sociedade em geral (ISO 8402, EFQM, citada por HOPE/Portugal, 2000)

Também para Moores (1996) e Koch (1991) a Gestão da Gestão Total prende-se com a satisfação dos clientes ao mais baixo custo, colocando uma ênfase especial nas pessoas, na sua formação, e no seu envolvimento total com os objectivos da empresa.

Atender às expectativas vai requerer da empresa estar sempre adiante das necessidades dos clientes, e para tal deve estar empenhada na melhoria contínua de produtos e processos. É por meio do princípio de

melhoria contínua que a ideia de envolver os trabalhadores começa a ser associada, ou parte, de Controlo da Qualidade Total. A natureza específica do sector de serviços, que requer contacto directo com o cliente, reforça na definição de qualidade a ideia de envolver trabalhadores no processo de satisfazer o cliente (Turchi, 1997).

A Gestão da Qualidade Total reporta-se “não apenas às medidas de melhoria contínua de qualidade, mas também, à participação total dos empregados de uma organização na prossecução de determinados objectivos, assim como à importância de estratégias centradas no utilizador. Isto é, trata-se de um sistema holístico no qual uma nova cultura organizacional virada para a qualidade é um fim em si mesmo, e não um subproduto de medidas pontuais de melhoria de produtividade” (Nunes e Rego, 2002, p.114). Para os mesmos autores, para a implementação da GQT é essencial que se baseie nos seguintes princípios de acção:

- “organização centrada no utente;
- liderança efectiva;
- envolvimento activo de todos os protagonistas;
- abordagem por processos;
- operacionalizar a qualidade no contexto de um sistema;
- implementação de medidas de melhoria contínua da performance;
- tomada de decisão baseada na evidência;
- respeito pelos legítimos interesses de todos os *stakeholders*” (Nunes e Rego, 2002, p.115).

O controlo total de qualidade, gestão pela qualidade, busca da excelência pela qualidade, gestão estratégica pela qualidade são algumas das denominações encontradas na literatura contemporânea, utilizadas pelas empresas para designar um tipo de administração orientada pelo objectivo de satisfazer clientes por meio de melhoria contínua. Apesar das diferenças nas práticas e técnicas utilizadas para atender às necessidades e expectativas do cliente encontradas na literatura de natureza mais prescritiva sobre o assunto, pesquisas de natureza mais académica têm apontado a existência de um conjunto de princípios comuns e interdependentes entre as diversas abordagens de qualidade. O foco no cliente, a busca de melhoria contínua e a ideia de organizações como processos contínuos são elementos comuns encontrados, ainda que de forma pouco explícita, nos diversos conceitos e modelos de qualidade total (Turchi, 1997).

Em suma, “a GQT é uma opção para a reorientação gerencial das organizações. Tem como pontos básicos: foco no cliente; trabalho em equipa permeando toda a organização; decisões baseadas em factos e dados; e a busca constante da solução de problemas e da diminuição de erros” (Longo, 1996 p.10).

1.2. GESTÃO DO RISCO CLÍNICO E SEGURANÇA DO DOENTE

1.2.1. O Risco Clínico numa Perspectiva Organizacional

Os erros clínicos e eventos adversos constituem uma fonte importante de morbilidade, mortalidade e consumo de recursos, devendo por isso ser analisados e controlados através de sistemas próprios e dedicados (Carneiro, 2010, p. 5)

Na sociedade actual, a palavra risco tornou-se de uso comum, quer na linguagem popular, quer na linguagem dos peritos, e um forte aparato de pesquisa, de saber e de opiniões tem sido desenvolvido em torno deste conceito (Lupton, 1999). O IOM (citado por Kohn, Corrigan, Donaldson, et al., 2000) e a WHO (2009 c) definem erro como um fracasso de execução de uma acção previamente intencionada e planeada (erro de execução), bem como a utilização de um plano errado para a obtenção de um determinado fim (erro de planeamento). O risco "envolve acontecimentos futuros de consequências incertas e pretende de uma forma única quantificar o que se pode esperar a nível de consequências" (Soares, Teixeira, e Antão, 2005, p. 22). Pode-se considerar que "as principais determinantes do risco e dos resultados são a complexidade (constante) e o desempenho (variável), podendo o impacto ser positivo e não negativo" (Fragata, 2005; Smith e Merrit, 2002, citados por Campos e Santos, 2010, p.156).

Pela sua natureza, a prestação de cuidados de saúde é uma actividade de risco, na medida em que "está inerente em tudo o que a organização faz: tratar doentes, determinar prioridades de serviço, na escolha de equipamento ou mesmo quando se decide nada fazer" (Pedroto, 2006, p.168). Maioritariamente, os riscos associados são quantificáveis, pouco frequentes e passíveis de serem prevenidos/minimizados.

Embora "a análise clínica, retrospectiva dos incidentes e de todos os eventos adversos seja um objectivo do risco clínico, outro, senão mais importante, é o de prevenir eventos adversos" (Pedroto, 2006, p.169). Deste modo, para a autora, o risco clínico deve atender a uma "focalização não no indivíduo mas nas condições

em que o incidente ocorreu; usar a análise como uma potencial oportunidade de melhoria contínua da prática clínica e da segurança dos doentes” (Pedroto, 2006, p.169).

Vicent (2000), citado por Fragata e Martins (2008, p.77) “identifica vários exemplos de factores indutores de erro na prática clínica”:

Quadro 1 - Factores Indutores de Erro na Prática Clínica

Factores tipo	Factores influenciadores	Exemplos
Contexto institucional	Contexto económico e regulador	Políticas inconsistentes, problemas de financiamento
Factores organizacionais e de gestão	Recursos e constrangimentos financeiros; estrutura organizacional; políticas e objectivos	Falta de empenho da gestão de topo relativamente ao risco
Factores da envolvente do trabalho	Níveis e <i>mix</i> de competências nas equipas. Equipamento de suporte administrativo	Excesso de trabalho, pessoas inadequadas, ou acesso limitado ao equipamento essencial
Factores respeitantes à equipa	Comunicação verbal; comunicação escrita	Comunicação deficiente entre a equipa
Factores individuais (<i>staff</i>)	Competências; saúde física e mental	<i>Deficit</i> de competências, ou experiência das equipas de trabalho
Factores respeitantes às tarefas	Concepção das tarefas e clareza da estrutura	Falta de disponibilidade do resultado dos testes
Factores respeitantes aos doentes	Condições (complexidade e seriedade); linguagem e comunicação; personalidade e factores sociais	Problemas de linguagem e de comunicação

Fonte: O Erro em Medicina - Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade (Fragata, J., e Martins, L., 2008)

Sendo a gestão do risco uma actividade transversal que engloba a gestão dos riscos que ameaçam as instituições, o seu pessoal e os seus utilizadores, pode revestir, essencialmente três tipos de risco distinto:

- risco clínico, intimamente associado aos processos de prestação de cuidados e à natureza dos serviços de saúde (infecção associada à prestação de cuidados de saúde, risco associado à utilização de medicamentos ou outros produtos administrados aos doentes, reacções adversas e alergias, etc.);
- risco financeiro, ou seja, os impactes financeiros sobre a organização, decorrentes da sua actividade (pedidos de indemnização, perda de receita, aumento de despesa, etc.);

- risco não clínico, o qual integra, essencialmente, todos os restantes riscos que não decorrem do processo de prestação de cuidados (riscos de incêndio, acidentes com doentes, pessoal ou terceiros, etc.) (Vaz, 2009, p.214).

No contexto específico da presente dissertação, será feita uma reflexão mais aprofundada acerca do risco clínico e do modo como as organizações de saúde fazem a sua gestão, de modo a “limitar a ocorrência de eventos adversos (prevendo) e minimizar os danos que provocam (recuperando)” (Fragata, 2009, p.75).

1.2.2. Gestão do Risco Clínico

O que distingue realmente uma instituição de sucesso não é a ausência de problemas mas a habilidade com que eles são resolvidos (Mezomo, 2001, p.86).

A gestão do risco clínico corresponde a um conjunto de medidas destinadas a melhorar a segurança e, conseqüentemente, a qualidade de prestação dos cuidados de saúde, mediante a identificação prospectiva das circunstâncias que colocam os doentes em risco e pela actuação destinada a prever e a controlar esses mesmos riscos. (Fragata, 2009, p.75). Neste âmbito, as medidas adoptadas devem “diagnosticar e inventariar os erros e os acidentes deles resultantes, bem como as medidas que permitem lidar com os erros e sobretudo aprender a evitá-los, minorando também o impacto negativo dos acidentes” (Fragata e Martins, 2008, p.78).

Não obstante a importância da actuação retroactiva, é fundamental uma intervenção prospectiva, na medida em que possibilita a redução de incertezas quanto a períodos futuros, baseando-se no conhecimento das pessoas têm de determinados sistemas que serão prospectivados: ela precisa de procurar o provável comportamento desses actores na construção do futuro e antecipá-lo. Talvez o mais importante num exercício prospectivo seja o processo e não o resultado final. É nele que se procuraram consensos sobre o futuro a ser realizado ou construído (Cristo, 2002).

Também para Fragata (2008 b, p.130) “a gestão do risco é um instrumento de controlo de qualidade e baseia-se fundamentalmente em três pilares fundamentais, todos eles actuando pró-activamente ou preventivamente sobre a ocorrência de acidentes – a declaração obrigatória de todos os eventos negativos, a realização de auditorias clínicas e avaliação de performance individual e a revisão periódica de protocolos, normas de segurança e programas de treino”.

Tratando-se de um processo contínuo, a gestão do risco, identifica riscos reais e potenciais. Uma vez reconhecido, o risco é classificado de acordo com a sua prioridade. Na prática, reconhece-se que existem situações que exigem um tratamento mais precoce que outras. Identificadas e estabelecidas as prioridades, o sistema de gestão de risco pode utilizar diversos métodos para enfrentar os riscos. Alguns podem ser eliminados, enquanto outros são mais passíveis de prevenção. Outros riscos podem ser reduzidos em termos de frequência ou severidade, ou ambos; outras exposições ao risco podem ser contida ou minimizadas. Noutras circunstâncias reconhecida como um risco pode-se desencadear uma transferência de perda de potencial através de contrato ou de seguros (Rozovsky e Conley, 2007) (Figura 3).

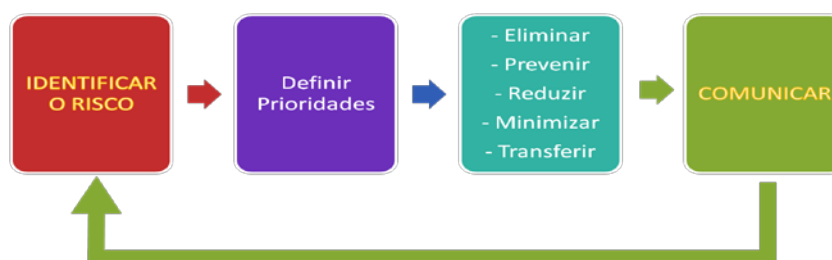


Figura 3 - O processo de Gestão de Risco (adaptado de Rozovsky e Conley, 2007, p. 1-4)

Considerando a gestão do risco um conjunto de medidas que visam prever ameaças reais ou potenciais para a ocorrência de danos – financeiros, acidentes, má prática médica, etc. (Fragata e Martins, 2008, p.321), esta envolve diversos tipos de risco:

- riscos para o paciente: a conformidade com os regulamentos podem ajudar a minimizar os riscos para os pacientes, bem como garantir que os sistemas são regularmente revistos e questionados (por exemplo, pela auditoria de eventos críticos e de aprendizagem a partir de denúncias). A existência de standards éticos é também um factor-chave na manutenção da paciente e da segurança pública e do bem-estar;
- riscos para o profissional: assegurar que os clínicos são imunizadas contra as doenças infecciosas, que trabalham num ambiente seguro e se mantêm cientificamente actualizados são partes importantes de garantia de qualidade;
- riscos para a organização: a falta de qualidade é uma ameaça para qualquer organização. Além de reduzir os riscos para os pacientes e profissionais, as organizações precisam de reduzir seus próprios riscos, garantindo a contratação de funcionários de alta qualidade prática (procedimentos e exames de desempenho individual e em equipa), um ambiente seguro e políticas bem concebidas sobre a participação pública (Starey, 2003;Eira, 2009).

Numa perspectiva de melhoria contínua da qualidade e das questões relacionadas com a segurança do doente, de modo a diminuir os riscos para os doentes, de se prestarem melhores cuidados na instituição, os hospitais devem fazer uma abordagem conjunta de cada um dos supracitados tipos de risco, de modo a assegurar a implementação de modelos de risco que, reconhecendo embora a especificidade de cada uma das áreas descritas, garantam uma abordagem integrada e contínua das três tipologias (Martins e Dias-Pinheiro, 2006; Vaz, 2009).

De acordo com Martins e Dias-Pinheiro (2006, p.61) “todas as organizações devem definir uma política de gestão de risco de forma a garantir, uma maior e mais adequada segurança no local de trabalho relativamente às instalações, conduta e responsabilidade dos profissionais perante situações consideradas potencial ou efectivamente perigosas”. O objectivo da mesma prende-se com o facto de se estabelecer “uma actividade operacional coordenada, focalizada e sistematizada” (Pedroto, 2006, p.168), de modo a “assegurar que a estrutura organizacional suporta e articula os elementos alvo do risco clínico; a providenciar efectividade e eficiência na gestão do risco clínico; a promover a análise sistemática do desempenho da gestão do risco clínico, através de indicadores” (Pedroto, 2006, p.168). Neste sentido, para Martins e Dias-Pinheiro(2006, p.61), “a política de gestão do risco tem como objectivos: eliminar os riscos para os doentes e profissionais; garantir o máximo de condições de segurança de pessoas e bens na organização, promover a saúde e a segurança dos doentes, profissionais e visitas, consciencializar os profissionais para a problemática do risco e reduzir os custos das instituições, produzindo assim ganhos para a saúde”. Para França (2005, p.24) “a gestão do risco é especificamente recomendada como instrumento de rotina, a aplicar em todo o sector da saúde e a fazer-se acompanhar por uma filosofia de aprendizagem contínua promotora da criação de ambientes organizacionais “sem culpas e vergonhas”. No mesmo contexto são definidas áreas de acção prioritária ao nível interno de cada Estado-membro:

- desenvolvimento de uma cultura da segurança com recurso a uma abordagem sistémica;
- estabelecimento de sistemas de notificação/*reporting systems* para aprendizagem e intervenção;
- envolvimento dos doentes/cidadãos no processo de melhoria da segurança”.

Para a *Health and Safety Executive* (s.d.) os princípios da gestão do risco passam por assegurar que os profissionais e o público são adequadamente protegidos; avaliar riscos e benefícios, com enfoque na redução dos riscos (os mais frequentes e os mais graves); facilitar a inovação e a aprendizagem organizacional; lidar com os riscos com responsabilidade e disponibilizar aos profissionais o direito à protecção e motivar atitudes responsáveis. Factor essencial na prestação de cuidados de saúde, implícito em todos os níveis e dimensões dos mesmos, que deve ser assumido pelos profissionais da área e partilhado com o doente, prende-se com o facto das falhas e os erros serem realidades incontornáveis, independentemente de se tratarem de técnicas, diagnósticos ou terapêuticas, amplamente consensuais e realizadas por equipas altamente especializadas e com o recurso a sofisticados equipamentos (Sousa, 2010).

Fragata (2009, p.97) estabelece três níveis distintos na gestão de risco:

- nível 1 – detectam-se eventos (relato e registo de eventos);
- nível 2 – prevêem-se eventos pela *standardização* de procedimentos, *guidelines*, consciência de risco; e o nível mais avançado,
- nível 3 – promove-se a mudança cultural, se aprende com o erro, se implementam mudanças e se antevêem trajectórias de risco, redesenhando o sistema, entre outros, pela monitorização contínua da performance.

Paulatinamente, a maioria das organizações de saúde desenvolvem estratégias para que, efectivamente se promova a mudança, sempre numa perspectiva de melhoria contínua dos cuidados prestados, incidindo todos os esforços de encontro à adopção de políticas de qualidade, onde as questões da segurança do doente e da gestão do risco clínico assumem primordial importância.

Como objectivo último, a gestão de risco clínico visa aumentar a segurança do doente, com base num sistema de detecção de eventos, de reporte de eventos adversos, devendo essa declaração ter um carácter voluntário e sem qualquer conotação de culpa, “mas também poderá decorrer com carácter obrigatório (por exemplo sob a forma da declaração de “eventos de declaração obrigatória”), ainda que neste caso se favoreça o anonimato, no âmbito dum sistema simples de registo de eventos” (Fragata e Martins, 2008, p.321). Todo o processo deverá ser avaliado através da realização de auditorias, sendo que “os resultados clínicos deverão ser sempre indexados ao risco intrínseco do doente, devendo ser posta ênfase no carácter impessoal da avaliação global dos resultados” (Fragata e Martins, 2008, p.321), ressaltando uma margem para apreciações da performance individual.

1.2.3. Segurança do Doente

Onde há procedimentos que podem estar certos ou errados, a sua avaliação constitui uma ciência. Não há ciência onde não existe o certo e o errado. Uma ciência consiste na discriminação entre os diferentes procedimentos (Hipócrates, século V a. C., citado por Campos, 2009: p.29).

A segurança do doente tem vindo a adquirir uma importância crescente, constituindo actualmente uma das prioridades da União Europeia na área da saúde. De acordo com a OMS (2008) “todo o doente tem o direito de ser tratado com as tecnologias mais seguras que existam nos estabelecimentos de saúde. Isso significa ficar protegido contra qualquer infecção desnecessária ou potencial, associada aos cuidados de saúde. Por isso, todos os profissionais e instituições de cuidados de saúde têm a obrigação de prestar cuidados seguros e de qualidade e evitar que os doentes sejam vítimas de qualquer enfermidade não intencional”. Muito embora seja reconhecida a necessidade de reduzir os erros para garantir a segurança do doente e, portanto, tenham sido introduzidos em hospitais e outros serviços de saúde normas de segurança, seguindo o exemplo do sector industrial, este tema continua a ser um desafio para todos os sistemas de saúde.

Nos EUA, após o controverso relatório do *Institute of Medicine*, publicado em 2000, o qual afirmava que, por ano, morriam entre 44.000 e 98.000 doentes nos hospitais americanos devido a erros médicos, tem havido um grande investimento na investigação da prevenção do erro. A introdução da ciência da prevenção do erro na saúde representa indiscutivelmente um avanço importante na qualidade dos serviços de saúde. Em Inglaterra foi criada em 2001, a *National Patient Safety Agency*, que assume como objectivos estabelecer uma política nacional sobre a segurança do doente, criar uma cultura nova no que respeita ao erro, não punitiva, e implementar sistemas de comunicação e registo de erros (Álvares, 2005).

A filosofia subjacente a esta iniciativa implica sobretudo uma mudança na abordagem do erro. Pressupõe abandonar uma visão individualizada, punitiva do erro, considerado como falha do profissional e encarar o erro numa visão sistémica, em que o profissional é parte de um sistema e o erro é consequência de uma ou mais falhas no processo: o importante não é quem cometeu o erro mas como e porque aconteceu. É fundamental uma liderança forte que seja capaz de mudar a cultura das organizações de modo a, por um lado, permitir que os profissionais se sintam motivados para comunicar os erros e incidentes e por outro, capaz de os apoiar nos seus anseios e preocupações. A identificação do erro e seu registo sistemático através de sistemas informáticos a nível nacional permite a partilha com as outras unidades de saúde e portanto aprender com os erros e evitá-los. A nível das instituições foram criadas equipas de gestão de risco, que juntamente com os clínicos, analisam as causas dos erros, inclusive através de auditorias, e

procuram soluções (treino dos profissionais, criação de normas e protocolos utilizando a Prática Baseada na Evidência, por exemplo), que permitam a prevenção de situações semelhantes no futuro. Para além da cultura justa é importante uma cultura de aprendizagem onde todos aprendam com os erros dos outros. Outro ponto essencial no modo como é tratada esta questão é o envolvimento do doente, encorajando-o a reportar incidentes, a estar atento a efeitos adversos, para que seja possível melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e assim aumentar a confiança do doente nos serviços de saúde (Álvares, 2005).

De acordo com Rasmussen (1994), citado por Martins (2008 b, p.151), o erro traduz “um desajuste de articulação entre a organização e o meio envolvente”. Ou seja, “é normalmente identificado por um desvio do comportamento normal de um indivíduo, num dado contexto organizacional, que pode ter consequências e danos imediatos, podendo ser identificado, *a posteriori*, quando resultados inapropriados são percebidos como resultantes de uma cadeia de acontecimentos em que o erro humano foi uma causa” (Martins, 2008 b, p.151)

Para França (2005, p.24) “os erros humanos por si só não provocam danos. Contudo, erros humanos no quadro de sistemas pobres e ineficientes podem provocar danos sérios a doentes e profissionais. Práticas clínicas frágeis, deficiente comunicação entre profissionais, formação insuficiente ou desadequada, insuficiência de protocolos e a falta de consideração pelas consequências da fadiga dos profissionais constituem os factores mais frequentes do aumento do risco inerente à prestação dos cuidados de saúde”.

Para Porras (1987), citado por Martins (2008 a, p.33), “o erro é sobretudo a parte visível de um iceberg e, como tal, assinala causas estruturais que estão subjacentes ao sistema organizacional, nas suas diferentes dimensões: a dimensão formal (objectivos, procedimentos, normas); a dimensão informal (cultura, atitudes, níveis motivacionais, conflitualidade); a dimensão da tecnologia (competências, tecnologia); a dimensão física (condições de trabalho, espaço físico, condições ambientais, etc.).

A análise dos erros assume primordial importância na medida em que permite “o desenvolvimento de uma cultura de aprendizagem organizacional (*learning organization*), através de uma prática sistemática, individual e colectiva de debelar as causas dos disfuncionamentos que ocorrem, alargando assim a fronteira do sistema, isto é, a sua capacidade de previsão e resposta a acontecimentos que possa questionar a sua fiabilidade (Martins, 2008 a, p.34). Para Argyris e Schon (1978), citado por Martins (2008 a, p.34) e, a aprendizagem organizacional “pode comportar três estados, com consequências diferenciadas quanto à intervenção na mudança organizacional” (p.34): *single loop* (“aprendizagem que permite intervir no processo de detecção e correcção de erros, enquadrados nos pressupostos em que a organização se baseia” (p.34)); *double loop* (“a aprendizagem implica um questionamento quanto aos pressupostos, valores, normas e políticas em que a organização se baseia, podendo implicar a mudança de modelos mentais” (p.34)), *deutero-learning* (“o sujeito aprende a modificar ou desenvolver o seu modo de aprender e tirar lições da experiência” (p.34), ou seja, “o sujeito aprende a aprender” (p.34).

Os eventos adversos e erros existentes na prática clínica são significativos, não apenas pelo seu conteúdo implícito, mas também pela sua tradução explícita, ou seja, “sinalizam a incapacidade de uma dada equipa/unidade em regular os acontecimentos que ocorreram, revelando, desde modo, a periferia do sistema organizacional” (conjunto de acontecimentos que a organização não tem capacidade de gerir adequadamente no seu funcionamento normal) (Rasmussen, 1994, citado por Martins, 2008 a, p.33). Deste modo, enquanto que os incidentes explicitam “o nível de competência e flexibilidade de um dado sistema organizacional”, os eventos adversos traduzem um questionamento interno ao sistema, quanto à sua capacidade de os evitar, resolver ou avaliar, revelando a fronteira do sistema e, portanto, a sua periferia”.

Cook e Woods (1994), citados por Fragata e Martins (2008, p.43) defendem que o erro se repete ciclicamente, na medida em que se se ignorar toda a dinâmica organizacional, atribuindo-se a falha a factores humanos, faz com que haja um “aumento de regras, uma maior rigidez, e uma tentativa de mais apertado controle”. No entanto, estas medidas, em vez de reduzirem o número de falhas, provocam um “padrão descontínuo da ocorrência de erros leva contudo á existência de um período calmo que se sucede, geralmente, à ocorrência de um erro, o que induz os gestores a pensarem que as mudanças foram eficazes” (Fragata e Martins, 2008, p.43). Tal facto faz com que a ocorrência de uma nova falha seja encarada como situação única e não é relacionada com as falhas anteriores. Logo, “o ciclo repete-se”, pois mantêm-se as falhas inscritas na própria matriz organizacional, contribuindo para o aumento de erros.

Para Reason (2000) a problemática do erro pode ser centrada na pessoa, onde o enfoque é colocado no erro do indivíduo, no esquecimento, na desatenção, na desmotivação, na negligência, etc; ou no sistema, que assenta em premissas como, por exemplo, os humanos são falíveis, os erros são de esperar, os erros são consequências, os erros não são causas. Para o autor supracitado, “não podemos mudar a condição humana mas podemos mudar as condições em que os humanos trabalham” (Reason, 2000, p.769). No primeiro caso, focam-se os actos inseguros – erros e violações de procedimentos. Neste ponto de vista os actos inseguros surgem de processos mentais aberrantes, tais como esquecimentos, desatenção, baixa motivação, falta de cuidado, negligência e imprudência, e assim as medidas preventivas estão dirigidas no sentido de se restringir a variabilidade indesejável do comportamento humano. Estes métodos incluem campanhas através de cartazes que apelam para o sentimento de medo, escrever novos procedimentos ou alterar os existentes, medidas disciplinares, ameaça de litígio, nomeando e envergonhando os culpados. Os seguidores desta teoria tratam o erro como um papel moral, assumindo que coisas ruins acontecem com pessoas ruins (Reason, 2000).

Na aproximação do sistema considera-se que os humanos falham e os erros são esperados, mesmo nas melhores organizações. Os erros são considerados mais como consequências do que como causas, tendo suas origens nem tanto na natureza perversa do ser humano, mas em factores sistémicos que estão acima destes. As medidas de segurança baseiam-se no fato de que não podemos mudar a natureza humana, mas sim as condições sob as quais os seres humanos trabalham. A ideia central é a dos sistemas de defesa, ou seja, toda tecnologia perigosa possui barreiras e salvaguardas. Quando um evento adverso ocorre o importante não é quem cometeu o erro, mas sim como e porque as defesas falharam (Reason, 2000).

O modelo do "Queijo Suíço", proposto por Reason (1990), está baseado nesta segunda corrente, ou seja, defesas, barreiras e salvaguardas ocupam uma posição chave. Sistemas de alta tecnologia têm muitas camadas defensivas, sendo algumas de engenharia, tais como alarmes, barreiras físicas, desligamentos automáticos, e outras defesas estão nas pessoas (pilotos, operadores) e ainda algumas outras dependem de procedimentos e controles administrativos. A função de todos eles é a de proteger vítimas potenciais e o património dos perigos do ambiente. A maioria das defesas, barreiras e salvaguardas funcionam bem, mas existem sempre fraquezas. Num contexto hipotético, cada camada de defesa, barreira ou salvaguarda deveria estar íntegra, entretanto, via de regra elas são mais como as fatias de um queijo suíço, cheias de buracos. Porém, de forma diferente do queijo, esses buracos estão continuamente abrindo e fechando em diferentes momentos. Pensando em camadas, estes buracos numa camada são inofensivos, mas quando ocorre um alinhamento destes buracos nas diferentes camadas do sistema de defesas, barreiras ou salvaguardas ocorre a possibilidade de ocorrência de um evento adverso (Figura 4). Os buracos nas defesas surgem por duas razões: falhas activas e condições latentes. As falhas activas são representadas pelos actos inseguros cometidos pelas pessoas que estão em contacto directo com o sistema, podendo assumir diferentes formas: deslizes, lapsos, perdas, erros e violações de procedimentos. As falhas activas geralmente têm um impacto de curta duração sobre as defesas (Reason, 2000).

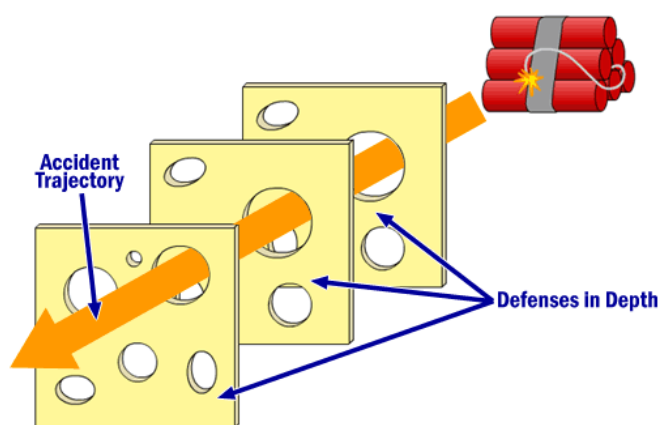


Figura 4 - Modelo do Queijo Suíço (adaptado de Reason, 1990)

As condições latentes são representadas pelas patologias intrínsecas do sistema, e surgem a partir de decisões dos projectistas, construtores, elaboradores de procedimentos e ao nível da gestão de topo. As condições latentes têm dois tipos de efeitos adversos: podem contribuir para o erro no local de trabalho (como, por exemplo, pressão de tempo, sobrecarga de trabalho, equipamentos inadequados, fadiga e inexperiência) e podem criar buracos ou fraquezas duradouras nas defesas (alarmes e indicadores não confiáveis, procedimentos não exequíveis, deficiências projectais e construtivas, dentre outros). As condições latentes, tal como o nome sugere, podem permanecer dormentes no sistema por anos antes que se combinem com as falhas activas provocando acidentes. As falhas activas não podem ser previstas

facilmente, mas as condições latentes podem ser identificadas e corrigidas antes de um evento adverso. A compreensão deste facto leva à gestão proactiva ao invés da reactiva (Reason, 2000).

As defesas são implementadas com vários propósitos:

- criar uma compreensão e consciência dos diferentes riscos associados à prática profissional;
- fornecer uma clara orientação em como funcionar de um modo seguro;
- providenciar avisos e alarmes quando o perigo está iminente;
- re-estabelecer o sistema no seu estado normal de funcionamento, quando, por qualquer razão, se afastou desse estado;
- interpor barreiras de segurança entre os riscos e os potenciais danos em pessoas e equipamentos;
- conter ou eliminar os perigos para os quais estas barreiras possam não ser eficazes;
- providenciar meios alternativos de segurança caso a contação do risco falhar (Reason, 1990).

A prática relativa à segurança dos doentes refere-se a processos ou estruturas que, quando aplicadas, reduzem a probabilidade de efeitos adversos resultantes da exposição a diversas doenças e procedimentos no sistema de cuidados de saúde (Kohn, Corrigan, Donaldson, et al., 2000). Essa prática destina-se a tornar os cuidados de saúde mais seguros para os doentes e para os profissionais.

Como resposta a eventos adversos, o *Department of Health* (2000, p.79) refere algumas das principais características negativas do NHS referente à ocorrência dos mesmos e, paralelamente, sugere alguns aspectos pertinentes a desenvolver e a apostar no futuro (Quadro 2).

Quadro 2 - Uma nova abordagem para responder a eventos adversos no NHS

<u>Passado</u>	<u>Futuro</u>
Medo de represálias	Políticas de notificações livres de culpa
Enfoque na pessoa	Imparcialidade
Bases de dados dispersas	Bases de dados coordenadas
Divulgação de resultados irregular	Divulgação de resultados sistemática
Formação individual	Formação em equipa
Foco de atenção no erro da pessoa	Abordagem pelo sistema
Falta de consciência sobre gestão do risco	Sensibilização para a gestão do risco
Soluções a curto prazo	Redução do risco de forma sustentável
Aprendizagem passiva	Aprendizagem activa
Circulo fechado de partilha do erro	Partilha alargada da informação

Fonte: Adaptado de "An Organization with a Memory" (2000, p.79)

A *National Patient Safety Agency* (2004), consciente da importância do tema e considerando vital o envolvimento de todos os actores da saúde, desenvolveu um documento estratégico, intitulado, *Seven steps to patient safety a guide for NHS staff*, onde são definidos sete passos essenciais que as organizações do NHS deveriam adoptar no sentido de melhorar a segurança dos doentes e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados de saúde a prestar (Quadro 3). Cada um destes passos fornece uma *checklist* que ajuda a planear as actividades e a medir o desempenho e a efectividade das acções adoptadas para promover a segurança dos doentes (Sousa, 2006).

Quadro 3 - Sete Passos essenciais para melhorar a segurança dos doentes

1 – Build a safety culture	Estabelecer um ambiente de segurança através da criação de uma cultura aberta e justa
2 – Lead and support your staff	Liderança forte e apoio das equipas de saúde em torno da segurança dos doentes
3 – Integrate your risk management activity	Integrar as actividades de gestão do risco desde a identificação das causas até à definição das acções correctivas e/ou preventivas
4 – Promote reporting	Promover o reporte dos eventos adversos ou <i>near misses</i> , assegurando que os profissionais de saúde podem facilmente, e sem receios persecutórios, reportar os incidentes
5 – Involve and communicate with patients and the public	Envolver e comunicar com os doentes e com a sociedade em geral. Desenvolver formas para comunicar e auscultar os doentes acerca da problemática dos eventos adversos
6 – Learn and share safety lessons	Aprender e partilhar experiências. Encorajar os profissionais de saúde a analisar a raiz dos problemas e as causas que estão subjacentes no sentido de aprender como e porquê o incidente ocorreu. A difusão da informação acerca das causas dos incidentes é fundamental para diminuir ou evitar episódios recorrentes
7 – Implement solutions to prevent harm	Implementar soluções, para prevenir a ocorrência de situações que possam provocar danos nos doentes, através de mudanças nas práticas, nos processos e na estrutura da organização, sempre que tal se verifique necessário

Fonte: Adaptado de *National Patient Safety Agency – Seven steps to patient safety a guide for NHS staff* (2004)

Na opinião de Sousa (2006, p.314), "para as organizações de saúde, com a complexidade que as caracterizam, adoptar e seguir estes passos requer a interiorização de uma cultura de segurança, liderança forte e espírito de coesão entre os profissionais de saúde, bem como um elevado nível de comprometimento entre diferentes profissionais e serviços/departamentos que constituem toda a rede de cuidados de saúde".

A *National Patient Safety Agency* (2004) defende que o facto de se seguirem estes sete passos, não implica que a ocorrência de eventos adversos ou danos possam ser evitados, no entanto, fica assegurado que os cuidados de saúde prestados são tão seguros quanto possível e que, em situações onde algo possa correr mal, as acções correctivas serão tomadas num curto espaço de tempo e com base na melhor evidência e/ou conhecimento disponível.

A gestão dos factores de risco humanos nunca será cem por cento efectivo. As falhas humanas podem ser controladas, mas nunca eliminadas. O processo de gestão do erro é tão importante quanto o próprio produto ou serviço considerado. Diferentes tipos de erros com variados mecanismos de sustentação ocorrem nas organizações e requerem métodos de gestão específicos. O grande desafio é o de propiciar condições para que sejam eliminadas as condições que potencializam os erros, aumentando as hipóteses de detecção e de recuperação das falhas humanas que inevitavelmente ocorrerão (Reason, 2002).

Apesar de serem conceitos similares, existem algumas diferenças entre segurança do doente e gestão do risco. Enquanto que o primeiro tem o seu foco questões sistémicas, propicias ao erro, a gestão do risco, embora igualmente interessada em eliminar, prevenir, reduzir e minimizar as situações que propiciem risco para o doente, é mais ampla, na medida em que abrange a gestão de riscos estratégicos, operacionais e financeiros que podem comprometer o bem-estar da organização de saúde, funcionários, visitantes, comunidade e pacientes. Um ponto em comum em ambos os conceitos é a *accountability*, na medida em que cada um deve assumir individualmente a responsabilidade, bem como as organizações devem aceitar a responsabilidade das empresas na prestação de cuidados e na garantia de prestação de cuidados de saúde de qualidade e, conseqüentemente, na melhoria da segurança do doente (Rozovsky e Conley, 2007)

Sendo a segurança do doente uma das dimensões da qualidade, deve haver, por parte das organizações, um investimento nesta área, numa perspectiva de melhoria contínua dos cuidados prestados em ambiente de BO. Devido às suas características, "o bloco operatório é um dos locais onde, pelos factores ambientais, pelas técnicas utilizadas, que obrigam ao uso de inúmeros dispositivos médicos, existem riscos potenciais elevados a que podem ser expostos doentes e profissionais" (Martins e Dias-Pinheiro, 2006, p.63). Nesta sequência, Fragata (2010, p.20) refere alguns componentes que propiciam a insegurança e conduzem ao erro: "ambiente de stress excessivo, ocorrências inesperadas (vertente diagnóstica, dificuldade técnica, impreparação, equipamento, falhas técnicas), interface humanos-equipamentos muito variadas e nem sempre ergonómicas, dinâmica de equipa com as suas disfunções usuais, falhas da organização, falhas técnicas por avaria e claro, o erro humano!".

1.3. O BLOCO OPERATÓRIO NO CONTEXTO SÓCIO-ORGANIZACIONAL DE UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

1.3.1. O Bloco Operatório nas Organizações de Saúde

O Bloco Operatório é uma organização complexa e completa, com actividade altamente especializada (Bilbao e Fragata, 2006, p.280).

As instituições de Saúde apostam cada vez mais no avanço tecnológico e na sua utilização para cuidados diferenciados. O Bloco Operatório é um excelente exemplo, uma vez que se trata de uma “unidade orgânico-funcional, constituída por um conjunto integrado de meios físicos, técnicos e humanos, vocacionados para a prestação de tratamentos e cuidados anestésico-cirúrgicos, onde se realizam intervenções cirúrgicas programadas e de urgência, bem como exames e tratamentos invasivos que requeiram um elevado nível de cuidados de assepsia e/ou anestesia, ao doente adulto e pediátrico (Bilbao e Fragata, 2006, p. 281).

No universo hospitalar, o BO assume especial destaque, na medida em que “a qualidade e o nível de resultados obtidos pelos serviços da área cirúrgica são vitais no processo de desenvolvimento e afirmação de um hospital” (Bilbao e Fragata, 2006, p. 279), sendo que “a sua actividade gera um grande impacto na instituição de saúde pelo volume importante de interações com o resto do hospital” (Bilbao e Fragata, 2006, p.280). De acordo com Grau (2003), citado por Bilbao e Fragata (2006, p.279), são vários os aspectos que demonstram “a relevância e o peso da actividade cirúrgica nas organizações hospitalares espanholas:

- mais de 60% dos processos hospitalares são cirúrgicos;
- os processos cirúrgicos estão a adquirir uma importância cada vez maior no hospital, correspondendo entre 70 a 80% das admissões programadas;
- representam menos de 5 dias de demora média de internamento;
- em cada sala de operações são realizadas 3 a 4 intervenções cirúrgicas/dia;
- menos de 10% das urgências atendidas são cirúrgicas;
- mais de 40% das provas de diagnóstico são motivadas pelo processo cirúrgico;

- 40-60% da actividade é cirurgia ambulatória major cujos índices de substituição atingem os 62,7% nos EUA;
- 70% das consultas externas correspondem ao processo cirúrgico" (Bilbao e Fragata, 2006, pp. 279-280).

O BO é uma "organização complexa e completa, com actividade altamente especializada" (Bilbao e Fragata, 2006, p.280), representando "um centro de custos com um uso intensivo de recursos humanos, materiais, tecnológicos, económicos e, sobretudo, de tempo" (Bilbao e Fragata, 2006, p.280). De acordo com Grau (2003), citado por Bilbao e Fragata (2006, p.280), em Espanha está calculado que um BO consome entre:

- "10-15% do orçamento de um hospital;
- 58,4% do pessoal do hospital;
- exige uma equipa humana importante, destinada à actividade cirúrgica e com alto nível de especialização multiprofissional que está distribuída, em média, da seguinte forma:
 - enfermeiros: 56,7% (enfermeiros: 46,8%; enfermeiros especialistas: 8,1%; enfermeiro chefe: 1,8%)
 - anestesistas: 24,3%
 - assistentes operacionais: 17,1%
 - outros: 1,8%
- cada sala de operações está operacional num mínimo de 9 600 horas ao ano (576 000 minutos)
- o seu custo/minuto é de 7,51€" (Bilbao e Fragata, 2006, p.280)

O BO não pode ser encarado isoladamente na organização, na medida em que está inserido num conjunto mais amplo de serviços que prestam cuidados de saúde ao doente. Deste modo, "a sua optimização, para além de depender do seu contexto específico e da organização em que se insere, está intimamente relacionado com outros serviços que respondem pela gestão pré-operatória, pelas admissões (electivas e urgentes), pela gestão de camas e planeamento de altas, entre outros" (Bilbao e Fragata, 2006, p.282)

A AESOP (2006) recomenda que toda a organização e funcionamento do BO devem estar estabelecidos num programa funcional, que coincide com o plano estratégico da organização hospitalar, de modo a seja possível planear e acompanhar o desempenho, bem como compreender o potencial de eventuais expansões futuras, no sentido de dar resposta a um aumento de procura dos serviços cirúrgicos.

1.3.2. Especificações do Bloco Operatório

A missão [do BO] é cuidar do doente, em contínua busca da excelência, desenvolvida por uma equipa multidisciplinar, com o fim de restabelecer ou conservar a saúde ou o bem estar do indivíduo, antes, durante e após a cirurgia (Bilbao e Fragata, 2006, p. 281).

O Bloco Operatório é um espaço técnico, de grande diferenciação, cuja estrutura, para além de ser extremamente complexa, tem uma dinâmica específica que afecta a sua performance global e em que a equipa cirúrgica desempenha um papel fundamental no resultado final e na ocorrência de mais ou menos erros (Fragata, 2008 a).

A equipa cirúrgica é composta por “pessoas altamente treinadas, que se reúnem para realizar uma tarefa específica, potencialmente arriscada, a qual requer um nível máximo de interacção e de responsabilidade partilhada entre os seus membros” (Fragata, 2010, p.20), tendo esta actividade “coreografia própria, levada a cabo por cirurgiões, anestesistas, ajudantes, enfermeiros, técnicos e auxiliares (para só falarmos dos elementos em cena) onde, com facilidade, ocorrem problemas de comunicação e surgem conflitos, conduzindo a eventos indesejáveis” (Fragata, 2010, p.20).

Todas as actividades desenvolvidas no BO envolvem tarefas complexas, plenas de variação e de incerteza (Fragata, 2010), onde “o stress é frequente e a fadiga ainda mais comum que se desenvolve a actividade profissional de cada um dos técnicos, enquadrada no desenho do sistema e numa interacção constante com máquinas” (Fragata, 2008 a, p.107).

Para Loff (2004: 97), “as relações interpessoais na equipa de saúde têm por base três vértices: a organização, a comunicação e o poder (autoridade), sendo a partir deles que se geram conflitos ou que, pelo contrário, se estabelece uma dinâmica eficaz que contribui para a eficiência da assistência produzida em determinada unidade de saúde”. Também Fragata (2010, p.18), à luz da teoria de James Reason, reforça o facto que no BO se verifica “prática complexa, interdisciplinar, com forte dependência da actuação individual (*human technical skills*), exercida no seio de organizações complexas, onde os factores de equipa (*human non technical skills*) e os factores organizacionais (*system*) desempenham um papel fundamental, numa constante interacção entre humanos, máquinas e equipamentos”.

Não obstante da importância dos factores técnicos e organizacionais, os factores humanos¹ assumem, actualmente, “um papel preponderante em todos os quadrantes da saúde e, muito em especial, nos blocos cirúrgico” (Fragata, 2010, p.20), sendo que é pertinente a sua análise através de capacidades individuais, no que concerne às capacidades individuais de conhecimento e de destreza, à capacidade de decidir, à consciência de recuperar trajectórias de risco; e de capacidades sociais e de equipa – no que diz respeito a outras dimensões, que se prendem com a dinâmica da equipa – comunicação, coordenação, percepção da fadiga, lidar com conflitos e perfil de liderança (Fragata, 2010, p.20).

Um estudo realizado “num hospital europeu identificou comportamentos de risco que, frequentemente, atingem os doentes no bloco operatório: comunicação com a equipa (falta de discussão do plano cirúrgico e alternativas), *leadership* (incapacidade de chefiar no bloco operatório), relações pessoais (conflitos interpessoais), preparação e plano (desconhecimento da técnica e das alternativas), vigilância (incapacidade de monitorizar as alterações do doente)” (Helmreich (1994), citado por Fragata e Martins, 2008, p.72). Logo, os elementos de risco envolvidos num bloco operatório ou num cockpit de avião não têm diferenças significativas: “problemas de comunicação (...), stress, fadiga, condições latentes e as falhas humanas activas podem interagir em ambos os cenários para provocar acidentes” (Fragata e Martins, 2008, p.72).

Deste modo, “os princípios da gestão do risco devem ser aplicados em todas as actividades perioperatórias, com especial ênfase nas seguintes áreas:

- consentimento expresso e informado do doente, acerca dos procedimentos anestésicos e cirúrgicos;
- preparação pré-operatória do doente, incluindo a avaliação e comunicação das necessidades;
- identificação do doente e verificação do processo;
- monitorização do doente durante todo o período peri-operatório;
- movimentação, mobilização e posicionamento do doente;
- procedimentos perioperatórios que mantenham a continuidade dos cuidados;
- verificação dos factores ambientais;
- conhecimento, manutenção e utilização de equipamentos;
- técnica asséptica” (Martins e Dias-Pinheiro 2006, p.63).

A segurança do doente assume primordial importância “num ambiente de alta tecnologia, de uma especialização, onde se pretende prestar cuidados de qualidade” (Martins e Dias-Pinheiro, 2006, p.63), como o BO. Deste modo, deve-se ter em linha de conta os diversos factores envolvidos na génese de erros

¹ Fragata (2010, p.20) define factores humanos como “toda a interface humana da actividade, desde decisão e actuação individual ao comportamento em equipa, terminando na relação entre seres humanos e equipamentos”.

no BO, tais como, o desenho do sistema (falhas latentes), a performance no BO (falhas predisponentes), o desempenho individual, os diferentes estilos de liderança, a atitude na equipa, o diverso equipamento do BO e o factor humano (falhas activas) (Fragata, 2008 a, p.108).

1.3.3. Eventos Adversos Relacionados com o Período Peri-Operatório

As estatísticas referem que pelo menos 25% dos acidentes clínicos ocorrem no período intra-operatório (Martins e Dias-Pinheiro, 2006, p.63).

De acordo com Martins e Dias-Pinheiro (2006, p.63), “os acidentes e erros mais comuns no período perioperatório estão relacionados com o doente errado; cirurgia errada; local da cirurgia errado; incidentes anestésicos; contagens (compressas, cortoperfurantes, instrumentos) incorrectas; avaria de equipamentos/instrumentos; posicionamentos incorrectos; quedas de equipamentos; cirurgia não planeada de acordo com o consentimento expresso; queimaduras; lesões provocadas por garrotes pneumáticos; contaminação por quebra da técnica asséptica cirúrgica; paragem cardio-respiratória; pessoal a trabalhar sem conhecimento e competências; falta de supervisão; falta de comunicação”.

A Organização Mundial de Saúde, em Maio de 2002 criou a *World Alliance for Patient Safety*, que promove o desenvolvimento de normas baseadas na evidência para a prestação de cuidados mais seguros para o doente, promove as classificações globais para o erro médico e suporta a partilha de conhecimentos no domínio da segurança dos doentes entre os Estados-Membros (WHO, 2008 a).

O primeiro desafio da *Global Patient Safety*, "*Clean Care is Safer Care*", foi criado para a sensibilização e compromisso político sobre a importância da higienização das mãos para diminuir os cuidados de saúde associados à infecção, em países que representam mais de 78% da população do mundo (WHO, 2008 a).

A Cirurgia tornou-se uma parte integrante dos cuidados de saúde a nível mundial, com uma estimativa de 234 milhões de operações realizadas anualmente. As complicações cirúrgicas são comuns e muitas vezes evitáveis (WHO, 2008 b; WHO, 2009 a, b; Haynes, et al., 2009).

Embora os procedimentos cirúrgicos são destinados a salvar vidas, a prestação de cuidados cirúrgico não seguros pode causar danos substanciais, nomeadamente:

- complicações após as cirurgias com internamento ocorrem até 25% dos doentes;
- a taxa bruta de mortalidade relatada após a cirurgia de grande porte (cirurgias major) é 0,5-5%;
- nos países industrializados, quase a metade de todos os eventos adversos em pacientes hospitalizados estão relacionadas com a assistência cirúrgica (WHO, 2008 b).

Fragata (2010, p. 21-23) faz referencia à teoria multifactorial de Reason (ver Figura 4), na medida em que nos diversos níveis “podem ocorrer orifícios ou buracos de segurança, cujo alinhamento, por ordem, conduzirá à oportunidade para ocorrência de acidentes:

- influências organizacionais;
- cultura local de segurança;
- gestão recursos humanos e materiais;
- supervisão;
- distribuição de tarefas com suporte de competência;
- predisposição para actos pouco seguros;
- ambiente – equipamento, ergonomia, *check-lists*;
- estado mental adverso – fadiga, baixa moral, preparação mental para a acção;
- estado físico adverso – doença, má visão, má audição, dores;
- factores equipa – má coordenação, má comunicação;
- cometimento de actos inseguros;
- erros de decisão – má aplicação de regras e decisão elaborada;
- erros baseados na destreza – automáticos, erros de técnica;
- erros de percepção – por deficiente informação ou percepção;
- erros por violação esporádica de regras – comportamentos negligentes ocasionais;
- erros por violação habitual de regras – comportamentos habituais inseguros, por quebra sistemática de normas (comportamentos negligentes habituais)" (Fragata, 2010, p.21-23).

Torna-se evidente que o investimento das organizações nas questões relacionadas com a segurança do doente em ambiente de BO é incontornável, pois, de acordo com a OMS, pelo menos metade dos casos em que a cirurgia levou a prejuízos, estes são considerados evitáveis (WHO, 2008 b; WHO, 2009 a, b).

1.3.4. Medidas/Acções para a melhoria da segurança do doente no período Peri-Operatório

1.3.4.1 Time Out

Em 2002, a *National Quality Forum* publicou um documento, *Serious Reportable Events in Healthcare: a National Forum Consensus Report*, onde apresenta um lista de 27 "Never Events" (eventos adversos sérios que são, em grande, parte evitáveis), entre os quais se encontra a cirurgia no doente errado ou no lado errado (Rozovsky e Conley, 2007).

Para a AESOP (2010, p.124) "a cirurgia no local errado, o procedimento cirúrgico errado e a operação ao utente errado podem ser prevenidos e, para a sua eliminação é necessário adoptar uma abordagem forte, com a utilização de várias estratégias".

Em Julho de 2004, a JCAHO propõe o Protocolo Universal para todas as organizações que se encontrem em acreditação, para a prevenção da cirurgia no utente-errado, no local-errado, no lado-errado e o procedimento-errado, criando o *Time Out*, um instrumento que contribui para a melhoria da segurança do doente em ambiente cirúrgico (Rozovsky e Conley, 2007; Dillon, 2008; Verdaasdonk et al., 2009; WHO 2008 b; WHO, 2009 a, b).

A aplicação correcta do TO passa pela verificação do paciente, do procedimento, do local, do cirurgião e do posicionamento correcto, bem como a verificação do equipamento e material necessário (Dillon, 2008), "seguido da marcação, com tinta estável, do local da operação prevista, finalmente, o chamado "time out", que é um verdadeiro *briefing* entre os membros da equipa, onde todo o procedimento é prospectivamente introduzido e revisitado" (Fragata, 2010, p23).

Trata-se de "um processo contínuo de recolha e verificação de informação, começando na decisão de realizar o procedimento, continuando em todos os locais e actos integrados na preparação pré-operatória do utente até (e incluindo) ao momento imediatamente anterior ao procedimento" (AESOP, 2010, p. 124)

O TO deve ser aplicado em todos os procedimentos cirúrgicos e outros procedimentos invasivos que exponham o utente a risco, incluindo os que se realizam fora do BO e o envolvimento do utente (ou do seu representante legal designado) deve ser assegurado sempre que possível (AESOP, 2010)

Fragata (2010, p. 24) sugere um conjunto de medidas multifactoriais, aplicadas a múltiplos níveis para a promoção da segurança do doente em ambiente de BO:

- *checklists* de material;

- *checklists* de procedimentos – protocolos;
- *briefings* pré-operatórios (treino equipa, comunicação proactiva, *time out*);
- perfis de liderança (hierarquias do tipo *flat-team*);
- monitorização de eventos (nível de má performance);
- análise retroactiva – RCA (*Root Cause Analysis*);
- análise proactiva de trajectória de risco – HFMEA (*Health Failure and Effect Mode Analysis*).

É importante realçar a importância do envolvimento e a comunicação efectiva entre todos os membros da equipa cirúrgica em todo o processo, uma vez que “não é possível uma prática segura sem disciplina, colaboração e sem o respeito pela interdependência do desempenho dos diversos profissionais” (AESOP, 2010, p.124).

1.3.4.2. Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

A existência de check-lists é fundamental para tarefas de complexidade e repetição reconhecida – por exemplo, as condições necessárias para a entrada de um doente no Bloco, a conferência de equipamentos ou fármacos anestésicos (Fragata, 2010, p.21).

Em Janeiro de 2007, a *World Alliance for Patient Safety*, iniciou o seu trabalho sobre o segundo desafio da *Global Patient Safety*, "Safe Surgery Saves Lives" (Anexo I), visa reduzir os eventos adversos durante os procedimentos cirúrgicos, contribuindo para a melhoria da segurança do doente, através da introdução da *WHO Checklist Cirúrgica*, a ser realizada durante a cirurgia (WHO, 2008 b; WHO 2009 a, b). Esta *checklist* foi lançada oficialmente a 25 de Junho de 2008 e representa um conjunto de normas de segurança que podem ser aplicadas em todos os Estados Membros da OMS. Foi inicialmente aplicada em hospitais de oito países: Estados Unidos da América, Filipinas, Inglaterra, Jordânia, Tanzânia, Índia, Canadá e Nova Zelândia (WHO, 2008 b; WHO 2009 a).

Grupos de trabalho com peritos internacionais (profissionais das áreas de anestesia, cirurgia, enfermagem, epidemiologia, engenharia biométrica, utentes e grupos de trabalho sobre segurança dos doentes, entre outros) chegaram a um consenso em torno de quatro áreas em que melhorias dramáticas poderiam ser feitos na segurança nos cuidados cirúrgicos:

- prevenção de infeção do local da cirurgia: a infeção do local da cirurgia é uma das causas mais comuns de graves complicações cirúrgicas. A evidência mostra que comprovadas medidas, como a profilaxia antibiótica na hora antes da incisão e a efectiva esterilização dos instrumentos, são seguidas de forma inconsistente. Isso muitas vezes não é por causa do custo ou falta de recursos, mas devido a uma sistematização pobre. Os antibióticos, por exemplo, são administrados nos períodos perioperatórios, tanto em países desenvolvidos, como em países em desenvolvimento, mas muitas vezes são administrados muito cedo, tarde demais, ou simplesmente de forma irregular, tornando-os ineficazes na redução dos danos para o doente (WHO, 2008 b; WHO 2009 a).
- anestesia Segura: as complicações anestésicas constituem uma causa substancial de mortalidade cirúrgica mundial, apesar da segurança e acompanhamento de normas tenham reduzido significativamente as mortes desnecessárias e incapacidades nos países desenvolvidos. Há três décadas atrás, um doente submetido a anestesia geral, tinha uma estimativa 1/5000 possibilidade de morte. Com melhorias no conhecimento e na base de padrões de cuidado o risco caiu para 1/200 000 nos países desenvolvidos. Infelizmente, a taxa de anestesia associada à mortalidade

nos países em desenvolvimento parece estar 100-1000 vezes superior, indicando uma falta grave e sustentada da anestesia segura para a cirurgia nestas definições (WHO, 2008 b; WHO 2009 a).

- equipas cirúrgicas seguras: o trabalho em equipa é o núcleo de todos os sistemas, funcionando de forma eficaz, envolvendo várias pessoas. Na sala operatória, onde a tensão pode ser elevada e vidas estão em jogo, o trabalho em equipa é uma componente essencial da prática segura. A qualidade do trabalho em equipa depende da cultura da mesma e dos seus padrões de comunicação, bem como as competências clínicas e consciencialização dos diversos membros da equipa. Melhorar as características de equipa deve ajudar a comunicação e reduzir dano ao paciente (WHO, 2008 b; WHO 2009 a).
- medição dos serviços cirúrgicos: Um dos principais problemas de segurança cirúrgica foi uma falta de dados básicos. Os esforços para reduzir a mortalidade materna e neo-natal durante o parto têm sido extremamente dependente de vigilância de rotina de mortalidade taxas e dos sistemas de cuidados obstétricos para acompanhar sucessos e fracassos. Similar vigilância não tem sido realizado para atendimento cirúrgico geral. Os dados sobre volume cirúrgico estão disponíveis apenas para uma minoria de países e não são padronizados. A vigilância de rotina para avaliar e medir serviços cirúrgicos Deve ser estabelecida se os sistemas de saúde pública para garantir o progresso na melhoria a segurança dos cuidados cirúrgicos (WHO, 2008 b; WHO 2009 a).

O desenvolvimento da *Checklist* Cirúrgica tem por base três princípios essenciais para o sucesso da sua aplicação: simplicidade, ampla aplicabilidade e mensurabilidade (Quadro 4). Pretende-se que haja uma sensibilização das organizações e dos diferentes profissionais para a adesão e aplicabilidade deste instrumento que permite melhorar a segurança do doente em ambiente de BO.

O segundo desafio da *Global Patient Safety* tem como objectivo promover a melhoria da segurança cirúrgica e para reduzir a mortalidade e complicações durante a cirurgia de quatro maneiras:

- fornecendo informações sobre o papel e os padrões de segurança cirúrgica na saúde pública para médicos, administradores hospitalares e os profissionais da saúde pública;
- definindo um conjunto mínimo de medidas uniformes, ou "estatísticas vitais cirúrgicas", para a vigilância nacional e internacional de cuidados cirúrgicos;
- através da identificação de um simples conjunto de normas de segurança cirúrgica que são aplicáveis em todos países e ambientes e são compilados numa lista de verificação para uso em salas operatórias;
- por meio de testes e divulgar a lista de controlo e vigilância em locais-piloto em cada região, inicialmente, e depois aos hospitais em todo o mundo (WHO, 2008 b; WHO 2009 a).

Quadro 4 - Princípios base da *WHO Surgical Safety Checklist*

Simplicidade	Uma lista exaustiva das normas e directrizes pode criar um pacote que melhoraria a segurança do paciente, mas tal abrangência seria difícil de usar e transmitir e, provavelmente, enfrentaria uma resistência significativa. O apelo da simplicidade nesta definição não pode ser exagerada. Medidas simples serão mais fáceis de instituir e podem ter efeitos profundos numa variedade de configurações.
Ampla aplicabilidade	Focar um meio de recurso específico pode alterar os tipos de questões consideradas para a discussão (por exemplo, normas mínimas de equipamento para contextos com poucos recursos). No entanto, o objectivo é chegar a todos os ambientes e as configurações, em contextos com muitos ou poucos recursos. Ademais, falhas regulares ocorrem em cada configuração e ambiente e são passíveis de soluções comuns.
Mensurabilidade	A medição do impacto é uma componente-chave. Métricas significativas devem ser identificadas, ainda que apenas se refiram a processos alternativos. Eles também devem ser razoáveis e quantificáveis pelos profissionais em todos os contextos.

Fonte: Adaptado de "Safe Surgery Saves Lives", *World Alliance for Patient Safety*, WHO (2008)

Dada a complexidade do tratamento cirúrgico, e com o objectivo de minimizar as perdas desnecessárias de vida e complicações graves, a OMS estabeleceu, como orientações de segurança cirúrgica, 10 objectivos básicos (essenciais a qualquer caso cirúrgico) que a equipa cirúrgica deve ter sempre em linha de conta (WHO, 2008 b; WHO 2009 a) (Quadro 4).

A *Checklist* Cirúrgica consiste numa confirmação oral pela equipa (enfermeiros, anestesiólogos e cirurgiões) de diversos factores que contribuem para a segurança do doente. É aplicada em três momentos críticos no cuidado: antes da indução anestésica (*sign in*), imediatamente antes da incisão (*time out*), e antes do doente sair da sala operatória (*sign out*). De acordo com a OMS, o documento pode ser ajustado à especificidade de cada BO, de modo a dar resposta às necessidades da instituição (WHO, 2008 b; WHO, 2009 a, b; Haynes, et al., 2009).

Recentemente foi realizado um estudo que envolveu os oito hospitais onde foi implementada a *Checklist* Cirúrgica e concluiu-se que a taxa de mortalidade antes da introdução da *checklist* era de 1,5%, diminuindo para 0,8% após a sua implementação. Também no internamento se verificou redução das complicações cirúrgicas, de 11,0% para 7,0% após a introdução da *checklist* (Haynes, et al., 2009).

Quadro 5 - Objectivos essenciais para a Segurança Cirúrgica

Objectivo 1	A equipa irá operar o doente certo no local certo.
Objectivo 2	A equipa utilizará métodos já conhecidos para evitar danos derivados da administração de anestésicos, salvaguardando o doente da dor.
Objectivo 3	A equipa irá reconhecer e estar efectivamente preparada para actuar perante sinais e sintomas de risco de vida ou falência respiratória.
Objectivo 4	A equipa irá identificar os sinais/sintomas e estar efectivamente preparada para actuar face ao risco de elevada perda de sangue.
Objectivo 5	A equipa irá evitar a indução de uma reacção alérgica ou reacções adversas a medicamentos relativamente aos quais existe risco significativo para aquele doente.
Objectivo 6	A equipa utilizará sistematicamente métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção do local cirúrgico.
Objectivo 7	A equipa irá impedir a retenção inadvertida de instrumentos ou compressas em feridas cirúrgicas.
Objectivo 8	A equipa irá acondicionar e identificar com precisão todas as amostras cirúrgicas.
Objectivo 9	A equipa irá comunicar de forma eficaz e partilhar informação crítica que contribua para o aumento da segurança nos procedimentos cirúrgicos.
Objectivo 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.

Fonte: Adaptado de "Safe Surgery Saves Lives", *World Alliance for Patient Safety*, WHO (2008)

Há um reconhecimento generalizado de que cada país pode melhorar a segurança dos seus cuidados cirúrgicos e que esta é uma questão crítica da saúde pública, afectando centenas de milhões de pessoas em todo o mundo a cada ano. Ao criar uma cultura de segurança, a *WHO Patient Safety* pretende promover normas de boas práticas que reduzem as lesões e salvar vidas (WHO, 2008 b; WHO, 2009 a).

Em Portugal, a DGS, emite uma circular normativa a 22 de Junho de 2010, onde recomenda e incentiva a adesão de todos os BO do Sistema Nacional de Saúde à "Cirurgia Segura Salva Vidas", através do preenchimento da Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica numa plataforma informática criada para o efeito (SIGLIC) (DGS, 2010).

2. METODOLOGIA

2.1. TIPO DE ESTUDO

No sentido de alcançar os objectivos da investigação optou-se por um estudo exploratório-descritivo, transversal, de abordagem quantitativa. Classificou-se como descritivo, uma vez que pretendeu-se descrever o universo perceptual dos sujeitos que vivenciam uma experiência. Para Lakatos e Marconi (1992), os estudos descritivos descrevem um fenómeno ou situação, mediante um estudo realizado em determinado espaço-tempo. Trata-se de um estudo exploratório, pois tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos ou ideias, com vista à formulação de problemas mais precisos ou hipóteses para estudos posteriores (Gil, 1989).

Assume também um carácter transversal, pois pretendeu-se colher os dados num único instante no tempo, obtendo assim, um recorte de informações momentâneo. Possui ainda, uma vertente quantitativa, dado que pretendíamos, através de parâmetros estatísticos, quantificar e analisar o fenómeno em estudo.

2.2. OBJECTIVOS E HIPÓTESES

O presente estudo pretende, de um modo geral:

- analisar a opinião dos profissionais do BO (enfermeiros, anesthesiologistas e cirurgiões), dos hospitais EPE do Alentejo, face à *Checklist* Cirúrgica, em particular, e às questões da Segurança do Doente em geral.

Tendo em conta o objectivo geral traçado constituem-se como objectivos específicos do trabalho:

- compreender a importância atribuída à segurança do doente no BO pelos diferentes profissionais;
- verificar medidas adoptadas para a segurança do doente;
- verificar a consciencialização da ocorrência de eventos adversos e respectiva identificação;
- identificar o conhecimento de diferentes medidas/acções para a melhoria da segurança do doente no período intra-operatório.

As hipóteses são “enunciados formais das relações presumidas entre duas ou mais variáveis, enunciados de predição dos efeitos esperados do estudo” (Freixo, 2009, p.165). Também para Fortin (2003, p.102), “a formulação de uma hipótese implica a verificação de uma teoria ou, mais precisamente, das suas proposições”. As hipóteses são, deste modo, “a base da expansão dos conhecimentos quando se trata de refutar uma teoria ou de a apoiar” (Fortin, 2003, p.102).

Hip. 1: Há diferença significativa na importância atribuída à segurança do doente em função da idade, género, profissão, hospital e tempo de actividade profissional em Bloco Operatório.

Hip. 2: Há diferenças significativas face às estratégias adoptadas em prol da segurança do doente, em função da idade, género, habilitações literárias, profissão, hospital e tempo de actividade profissional em Bloco Operatório.

Hip. 3: Há diferença significativa no que concerne à tipologia de erros mais frequentes associados ao período intra-operatório em função da idade, género, profissão, hospital e tempo de actividade profissional em Bloco Operatório.

Hip. 4: Há diferença significativa na opinião dos profissionais do BO face ao conhecimento de medidas/acções para a melhoria da segurança do doente (*Time Out* e *Checklist* Cirúrgica) e à implementação da *Checklist* Cirúrgica em função da idade, género, hospital e tempo de actividade profissional em Bloco Operatório.

2.3. VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos ou de situações que são estudadas numa investigação (Fortin, 2003). Podem considerar-se vários tipos de variáveis (Carmo e Ferreira, 1998), entre os quais a variável dependente (consiste nos fenómenos que pretendem ser explicados, os quais podem ser influenciados ou determinados pela variável independente (Lakatos e Marconi, 1992)) e a variável independente ("aquela que influencia, determina ou afecta uma outra variável" (Lakatos e Marconi, 1992, p.172)).

Deste modo, estabeleceram-se como Variáveis Independentes a idade, o género, as habilitações literárias, a profissão, o hospital e o tempo de actividade profissional no BO e como Variável dependente a opinião dos profissionais do BO (enfermeiros e médicos) face à segurança do doente e às medidas/acções para a melhoria da mesma (*Time Out* e *Checklist* cirúrgica).

Para efeitos de análise houve necessidade de agrupar/reagrupar variáveis. Assim considerou-se:

- idade, agrupou-se em quatro categorias: 20-29 anos; 30-39 anos; 40-49 anos e ≥ 50 anos.
- habilitações literárias, agruparam-se em três grupos: Bacharelato e Licenciatura e outros (onde se inclui Pós-graduação, Mestrado e Doutoramento).
- hospital, agrupou-se em quatro grupos: ULSNA, EPE (Hospital Dr. José Maria Grande, de Portalegre e Hospital Santa Luzia de Elvas); HESE, EPE (Évora); HLA, EPE (Santiago do Cacém); ULSBA, EPE (Hospital José Joaquim Fernandes, de Beja).
- tempo de actividade profissional, agrupou-se em quatro categorias: 0-4 anos; 5-10 anos; 11-20 anos e ≥ 21 anos.
- opinião dos respondentes (escala de Likert), agruparam-se em três grupos: Discordo (Discordo Totalmente e Discordo), Sem Opinião e Concordo (Concordo Totalmente e Concordo).

2.4. POPULAÇÃO E DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

Para Fortin (2003, p. 202), a “população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. O elemento é a unidade de base da população junto da qual a informação é recolhida. (...) Uma população particular que é submetida a um estudo é chamada população alvo”. Deste modo, o instrumento de recolha de dados será aplicado a enfermeiros, anestesiolistas e cirurgiões que exercem a sua actividade no Bloco Operatório dos hospitais EPE do Alentejo. É necessário seleccionar um sub-conjunto da população, pois “os elementos que constituem a amostra representam a população a partir da qual foram seleccionados” (Carmo e Ferreira, 1998, p. 191).

Considera-se que o método de amostragem mais adequado para a realização deste estudo seria a amostragem por conveniência, uma vez que, de acordo com Carmo e Ferreira (1998, p. 192) se “utiliza um grupo de indivíduos que estejam disponíveis ou sejam voluntários”. Este tipo de amostragem engloba-se na amostragem não probabilística, onde os sujeitos serão seleccionados de acordo “com um ou mais critérios julgados importantes para o investigador tendo em conta os objectivos do trabalho de investigação que está a realizar” (Carmo e Ferreira, 1998, p. 192)

2.4.1. Caracterização das instituições

Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE

A ULSNA, E.P.E., criada a 1 de Março de 2007 (Decreto-Lei n.º 50-B/2007) é constituída pelos hospitais Dr. José Maria Grande de Portalegre e Santa Luzia de Elvas bem como pelos Centros de Saúde do distrito de Portalegre. A área de influência corresponde ao distrito de Portalegre abrangendo todos os seus concelhos: Alter do Chão, Arronches, Avis, Campo Maior, Castelo de Vide, Crato, Elvas, Fronteira, Gavião, Marvão, Monforte, Nisa, Ponte de Sôr, Portalegre e Sousel. Para as valências não disponibilizadas pela estrutura de oferta da ULSNA, EPE, aplicam-se os circuitos ascendentes previstos nos documentos das redes de referência hospitalar.

A sua área de influência corresponde ao distrito de Portalegre abrangendo todos os seus concelhos: Alter do Chão, Arronches, Avis, Campo Maior, Castelo de Vide, Crato, Elvas, Fronteira, Gavião, Marvão, Monforte, Nisa, Ponte de Sôr, Portalegre e Sousel.

Actualmente, o Hospital Doutor José Maria Grande dispõe de cerca de 266 camas, enquanto que o Hospital de Santa Luzia tem capacidade para 140 doentes (serviço de urgência, ambulatório e internamento para especialidades básicas (Medicina Interna, Cardiologia, Ortopedia e Cirurgia Geral)) (<http://www.ulsna.min-saude.pt/Paginas/default.aspx>).

Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE

A publicação da Portaria n.º 117/2008, de 6 de Fevereiro veio formalizar a classificação do HESE, E.P.E., como Hospital Central.

A sua área de influência directa corresponde ao Distrito de Évora que praticamente coincide com a área correspondente ao Alentejo Central. Na Rede de Referência Hospitalar o HESE, E.P.E. funciona como hospital central da região, encontrando-se aqui muitas valências de carácter regional, facto que justifica considerar como área de influência indirecta os Concelhos do Alto Alentejo e do Baixo Alentejo. Assim, o HESE, E.P.E. mantém a sua área de influência directa de 168.979 habitantes, correspondente ao Alentejo Central, e indirecta, de 338.502 habitantes, correspondentes ao Alto Alentejo, Baixo Alentejo e Alentejo Litoral (<http://www.hevora.min-saude.pt/>).

O BO situa-se no piso dois e funciona como Bloco Central, assegurando as cirurgias Urgentes / Emergentes 24h/dia. Tem seis salas operatórias e oito camas na UCPA (sendo uma delas destinadas aos doentes pediátricos), No piso três situa-se o Bloco Operatório Materno-Infantil, tem uma sala operatória e três camas na UCPA. Ambos os blocos pertencem ao mesmo centro de custos – Bloco Operatório Central. Relativamente à sua actividade, pode-se consultar as estatísticas do BO (Quadro 7). O BO é utilizado por diversas especialidades cirúrgicas, entre as quais, cirurgia geral, cirurgia plástica e reconstitutiva, urologia, otorrinolaringologia, ginecologia/obstetrícia, cirurgia pediátrica, ortopedia, oftalmologia.

Actualmente o HESE, EPE tem uma lotação de cerca de 340 camas.

Quadro 6 - Dados estatísticos do Bloco Operatório do HESE, EPE

Bloco Operatório		
	2009	2010
Intervenções	4.782	3.753
Intervenções Cirúrgicas em Ambulatório	3.169	3.647
Total de Cirurgias	8.057	7.429
% Cir. Ambulatório/Cir. Programada	44,72	52,06

Fonte: Adaptado de www.hese.pt

Hospital do Litoral Alentejano, EPE

O Hospital do Litoral Alentejano, EPE inicia as suas funções em Junho de 2004 (criado no Decreto-lei n.º 215/97, de 18 de Agosto). Tem capacidade para cerca de 150 camas. A população da área de atracção é estimada em 100.000 habitantes dos Concelhos de Santiago do Cacém, Sines, Grândola, Odemira e Alcácer do Sal (<http://www.hlalentejano.min-saude.pt/>).

O BO do HLA, EPE tem três salas operatórias e tem diversas especialidades cirúrgicas: urologia, cirurgia geral, ortopedia, ginecologia, otorrinolaringologia, oftalmologia.

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE

A Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE integra o Hospital José Joaquim Fernandes (Beja), o Hospital de São Paulo (Serpa), e todos os Centros de Saúde de Aljustrel, Almodôvar, Alvito, Barrancos, Beja, Castro Verde, Cuba, Ferreira do Alentejo, Mértola, Moura, Ourique, Serpa e Vidigueira, incluindo ainda perto de 80 Extensões de Saúde.

A área de influência coincide geograficamente com o Distrito de Beja (10,266 Km²) e representa cerca de 11% da área total do País. A população residente, segundo o recenseamento de 2001, é de 161.211 habitantes, repartindo-se territorialmente por catorze concelhos (<http://www.ulsba.pt/index.html>).

Relativamente à actividade do O BO do Hospital José Joaquim Fernandes, pode-se consultar as estatísticas do BO (Quadro 7).

Quadro 7 - Dados estatísticos do Bloco Operatório da ULSBA, EPE

	2007	2008
Bloco Operatório (n.º actos cirúrgicos)	7.116	10.288
Cirurgias Programadas Convencionais	2.814	3.235
Cirurgias de Ambulatório	2.520	4.923
Urgentes	1.782	2.130

Fonte: Adaptado de http://www.ulsba.pt/hospitais_estatisticas.html

2.5. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

No sentido de dar resposta aos objectivos do estudo, utilizou-se o inquérito por questionário, na medida em que “são instrumentos de registo escrito e planeados para pesquisar dados de sujeitos, através de questões, a respeito de conhecimentos, atitudes, crenças e sentimentos” (Wood e Haber, 2001, citados por Vilelas, 2009, p. 287). Fortin (2003, p. 249) defende que o questionário é “um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa”.

O questionário (Apêndice III) é composto por duas partes, sendo a primeira composta uma série de questões que permitem recolher informações pessoais sobre os participantes do estudo, a fim de averiguar as variáveis independentes estipuladas. A segunda parte subdivide-se em três áreas fundamentais que permitem a avaliação da opinião dos profissionais de saúde face à *Checklist* Cirúrgica, em particular, e às questões da Segurança do Doente em geral: opinião sobre segurança do doente no BO, identificação de eventos adversos no BO e conhecimento de medidas/acções para a melhoria da segurança do doente no período intra-operatório.

Trata-se de um questionário misto, na medida em que nas questões fechadas há possibilidade de a resposta ser livre (Vilelas, 2009). Deste modo, utilizaram-se questões fechadas dicotómicas (P.8 e P.10) e questões de escolha múltipla, onde, para além de diversas opções que o respondente poderia assinalar, existia espaço para este referir aspectos que considerasse pertinentes (e que não estavam contemplados nas opções apresentadas) (P.11, P.12, P.13)

Para Sierra Bravo (1998), citado por Vilelas (2009, p.294), “além das questões abertas e fechadas, existem também as perguntas acerca de factos ou de opinião. De acordo com a natureza do conteúdo das perguntas, estas podem ser acerca de factos, de opiniões, de identificação, de acção, de informação, de intenção, de expectativas, de motivação e de crenças e atitudes”.

As escalas de atitude e opinião “visam o conhecimento quantificado e directo do comportamento do sujeito” (Vilelas, 2009, p.289) e têm como objectivo “a avaliação da respectiva intensidade, possibilitando a ordenação dos indivíduos ao longo de uma escala” (Vilelas, 2009, p.289), optou-se pela utilização de Escalas tipo Likert (na P.6, P.7, P.9, P.14, P.15, P.16 e P.17), onde é apresentada uma série de proposições, devendo o inquirido, em relação a cada um delas, indicar uma de cinco posições: (1=Discordo Totalmente, 2=Discordo, 3=Nem Concordo nem Discordo, 4=Concordo e 5=Concordo Totalmente). Freixo (2009, 212) considera que “esta escala permite a um sujeito exprimir em que medida está de acordo ou desacordo com cada um dos enunciados propostos: o total obtido faculta uma indicação da atitude ou da opinião do sujeito”.

Os valores 1 e 2 correspondem a opiniões desfavoráveis, o valor 3 corresponde a um nível neutro quanto à direcção da opinião e os valores 4 e 5 correspondem a opiniões favoráveis. De modo a reduzir o enviesamento, alguns itens (P.7) foram expressos de forma negativa (itens 3, 8 e 10), enquanto que os restantes foram expressos de forma positiva. De um modo sistemático, pode-se considerar:

Quadro 8 -Quadro síntese de dimensões, objectivos, hipóteses de investigação

Dimensões	Objectivos	Hipóteses De Investigação	Referências	Questões do Questionário
Caracterização da amostra	- Caracterizar dos inquiridos quanto ao género, idade, habilitações literárias, profissão, hospital e tempo de exercício profissional no BO.			1, 2, 3, 4, 5
Opinião sobre Segurança do Doente no BO	- Compreender a importância atribuída à segurança do doente no BO pelos diferentes profissionais; - Verificar medidas adoptadas para a segurança do doente.	H1: Há diferença significativa na importância atribuída à segurança do doente em função da idade, género, habilitações literárias, profissão, hospital e tempo de actividade profissional em Bloco Operatório. H2: Há diferenças significativas face às estratégias adoptadas em prol da segurança do doente, em função da idade, género, habilitações literárias, profissão, hospital e tempo de actividade profissional em Bloco Operatório.	AESOP (2006)	6, 7, 13
Identificação de Eventos Adversos no BO	- Verificar a consciencialização da ocorrência de eventos adversos e respectiva identificação.	H3: Há diferença significativa no que concerne à tipologia de erros mais frequentes associados ao período intra-operatório em função da idade, género, profissão, hospital e tempo de actividade profissional em Bloco Operatório.	AESOP (2006)	12
Conhecimento de medidas/acções para a melhoria da segurança do doente no intra-operatório	- Identificar o conhecimento de diferentes medidas/acções para a melhoria da segurança do doente no período intra-operatório.	Hip. 4: Há diferença significativa na opinião dos profissionais do BO face ao conhecimento de medidas/acções para a melhoria da segurança do doente (<i>Time Out</i> e <i>Checklist</i> Cirúrgica) e à implementação da <i>Checklist</i> Cirúrgica em função da idade, género, hospital e tempo de actividade profissional em Bloco Operatório.	WHO (2008); Dillon (2008); Rozovsky e Conley (2007); Haynes, et al. (2009)	8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17

2.6. PRÉ-TESTE

Depois do instrumento de colheita de dados estar redigido, e “antes de ser aplicado definitivamente, deverá passar por uma prova preliminar” (Gil, 1989, p.132), pois seja qual for o procedimento de colheita de dados, este deve ser examinado de forma crítica, e verificada a sua validade e fiabilidade (Bell e Pais, 1997). A prova a que Gil se refere é comumente designada como pré-teste. De acordo com Polit e Hungler (1995, p.169), “um pré-teste constitui uma tentativa para que se determine, o quanto possível, se o instrumento está enunciado de forma clara, livre das principais tendências e, além disso, se ele solicita o tipo de informação que se deseja”.

Deve-se testar o questionário num grupo semelhante ao que constitui a população do seu estudo (dez ou doze indivíduos) (Bell, 2008; Freixo, 2009). Deste modo, o pré-teste foi aplicado a quatro enfermeiros, três cirurgiões e três anestesiológicos que exercem a sua actividade profissional no BO do HNSR, EPE, no Barreiro (Apêndice I).

2.6.1. Resultados do pré-teste

No pré-teste foram avaliados dois questionários, aplicados em dois momentos diferentes, a 10 profissionais de saúde.

Para avaliação das respostas foram utilizadas estatísticas meramente descritivas como contagens, proporções e tabelas de cruzamento. Foram também avaliados itens de perguntas através do *Alpha de Cronback* (α) para as variáveis em escala tipo *Likert*.

No questionário A obteve-se um *Alpha de Cronback* de 0,906 (Quadro 9), enquanto que no questionário B se obteve um *Alpha de Cronback* de 0,908 (Quadro 10). Dada a excelente consistência interna em ambos os questionários, foi possível utilizar o *score* total da escala composta pelos diversos itens acerca da *Checklist* Cirúrgica, considera-se que os respondentes foram coerentes nestes grupos de questões e que estas foram bem percebidas e respondidas. Consequentemente não necessitavam de alterações a fim de poderem ser aplicadas à amostra final.

Quadro 9 - Consistência Interna - Segurança do Doente - Questionário A

	n.º de itens	<i>Alpha de Cronbach</i>	Classificação
Segurança do doente – Questionário A	11	0,906	Excelente

Quadro 10 - Consistência Interna - Checklist Cirúrgica - Questionário B

	n.º de itens	<i>Alpha de Cronbach</i>	Classificação
Checklist Cirúrgica – Questionário B	21	0,908	Excelente

Da avaliação destes dois questionários decidiu-se construir apenas um questionário para aplicar em apenas um momento, facilitando o desenvolvimento do estudo e dado que em apenas dois inquiridos, em três questões acerca dos procedimentos de segurança houve alterações das respostas do primeiro para o segundo momento da aplicação do questionário. As questões em que existiu alteração de opinião foram: Consentimento expresso e informado do doente acerca de procedimentos cirúrgicos; Verificação dos factores ambientais (temperatura da sala, controlo do ar, etc) e Manutenção da técnica asséptica.

O tratamento e análise estatística dos dados do pré-teste foram efectuados no programa S.P.S.S. – *Statistical Package for the Social Sciences* (versão 17.0, SPSS Inc, Chicago, IL) sendo que os respectivos outputs do programa se encontram num CD, no Apêndice IV – Secção D da presente dissertação

2.7. OPERACIONALIZAÇÃO DA RECOLHA DE DADOS

Após a realização do pré-teste (realizado em Abril de 2010), e da definição do questionário a aplicar (Apêndice III), foi solicitado a cada uma das seguintes instituições a autorização para a recolha de informação no âmbito do presente estudo:

- Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE
- Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE;
- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE;
- Hospital do Litoral Alentejano, EPE (Apêndice I).

Após a obtenção da autorização das várias instituições, procedeu-se ao contacto telefónico com o director clínico e com o enfermeiro (a) chefe do BO de cada uma das instituições, com o intuito de marcar o dia para a aplicação do instrumento de colheita de dados e de obter as informações solicitadas. A aplicação do instrumento de colheita de dados teve lugar no mês de Novembro de 2010. O processo de recolha de dados foi realizado através de entrevista directa (no HESE, EPE) e de inquérito via postal (ULSNA, EPE; ULSBA, EPE; HLA, EPE).

Do total dos 267 questionários entregues, obtiveram-se 152 questionários válidos.

2.8. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente procedeu-se a uma análise univariada através de estatísticas descritivas. Foram utilizadas para variáveis qualitativas contagens, proporções e algumas representações gráficas. Para variáveis quantitativas usaram-se medidas de tendência central como a média, mediana e medidas de dispersão, nomeadamente, o desvio-padrão, o mínimo e máximo. Foram também calculados intervalos de confiança a 95% para a média.

Considerando a importância de avaliar a sensibilidade e fidelidade dos resultados, para os itens das questões 7, 14, 15, 16 e 17, efectuou-se uma análise da consistência interna dos itens através do *Alpha de Cronbach* (α). Esta é uma medida muito utilizada quando se pretende avaliar a consistência interna de vários itens numa escala tipo *Likert*.

O *Alpha de Cronbach* (α) pode definir-se como a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens, que meçam a mesma característica (Armitage e Colton, 2005; Pestana e Gageiro, 2003). Uma escala com múltiplos itens tem consistência interna se os itens que a compõem estão inter-correlacionados (Cronbach, 1951).

Esta medida varia entre 0 e 1, classificando-se a consistência interna de acordo com as seguintes directrizes (DeVellis, 1991):

Quadro 11 - Classificação da consistência interna da escala

Excelente	$\alpha > 0,9$
Muito Boa	α entre 0,80 e 0,90
Boa	α entre 0,70 e 0,80
Razoável	α entre 0,65 e 0,70
Fraca	α entre 0,60 e 0,65
Inadmissível	$\alpha < 0,60$

Fonte: Adaptado de DeVellis, 1991

Se a medida *Alpha de Cronbach* (α) se encontrar numa amplitude aceitável, podemos utilizar o *score* total da escala composta pelos diversos itens. Pelo contrário, se o *Alpha de Cronbach* (α) não estiver numa amplitude aceitável, cada item deverá ser individualmente analisado (DeVellis, 1991).

O teste de associações entre duas variáveis qualitativas foi feito através do teste de Qui-quadrado e em caso de tabelas de contingência de 2x2 será utilizado o teste Exacto de Fisher (Pestana e Gageiro, 2003).

A comparação dos valores médios de uma variável quantitativa (nomeadamente os *scores* totais dos itens das perguntas 7, 14, 15, 16 e 17) por os grupos de uma variável qualitativa com duas categorias (ex: sexo) será feita utilizando o teste não paramétrico para 2 amostras independentes Mann-Whitney (Pestana e Gageiro, 2003).

Para testar se existem diferenças significativas entre os valores médios de uma variável quantitativa por uma variável qualitativa com mais de duas categorias (ex: profissão, hospitais) foi utilizado a alternativa não paramétrica à ANOVA, denominado por teste de Kruskal-Wallis (Pestana e Gageiro, 2003).

Foram utilizados testes não paramétricos uma vez que os pressupostos dos testes paramétricos foram violados (a normalidade: teste de Kolmogorov-Smirnov) e/ou a homogeneidade de variâncias: teste de Levene).

Nos casos em que se rejeitou a hipótese nula no teste de Kruskal-Wallis procedeu-se a testes de comparações múltiplas de Dunnett T3 (para os casos em que não existe igualdade de variâncias).

Todos os testes realizados foram bilaterais e rejeitou-se a hipótese nula quando $p < 0,05$, uma vez que se utilizou um nível de significância de 5%.

O tratamento e análise estatística dos dados foram efectuados no programa S.P.S.S. – *Statistical Package for the Social Sciences* (versão 17.0, SPSS Inc, Chicago, IL) sendo que os respectivos outputs do programa se encontram num CD, no Apêndice IV – Secção D da presente dissertação.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

As palavras que não são seguidas de factos, não servem para nada.
(Demóstenes (s.d.), citado por Vilelas, 2009, p.15)

Uma vez delimitado o campo de estudo e tendo por base os critérios definidos para selecção da amostra, ficaram identificados, cerca de 300 profissionais de saúde (enfermeiros, anestesiológicos e cirurgiões) que exercem a sua actividade no BO dos hospitais EPE do Alentejo, com que se procuraria realizar este estudo. No entanto, alguns factores contribuíram para que o número total de inquiridos não correspondesse ao número total de elementos do universo de trabalho definido, nomeadamente a não participação de um número significativo de profissionais das diversas áreas (mais evidente na área médica – anestesiológicos e cirurgiões), que se reflecte através do não preenchimento do questionário fornecido (sendo este facto transversal a todas as organizações).

Neste contexto, tendo por base as limitações que os factores atrás mencionados impuseram, foram inquiridos 152 indivíduos, oriundos de cinco BO de Hospitais EPE do Alentejo. No total, foram entregues, nos BO dos cinco hospitais, 267 questionários, dos quais 152 foram devolvidos devidamente preenchidos. Logo, obteve-se uma taxa de resposta de 56,93% (Quadro 10). Sendo que se obteve uma percentagem de resposta mais elevada no HESE, EPE (76,36%), seguido da ULSNA, EPE (50,88%), tendo a ULSBA, EPE a taxa de resposta mais baixa (38,33%).

Quadro 12 - Taxa de resposta dos questionários

	Entregues	Recebidos	Taxa de resposta (%)
ULSNA, EPE	57	29	50,88
HESE, EPE	110	84	76,36
HLA, EPE	40	16	40,00
ULSBA, EPE	60	23	38,33
TOTAL	267	152	56,93

A apresentação dos resultados seguiu a lógica sequencial do quadro síntese (Quadro 8. Na pág. 64) e do enquadramento teórico, na medida em que permite uma sistematização dos pontos importantes a abordar.

3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Dos 152 respondentes, 55,3% foram profissionais do HESE, EPE (Évora), 15,1% do HJJF (Beja), 13,8% do HJMG (Portalegre), 10,5% do HLA; EPE (Santiago do Cacém) e 5,3% do HSL (Elvas) (Figura 5). Ou seja:

- ULSNA, EPE: 19,1%
- HESE, EPE: 55,3%
- ULSBA, EPE: 15,1%
- HLA, EPE: 10,5%

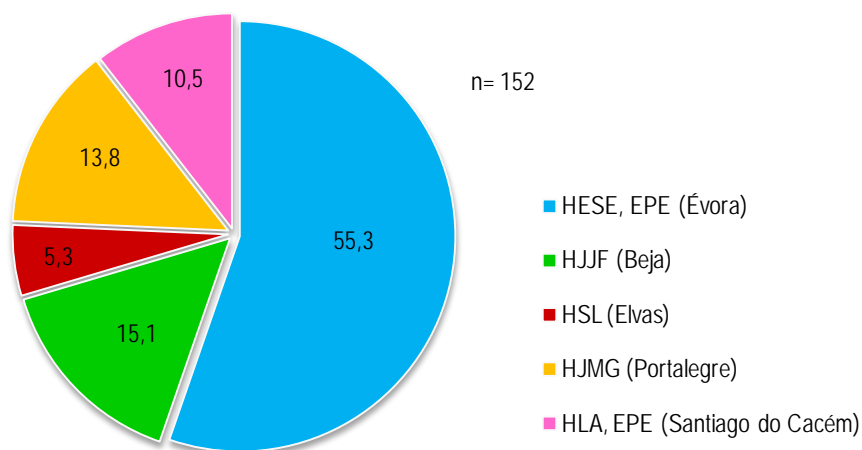


Figura 5 - Distribuição percentual dos respondentes por Hospital

A idade média dos respondentes foi de 40,40 anos, sendo que a idade mínima foi de 21 anos e a máxima foi de 64 anos. Houve dois respondentes que omitiram a idade. O maior número de respondentes encontrou-se no grupo etário 40-49 anos (28,2%), sendo que o grupo etário onde se registou o menor número de respondentes foi no 30-39 anos (21,5%) (Figura 6).

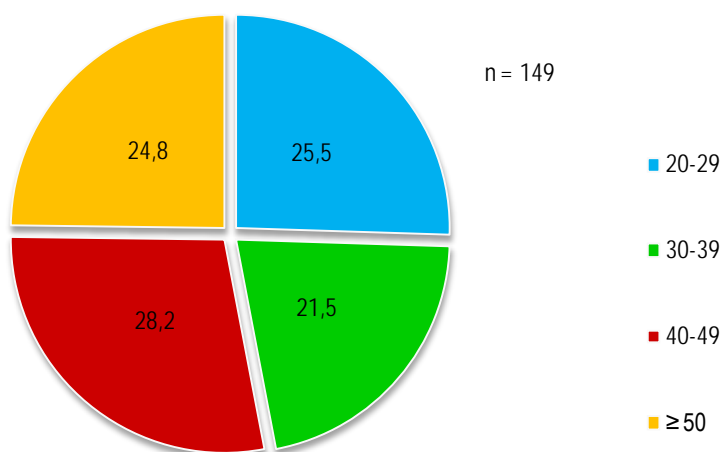


Figura 6 - Distribuição percentual dos respondentes por Grupo Etário

Do total dos 152 respondentes, a maioria foi do sexo feminino, representando 76,0%, contrastando com os 24% dos respondentes do sexo masculino (Figura 7).

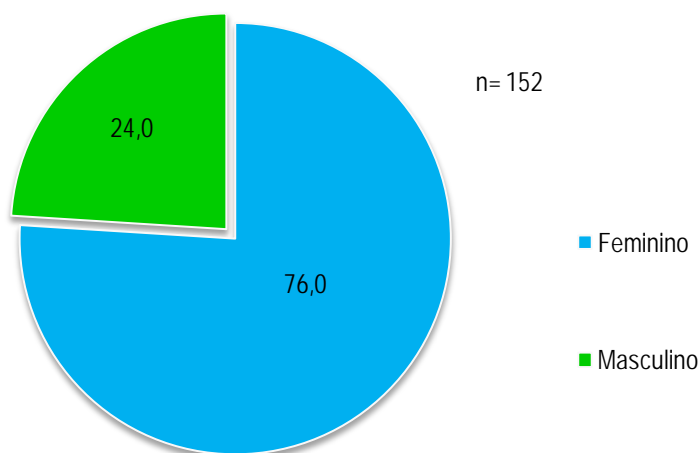


Figura 7 - Distribuição percentual dos respondentes por Sexo

A grande maioria dos respondentes eram licenciados (78,8%), sendo que os doutorados representaram a percentagem mais baixa (0,7%) (Figura 8), sendo que apenas 14,6% dos inquiridos tinham estudo pós-graduados (pós-graduações, mestrado e doutoramento). Importa ainda referir que houve um respondente que não referiu as suas habilitações literárias.

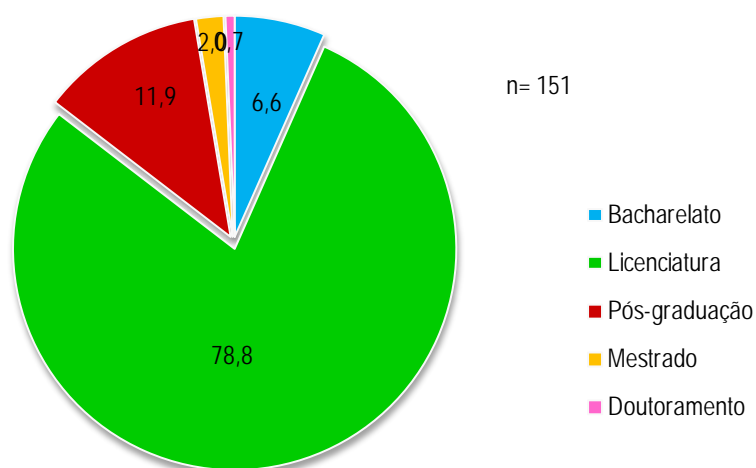


Figura 8 - Distribuição percentual dos respondentes por Habilitações Literárias

Os respondentes foram essencialmente Enfermeiros (71,1%), seguidos de 23,7% de Cirurgiões e 5,3% de Anestesiologistas (Figura 9). O facto de se verificar uma heterogeneidade na amostra, nomeadamente os anestesiologistas (n=8), pode conduzir a diferenças estatísticas não significativas.

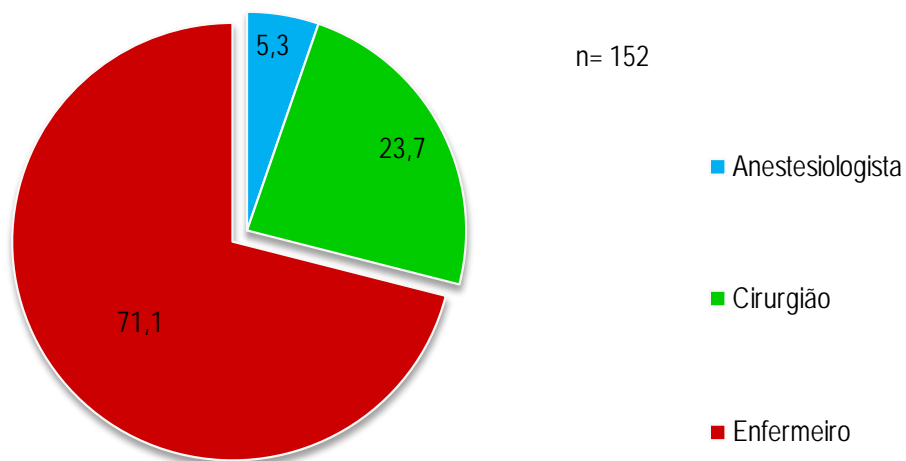


Figura 9 - Distribuição percentual dos respondentes por Profissão

O tempo médio de exercício de actividade profissional no BO foi de 12,8 anos, sendo que o tempo mínimo foi inferior a um ano e o máximo foi de 39 anos. Após o agrupamento dos dados, verificou-se que a maioria dos respondentes trabalha em ambiente de BO num intervalo entre os 11 e os 20 anos, sendo que a menor percentagem incide nos profissionais que trabalharam no BO há mais de 21 anos (19,9%) (Figura 10). De

referir o facto que um respondente optou por não referir há quanto tempo exerceu a sua actividade profissional no BO.

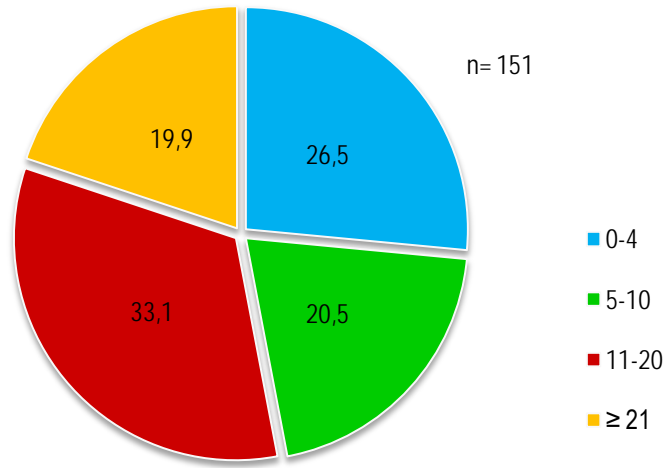


Figura 10 - Distribuição percentual dos respondentes por Tempo de Actividade no Bloco Operatório

3.2. SEGURANÇA DO DOENTE NO BO

Após análise estatística, verificou-se que não existem diferenças estatísticas significativas quanto à importância atribuída à segurança do doente em ambiente de BO por idade, sexo, habilitações literárias, profissão, hospital e tempo de actividade profissional em BO. Deste modo, 84,1% dos respondentes concordaram totalmente que a segurança do doente assume primordial importância em ambiente de BO e 0,7% discordaram totalmente da referida afirmação (Figura 11). É importante referir que 0,7% dos inquiridos não tem opinião formada acerca desta temática. Assim:

- Concordaram Totalmente e Concordaram: 98,0%
- Sem Opinião: 0,7%
- Discordaram e Discordaram Totalmente: 1,4%

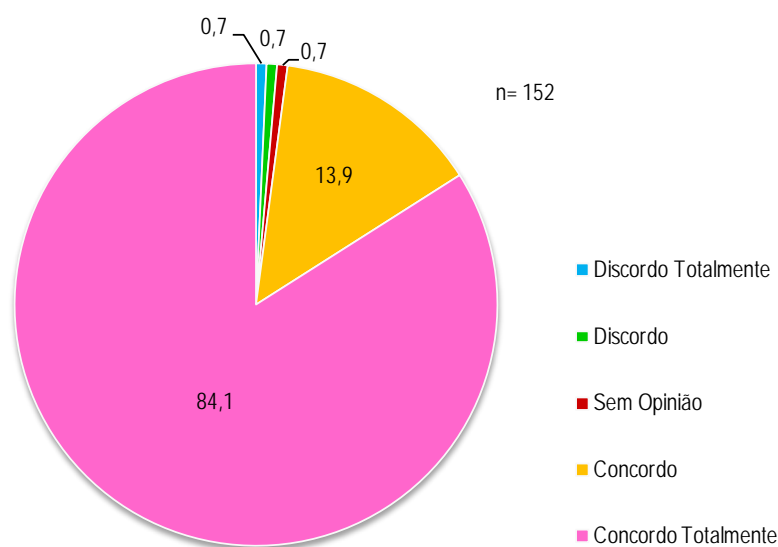


Figura 11 - Importância atribuída à Segurança do Doente em ambiente de Bloco Operatório

3.2.1. Princípios da Gestão do Risco no Bloco Operatório

Quadro 13 - Opinião dos profissionais face aos princípios de gestão do risco no bloco operatório

	n	Discordam Totalmente	Discordam	Sem opinião	Concordam	Concordam Totalmente
		%				
PRINCÍPIOS DE GESTÃO DO RISCO NO BO						
1. O consentimento expresso e informado acerca dos procedimentos anestésicos deve estar devidamente preenchido.	152	0,7	0,0	2,0	30,3	67,1
2. A confirmação da identidade do doente, bem como os seus dados no processo clínico é um factor que contribui para a segurança do doente.	152	0,0	0,0	0,0	18,4	81,6
3. O consentimento expresso e informado acerca dos procedimentos cirúrgicos não necessita estar devidamente preenchido.	151	60,9	32,5	0,7	2,0	4,0
4. A avaliação pré-operatória e comunicação das necessidades do doente à equipa multidisciplinar constituem uma mais-valia na segurança do doente no período intra-operatório.	152	0,0	0,0	2,0	30,9	67,1
5. A monitorização da movimentação, mobilização e posicionamento do doente no intra-operatório é fulcral na segurança do doente.	150	0,0	0,0	4,0	31,3	64,7
6. A monitorização do doente durante todo o período peri-operatório é essencial no despiste de complicações.	152	0,0	1,3	1,3	20,4	77,0
7. A manutenção da técnica asséptica pelos profissionais é de suma importância na garantia da segurança do doente.	152	0,0	0,0	0,0	11,8	88,2
8. A verificação dos factores ambientais, como a temperatura ou o controlo do ar na sala operatória, não é importante para a segurança do doente.	152	67,1	26,3	0,7	2,0	3,9
9. A manipulação dos instrumentos e equipamentos anestésico-cirúrgicos deve estar a cargo de profissionais qualificados, com conhecimento e formação sobre os mesmos.	152	0,0	2,0	0,7	17,8	79,6
10. A transmissão de informação sobre procedimentos ou intercorrências na sala operatória a profissionais da Unidade de Cuidados Pós Anestésicos é desnecessário na garantia da segurança do doente.	152	75,0	20,4		1,3	3,3

n - número de casos válidos

Quando questionados sobre diversos princípios da gestão do risco no BO, os profissionais concordaram totalmente/concordaram com as afirmações apresentadas (Quadro 13). Nos itens em que a frase se encontra na negativa (itens 3,8 e 10), a maioria dos profissionais discordaram totalmente/discordaram.

Uma vez que, após a avaliação da consistência interna da escala, se obteve *Alpha de Cronbach* de 0,742 (com classificação: Boa) (Quadro 14), procedeu-se à utilização de um *score* total da escala composta pelos diversos itens, para comparação deste nas categorias das variáveis independentes.

Quadro 14 - Consistência Interna - Princípios da Gestão do Risco no Bloco Operatório

	n.º de itens	<i>Alpha de Cronbach</i>	Classificação
Princípios da Gestão no Risco no BO	11	0,742	Boa

No *score* total dos Princípios da gestão do risco no BO verificaram-se diferenças significativas em relação à profissão ($p=0,02$) (Quadro 15).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quanto à importância dos princípios da gestão do risco no BO na melhoria segurança do doente quanto aos grupos etários, sexo, habilitações literárias, hospital e tempo de actividade no BO.

Após a realização das comparações múltiplas, verificou-se que os anestesiológicos diferem significativamente dos cirurgiões ($p < 0,001$) e dos enfermeiros ($p=0,03$), na medida em que os anestesiológicos parecem estar com uma opinião mais favorável do que as outras profissões, apresentam uma média de *score* total mais elevada (4,13) (Quadro 16).

Quadro 15 - Estatísticas descritivas e comparação dos valores médios do score total dos Princípios da gestão de risco no BO por profissão

Profissão		Princípios de Gestão de Risco no BO
Anestesiologista	n	8
	média	49,38
	IC 95%	[48,20; 50,56]
	Mediana	50,00
	Desvio Padrão	1,41
	Mínimo	46,00
	Máximo	50,00
Cirurgião	n	36
	média	45,25
	IC 95%	[44,03; 46,46]
	Mediana	45,00
	Desvio Padrão	3,60
	Mínimo	38,00
	Máximo	50,00
Enfermeiro	n	108
	média	46,89
	IC 95%	[46,24; 47,53]
	Mediana	48,00
	Desvio Padrão	3,38
	Mínimo	38,00
	Máximo	50,00
<i>p value</i>		0,002 ^a

n - número de casos válidos; ^a - Teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*

Quadro 16 - Comparações múltiplas relativas à profissão do score total dos princípios da gestão do risco clínico no bloco operatório

Escala	Categorias	Diferença Média	<i>p value</i>
Princípios da Gestão do Risco no BO	Anestesiologistas vs Cirurgiões	4,13	<0,001 ^a
	Anestesiologistas vs Enfermeiros	2,49	0,003 ^a
	Enfermeiros vs Cirurgiões	1,64	0,058 ^a

^a - Comparações múltiplas de Dunnett T3

3.2.2. Procedimentos Realizados em Prol da Segurança do Doente

Da sua prática profissional, os respondentes identificaram vários procedimentos que realizam diariamente em prol da segurança do doente, sendo que a *identificação do doente e verificação do processo* (97,4%) apresenta a percentagem mais elevada, seguida da *manutenção da técnica asséptica*, com 92,8%. O procedimento menos assinalado pelos respondentes foi o *consentimento expresso e informado do doente acerca de procedimentos anestésicos* (40,1%) (Quadro 17).

Houve quatro respondentes que, para além dos procedimentos apresentados, referiram outro procedimento que executa tendo em linha de conta a segurança do doente:

- protecção de proeminências ósseas com material anti-escaras.
- realização da técnica cirúrgica mais de acordo com recomendações actuais.
- verificação da existência/funcionamento do equipamento anestésico, de fármacos e material de reanimação.
- verificação do funcionamento/ disponibilidade do material antes cirurgia.

Quadro 17 - Procedimentos adoptados em prol da segurança do doente

	n	Respondentes
		%
Procedimentos em prol da segurança do doente		
1. Consentimento expresso e informado do doente acerca de procedimentos anestésicos	152	40,1 (61)
2. Consentimento expresso e informado do doente acerca de procedimentos cirúrgicos	152	57,9 (88)
3. Preparação pré-operatória do doente, incluindo a avaliação e comunicação das necessidades	152	53,9 (82)
4. Identificação do doente e verificação do processo	152	97,4 (148)
5. Monitorização do doente durante todo o período peri-operatório	152	88,8 (135)
6. Movimentação, mobilização e posicionamento do doente	152	92,1 (140)
7. Procedimentos peri-operatórios que mantenham a continuidade dos cuidados	152	86,2 (131)
8. Verificação dos factores ambientais (temperatura da sala, controlo do ar, etc)	152	73,7 (112)
9. Conhecimento, manutenção e utilização de equipamentos	152	86,8 (132)
10. Manutenção da técnica asséptica	152	92,8 (141)
11. Outros	152	2,6 (4)

n - número de casos válidos; (...) – numerador da percentagem;

Face aos *procedimentos para a segurança do doente: consentimento expresso e informado do doente acerca de procedimentos cirúrgicos*, após a análise dos dados, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas quanto (Quadro 18):

- ao hospital ($p= 0,004$), sendo que 69% dos respondentes do HESE, EPE, contrastando com os 25% dos respondentes do HLA, EPE que providenciam o consentimento expresso e informado do doente acerca de procedimentos cirúrgicos;
- ao grupo etário ($p=0,022$), sendo que o referido procedimento em prol da segurança do doente foi identificado por 78,4% dos respondentes tem idade igual ou superior a 50 anos, contrastando com os 43,8% dos respondentes idades compreendidas entre os 30 e 39 anos
- à profissão ($p<0,001$), sendo que 97,2% dos cirurgiões, 50% ($n=4$) dos anestesiológicos e 45,4% dos enfermeiros têm em linha de conta o consentimento expresso e informado do doente acerca de procedimentos cirúrgicos (Quadro 18). No entanto, deve-se notar que este teste é pouco robusto devido à existência de mais de 20% de células com valores esperados inferiores a cinco.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas face aos *procedimentos para a segurança do doente: consentimento expresso e informado do doente acerca de procedimentos cirúrgicos* quanto ao sexo, habilitações literárias e tempo de actividade profissional.

Face à *preparação pré-operatória do doente, incluindo a avaliação e comunicação das necessidades*, após a análise dos dados, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas quanto (Quadro 19):

- ao hospital ($p= 0,009$), sendo que 65,5% dos respondentes do HESE, EPE, contrastando com os 31% dos respondentes da ULSA, EPE procedem à preparação pré-operatória do doente, incluindo a avaliação e comunicação das necessidades;
- ao tempo de actividade profissional no BO ($p=0,003$), sendo que o procedimento para a segurança do doente: preparação pré-operatória do doente, incluindo a avaliação e comunicação das necessidades foi identificado por 73,3% dos respondentes que trabalham em BO à mais de 21 anos, contrastando com os 3,2% ($n=1$) dos respondentes que exercem a sua actividade em BO entre à menos de 1 ano e 4 anos.
- à profissão ($p<0,001$), sendo que sendo que 50% ($n=4$) dos anestesiológicos, 22,2% ($n=8$) dos cirurgiões e 1,9% ($n=2$) dos enfermeiros identificaram como evento adverso no BO o facto de trabalhar pessoal sem conhecimento e competência. No entanto, no que concerne às alterações estatisticamente significativas quanto à profissão, trata-se de um teste pouco robusto devido à existência de mais de 20% de células com valores esperados inferiores a cinco.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas face à *preparação pré-operatória do doente, incluindo a avaliação e comunicação das necessidades* quanto aos grupos etários, sexo e habilitações literárias.

Quadro 18 - Distribuição percentual dos respondentes, quanto ao hospital, profissão e grupo etário, face aos Procedimentos para a Segurança do doente: Consentimento expresso e informado do doente acerca de procedimentos cirúrgicos

	n	Respondentes %	p value
Procedimentos para a Segurança do doente: Consentimento expresso e informado do doente acerca de procedimentos cirúrgicos	152	57,9 (88)	
Hospital	152		0,004^a
HESE, EPE	84	69,0 (58)	
ULSBA, EPE	23	56,5 (13)	
ULSNA, EPE	29	44,8 (13)	
HLA, EPE	16	25,0 # (4)	
Grupo Etário	149		0,022^a
20-29 anos	38	55,3 (21)	
30-39 anos	32	43,8 (14)	
40-49 anos	42	52,4 (22)	
≥ 50 anos	37	78,4 (29)	
Profissão	152		<0,001^{a,§}
Anestesiologistas	8	50,0 # (4)	
Cirurgiões	36	97,2 (35)	
Enfermeiros	108	45,4 (49)	

n - número de casos válidos; (...) - numerador da percentagem; ^a - Teste de Qui-Quadrado de Pearson; # - Prevalência correspondendo a uma frequência de 5 ou menos casos; § - Teste pouco robusto devido à existência de mais de 20% de células com valores esperados inferiores a 5

Quadro 19 - Distribuição percentual dos respondentes, quanto ao hospital, profissão e tempo de actividade profissional, face aos Procedimentos para a Segurança do doente: Preparação pré-operatória do doente, incluindo a avaliação e comunicação das necessidades

	n	Respondentes %	P value
Procedimentos para a Segurança do doente: Preparação pré-operatória do doente, incluindo a avaliação e comunicação das necessidades	152	53,9 (82)	
Hospital	152		0,009^a
HESE, EPE	84	65,5 (55)	
ULSBA, EPE	23	47,8 (11)	
ULSNA, EPE	29	31,0 (9)	
HLA, EPE	16	43,8 (7)	
Tempo de Actividade Profissional	151		0,047^a
0-4 anos	40	42,5 (17)	
5-10 anos	31	45,2 (14)	
11-20 anos	50	58,0 (29)	
≥ 21 anos	30	73,3 (22)	
Profissão	152		<0,001^{a,§}
Anestesistas	8	100,0 (8)	
Cirurgiões	36	86,1 (31)	
Enfermeiros	108	39,8 (43)	

n - número de casos válidos; (...) - numerador da percentagem; ^a - Teste de Qui-Quadrado de Pearson; §- teste pouco robusto devido à existência de mais de 20% de células com valores esperados inferiores a 5

Em relação aos *procedimentos para a segurança do doente: verificação dos factores ambientais (temperatura da sala, controlo do ar, etc)* verificaram-se diferenças estatisticamente significativas quanto à profissão ($p < 0,001$), sendo os enfermeiros quem mais realiza este procedimento (85,2%), seguido dos anestesiólogos (62,5%) e por último os cirurgiões (41,7%); e ao sexo ($p = 0,002$), onde são as mulheres que realizam maioritariamente este procedimento (79,8%) (Quadro 20). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas face à *verificação dos factores ambientais (temperatura da sala, controlo do ar, etc)* quanto aos grupos etários, habilitações literárias, hospital e tempo de actividade profissional.

Quadro 20 - Distribuição percentual dos respondentes, quanto à profissão e ao sexo, face aos Procedimentos para a Segurança do doente: Verificação dos factores ambientais (temperatura da sala, controlo do ar, etc)

	n	Respondentes %	p value
Procedimentos para a Segurança do doente: Verificação dos factores ambientais (temperatura da sala, controlo do ar, etc)	152	73,7 (112)	
Profissão	152		<0,001^a
Anestesiologistas	8	62,5 # (5)	
Cirurgiões	36	41,7 (15)	
Enfermeiros	108	85,2 (92)	
Sexo	150		0,002^b
Feminino	114	79,8 (91)	
Masculino	36	52,8 (19)	

n - número de casos válidos; (...) - numerador da percentagem; ^a - Teste de Qui-Quadrado de Pearson; ^b - Teste Exacto de Fisher; # - Prevalência correspondendo a uma frequência de 5 ou menos casos

No Apêndice IV – Secção A são apresentadas as associações entre os restantes procedimentos para a segurança do doente. Estes resultados não são aqui apresentados em quadro, uma vez que os testes apresentam problemas de robustez, devido à existência de mais de 20% de células com valores esperados inferiores a cinco, consequente da baixa frequência de respondentes nas categorias das variáveis. Merecendo alguma precaução na interpretação destes resultados, pode-se constatar:

- em relação aos *procedimentos para a segurança do doente: movimentação, mobilização e posicionamento do doente*, verificou-se uma associação estatisticamente significativa quanto à profissão ($p < 0,001$), onde os anestesiologistas (100%) são os profissionais que mais referiram realizar este procedimento, seguindo-se-lhe os enfermeiros (97,2%) e por último os cirurgiões (75%);
- nos *procedimentos peri-operatórios que mantenham a continuidade dos cuidados*, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas quanto à profissão ($p < 0,001$), e quanto às habilitações literárias ($p = 0,003$). Mais uma vez foram os anestesiologistas (100%) e os enfermeiros (90,7%) que mais referiram executar este procedimento e maioritariamente foram respondentes pós-graduados, mestres e doutorados (95,5%);
- face ao *Consentimento expresso e informado do doente acerca de procedimentos anestésicos* existem diferenças estatisticamente significativas quanto à profissão ($p < 0,001$), onde os anestesiologistas (100%) são os profissionais que mais referiram obter o consentimento expresso

e informado do doente acerca de procedimentos anestésicos, seguindo-se-lhe os enfermeiros (40,7%);

- relativamente aos *procedimentos para a segurança do doente: identificação do doente e verificação do processo*, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas quanto ao sexo ($p=0,043$), sendo que essencialmente são as mulheres que referiram executar este procedimento (99,1%);
- quanto à *monitorização do doente durante todo o período peri-operatório* verificaram-se diferenças significativas quanto: ao hospital ($p=0,007$), onde a totalidade dos respondentes (100%) da ULSNA, EPE e do HLA, EPE e 95,7% dos respondentes da ULSBA, EPE monitorizam o doente durante todo o período peri-operatório. Os respondentes do HESE, EPE, apresentaram a menor proporção (81%); à profissão ($p<0,001$), onde a maior percentagem foi referida pelos dos anesthesiologistas (100%) e pelos enfermeiros, (99,1%) e apenas 55,6% dos cirurgiões monitorizam o doente durante todo o período peri-operatório; a outra associação foi verificada em relação ao sexo ($p<0,001$), onde mais uma vez, são as mulheres que apresentam a maior proporção (94,7%) da realização do referido procedimento em prol da segurança do doente.
- em relação ao *conhecimento, manutenção e utilização de equipamentos* verificaram-se apenas diferenças estatisticamente significativas quanto à profissão ($p <0,001$), sendo a percentagem mais elevada deste procedimento verificada nos enfermeiros (93,5%), seguindo-se-lhe os anesthesiologistas (87,5%) e os cirurgiões (66,7%);
- por último, os *procedimentos para a segurança do doente: manutenção da técnica asséptica*, mostraram associação quanto à profissão ($p=0,005$) e quanto às habilitações literárias ($p=0,001$). Todos os anesthesiologistas ($n=8$) referiram executar este procedimento, e os cirurgiões foram os profissionais que menos referiram este procedimento (80,6%). São essencialmente os bacharéis e licenciados que garantem a manutenção da técnica asséptica no BO (93,8%).

3.3. IDENTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS NO BLOCO OPERATÓRIO

No que concerne à identificação de eventos adversos no BO, a "Avaria de equipamentos/instrumentos" foi referida por 63,3% dos respondentes, imediatamente seguida pela "Falta de Comunicação", referida por 43,3% dos respondentes. Os eventos adversos menos referenciados, ambos referidos por 2,0% (n=3) dos respondentes, são a "Cirurgia errada" e as "Lesões provocadas por garrote pneumático" (Quadro 21).

Importa ainda salientar o facto de que 7,3% (n=11) dos respondentes identificaram outros eventos adversos que aconteceram no BO no último ano:

- dificuldade com informatização (n=1);
- erro de medicação (diluições de fármacos erradas; troca fármacos) (n =2);
- queda de doentes (n=1);
- indisponibilidade equipamento/dispositivo essencial (n=1);
- mudança de equipa de enfermagem no decorrer da cirurgia (n=1);
- pressão imposta pelos médicos (n=1);
- não haver reservas de hemoderivados (n=1);
- troca componentes orgânicos/sangue para transfusão (n= 5);
- não houve nenhuma falha de segurança (n=1).

Em relação aos eventos adversos no BO relacionados com a cirurgia errada e local da cirurgia errado, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quanto aos grupos etários, sexo, habilitações literárias, profissão, hospital e tempo de actividade profissional.

Quadro 21 - Identificação de eventos adversos no bloco operatório

	n	Respondentes
		%
Eventos adversos no BO		
1. Doente errado	150	5,3 (8)
2. Cirurgia errada	150	2,0 (3)
3. Local da cirurgia errado	150	6,0 (9)
4. Incidentes anestésicos	150	12,7 (19)
5. Queda de equipamentos	150	31,3 (47)
6. Queimaduras	150	13,3 (20)
7. Falta de supervisão	150	10,0 (15)
8. Falta de comunicação	150	43,3 (65)
9. Cirurgia não planeada de acordo com o consentimento expresso	150	23,3 (35)
10. Paragem cardio-respiratória	150	18,8 (28)
11. Lesões provocadas por garrote pneumático	150	2,0 (3)
12. Pessoal a trabalhar sem conhecimento e competência	150	9,3 (14)
13. Posicionamentos incorrectos	150	14,0 (21)
14. Contaminação por quebra da técnica asséptica cirúrgica	150	8,7 (13)
15. Avaria de equipamentos/instrumentos	150	63,3 (95)
16. Contagens (compressas, corto-perfurantes, instrumentos) incorrectas	150	24,0 (36)
17. Outros	150	7,3 (11)

n - número de casos válidos; (...) – numerador da percentagem

Nos *eventos adversos no BO*: *falta de supervisão*, *falta de comunicação* e *cirurgia não planeada de acordo com o consentimento expresso*, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quanto à idade, sexo, habilitações literárias, profissão, hospital e tempo de actividade profissional.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas face aos *eventos adversos no BO*: *pessoal a trabalhar sem conhecimento e competência* quanto ao sexo ($p=0,043$), sendo que 19,4% dos respondentes do sexo masculino e 6,3% do sexo feminino identificaram este evento adverso no BO (Quadro 22). Não se

verificaram diferenças estatisticamente significativas face aos Eventos adversos no BO: Pessoal a trabalhar sem conhecimento e competência quanto à idade e habilitações literárias.

Quadro 22 - Distribuição percentual dos respondentes, quanto ao sexo, face aos Eventos adversos no BO: Pessoal a trabalhar sem conhecimento e competência

	n	Respondentes %	p value
Eventos adversos no BO: Pessoal a trabalhar sem conhecimento e competência	150	9,3 (14)	
Sexo	148		0,043^a
Feminino	112	6,3 (7)	
Masculino	36	19,4 (7)	

n - número de casos válidos; (...) – numerador da percentagem; ^a – Teste Exacto de Fisher

Relativamente aos *posicionamentos incorrectos e contaminação por quebra da técnica asséptica cirúrgica*, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quanto aos grupos etários, sexo, habilitações literárias, profissão, hospital e tempo de actividade profissional.

Face à *avaria de equipamentos/instrumentos*, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas quanto

- ao hospital (p= 0,016), sendo que 93,3% dos respondentes do HLA, EPE, contrastando com os 43,5% dos respondentes da ULSBA, EPE, identificaram o referido evento adverso no BO;
- ao grupo etário (p=0,025), sendo que o referido evento adverso foi identificado por 78,1% dos respondentes com idades compreendidas entre os 30 e 39 anos, contrastando com os 45,9% dos respondentes com idade igual ou superior a 50 anos (Quadro 23).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas face aos *eventos adversos no BO: avaria de equipamentos/instrumentos* quanto ao sexo, habilitações literárias, profissão e tempo de actividade profissional.

Quadro 23 - Distribuição percentual dos respondentes, quanto ao hospital e ao grupo etário, face aos Eventos adversos no BO: Avaria de equipamentos/instrumentos

	n	Respondentes %	p value
Eventos adversos no BO: Avaria de equipamentos/instrumentos	150	63,3 (95)	
Hospital	150		0,016^a
HESE, EPE	84	65,5 (55)	
ULSBA, EPE	23	43,5 (10)	
ULSNA, EPE	28	57,1 (16)	
HLA, EPE	15	93,3 (14)	
Grupo Etário	147		0,025^a
20-29 anos	36	72,2 (26)	
30-39 anos	32	78,1 (25)	
40-49 anos	42	59,5 (25)	
≥ 50 anos	37	45,9 (17)	

^a – Teste de Qui-Quadrado de Pearson

No Apêndice IV – Secção B, são apresentadas as associações entre a identificação de eventos adversos no BO. Estes resultados não são aqui apresentados em quadro, uma vez que os testes apresentam problemas de robustez, devido à existência de mais de 20% de células com valores esperados inferiores a cinco, conseqüente da baixa frequência de respondentes nas categorias das variáveis. Merecendo alguma precaução na interpretação destes resultados, pode-se constatar:

- face aos *eventos adversos no BO: doente errado*, após a análise dos dados, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas quanto ao hospital ($p= 0,002$), sendo que apenas 21,7% ($n=5$) dos respondentes da ULSBA, EPE e 3,6% ($n=3$) dos respondentes do HESE, EPE identificaram como evento adverso no BO o facto de ter sido intervencionado cirurgicamente o doente errado.
- relativamente aos *incidentes anestésicos*, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas quanto ao hospital ($p= 0,003$), sendo que apenas 21,4% ($n=18$) dos respondentes do HESE, EPE e 6,7% ($n=1$) dos respondentes do HLA, EPE identificaram como evento adverso no BO o facto de terem ocorrido incidentes anestésicos.
- no que concerne a *queda de equipamentos*, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas quanto ao hospital ($p= 0,005$), sendo que 42,9% dos respondentes do HESE, EPE, contrastando com 8,7% ($n=2$) dos respondentes da ULSBA, EPE, identificaram como evento adverso no BO a queda de equipamentos.

- face às *queimaduras*, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas quanto às habilitações literárias ($p= 0,025$), sendo que 19,0% ($n=4$) dos respondentes que identificaram como evento adverso no BO o facto de terem ocorrido queimaduras no doente são pós-graduados, mestres e doutorados, enquanto que 11,7% dos respondentes são bacharéis e licenciados.
- quanto a *paragem cardio-respiratória*, após a análise dos dados, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas quanto ao hospital ($p= 0,024$), sendo que 33,3% dos respondentes do HLA, EPE, contrastando com 3,6% ($n=1$) dos respondentes da ULSBA, EPE, identificaram como evento adverso no BO o facto de ter ocorrido paragem cárdio-respiratória do doente.
- no que concerne a *lesões provocadas por garrote pneumático*, , verificaram-se diferenças estatisticamente significativas quanto ao hospital ($p=0,004$), sendo que apenas os respondentes (10,7% - $n=3$) da ULSNA, EPE identificaram como evento adverso no BO o facto de terem ocorrido lesões provocadas por garrote pneumático.
- face aos *eventos adversos no BO: pessoal a trabalhar sem conhecimento e competência*, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas quanto ao hospital ($p=0,007$), sendo que apenas os respondentes (16,7% - $n=14$) do HESE, EPE identificaram como evento adverso no BO o facto de trabalhar pessoal sem conhecimento e competência; à profissão ($p<0,001$), sendo que sendo que 50% ($n=4$) dos anestesiológicos, 22,2% ($n=8$) dos cirurgiões e 1,9% ($n=2$) dos enfermeiros identificaram como evento adverso no BO o facto de trabalhar pessoal sem conhecimento e competência; ao tempo de actividade profissional no BO ($p=0,003$), sendo que o Evento adverso no BO: Pessoal a trabalhar sem conhecimento e competência foi identificado por 26,7% ($n=8$) dos respondentes que exercem a sua actividade em BO à mais de 21 anos, contrastando com os 3,2% ($n=1$) dos respondentes que trabalham em BO entre 5 e 10 anos.
- após a análise dos dados, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas face a *contagens (compressas, corto-perfurantes, instrumentos) incorrectas* quanto ao hospital ($p <0,001$), sendo que 40,5% dos respondentes do HESE, EPE, 6,7% ($n=1$) dos respondentes do HLA, EPE e 4,3% ($n=1$) dos respondentes da ULSBA identificaram o referido evento adverso no BO.
- relativamente a *outros eventos adversos*, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas quanto à profissão ($p=0,003$), sendo que 37,5% ($n=3$) dos anestesiológicos, 5,7% ($n=6$) dos enfermeiros e 5,6% ($n=2$) dos cirurgiões identificaram outros eventos aversos no BO, para além dos referidos no questionário.

3.4. CONHECIMENTO DE MEDIDAS/ACÇÕES PARA A MELHORIA DA SEGURANÇA DO DOENTE NO INTRA-OPERATÓRIO

3.4.1. Time Out

Dos 152 respondentes, 59,9% conhece o conceito de *Time Out*, contrastando com os 40,1% que o desconhece (Figura 12).

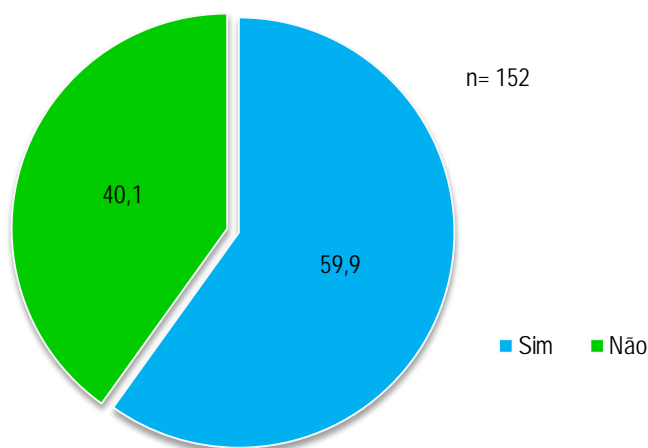


Figura 12 - Distribuição percentual dos respondentes face ao conhecimento do conceito *Time Out*

Após a análise dos dados, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas no conhecimento do conceito de *Time Out*, quanto aos grupos etários, sexo, habilitações literárias, profissão e tempo de actividade profissional em BO. Encontrou-se uma associação significativa relativamente ao hospital ($p=0,003$), sendo essencialmente na ULSBA, EPE que o conhecimento do conceito TO (91,3%) é superior às restantes organizações, seguido do HLA, EPE, com 62,5% de respondentes. É importante referir que aquando da aplicação do presente estudo, a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica era aplicada no BO do HJJF (ULSNA, EPE). A ULSNA, EPE apresenta o menor número de respondentes com conhecimento do *Time Out* (41,4%) (Quadro 24).

Quadro 24 - Distribuição percentual dos respondentes, por hospital, face ao conhecimento do conceito Time Out

	n	Respondentes	<i>p value</i>
		%	
Conceito <i>Time Out</i>	152	59,9 (91)	
Hospital			0,003 ^a
HESE, EPE	84	57,1 (48)	
ULSBA, EPE	23	91,3 (21)	
ULSNA, EPE	29	41,4 (12)	
HLA, EPE	16	62,5 (10)	

n - número de casos válidos; (...) - numerador da percentagem; ^a - Teste de Qui-Quadrado de Pearson

A maioria dos respondentes (51,1%) considera que o TO é um instrumento para a melhoria da segurança do doente, sendo que a percentagem de Concordo Totalmente e Concordo é de 86,7%. Por outro lado, 7,8% dos respondentes discorda e 5,6% não tem opinião formada sobre esta temática (Figura 13).

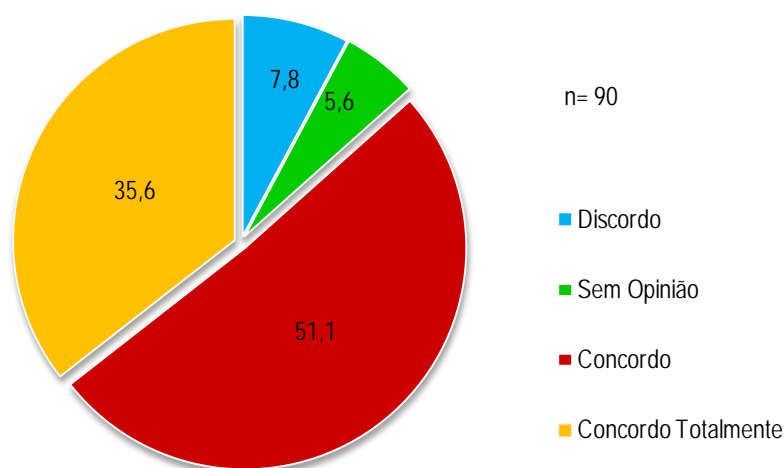


Figura 13 - Distribuição percentual dos respondentes por opinião acerca do *Time Out* na segurança do doente

3.4.2. Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

A maioria dos respondentes (58,4%) tinha conhecimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, contrastando com os 41,6% que desconheciam este instrumento que contribui para a segurança do doente (Figura).

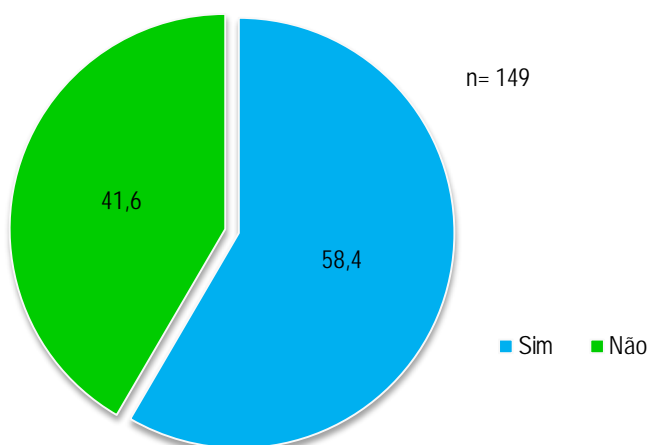


Figura 14 - Distribuição percentual dos respondentes quanto ao conhecimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

Após a análise dos dados, verificou-se que não existem diferenças significativas no conhecimento da LVSC, quanto aos grupos etários, sexo, habilitações literárias, e tempo de actividade profissional em BO. No entanto, existem diferenças estatisticamente significativas relativamente ao hospital ($p < 0,001$), sendo 100% dos respondentes da ULSBA, EPE têm conhecimento da LVSC, enquanto no HESE, EPE apenas 43,2% dos respondentes têm conhecimento da mesma (Quadro 20). É importante referir que aquando da aplicação do presente estudo, a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica era aplicada no BO do HJJF (ULSNA, EPE).

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no conhecimento da LVSC quanto à profissão ($p = 0,024$), na medida em que 87,5% dos anestesiólogistas têm conhecimento da mesma, seguido de 61,9% dos enfermeiros e 41,7% dos cirurgiões (Quadro 25). No entanto, é importante referir o facto da amostra dos anestesiólogistas ser constituída por apenas oito respondentes.

Quadro 25 - Distribuição percentual dos respondentes, por hospital e sexo, face ao conhecimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

	n	Respondentes	p value
		%	
Conhecimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica	149	58,4 (87)	
Hospital	149		<0,001 ^a
HESE, EPE	81	43,2 (35)	
ULSBA, EPE	23	100 (23)	
ULSNA, EPE	29	58,6 (17)	
HLA, EPE	16	75,0 (12)	
Profissão	149		0,024 ^a
Anestesiologistas	8	87,5 (7)	
Cirurgiões	36	41,7 (15)	
Enfermeiros	105	61,9 (65)	

n - número de casos válidos; (...) - numerador da percentagem; ^a - Teste de Qui-Quadrado de Pearson

Os respondentes, essencialmente, tomaram conhecimento da LVSC através de *colegas /outros profissionais de saúde* (57,0%), seguido de *congressos/jornadas/seminários/cursos* (37,2%), sendo que a menor percentagem de respondentes tomou conhecimento da LVSC através de *documentos oficiais da DGS* (3,5% - n=2) e da *Comunicação Social* (3,5% - n=2) (Quadro 26).

Importa ainda referir que 5,8% (n=5) dos respondentes identificaram *outros* meios através dos quais tomaram conhecimento da LVSC:

- formação em serviço (n=1);
- curso de gestão de unidades de saúde (n=1);
- vários meios em simultâneo (n=1);
- série televisiva (n=1);
- já se realiza no serviço (n=1).

Quadro 26 - Distribuição percentual dos respondentes quanto ao meio de conhecimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

	n	Respondentes
		%
Meios de Divulgação da Checklist Cirurgica		
1. Colegas /Outros Profissionais de Saúde	86	57,0 (49)
2. Documentos Oficiais da OMS	86	20,9 (18)
3. Documentos Oficiais da DGS	86	3,5 (2)
4. Comunicação Social	86	3,5 (2)
5. Congressos/Jornadas/Seminários/Cursos	86	37,2 (32)
6. Internet	86	12,8 (11)
7. Outros	86	5,8 (5)

n - número de casos válidos; (...) – numerador da percentagem

Após a análise dos dados, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas face ao *conhecimento da lista de verificação de segurança cirúrgica: colegas /outros profissionais de saúde* quanto ao hospital ($p=0,018$), sendo que 69,6% dos respondentes da ULSBA, EPE tomaram conhecimento da LVSC através de colegas/outros profissionais de saúde, contrastando com os 23,5% dos respondentes da ULSNA, EPE (Quadro 27). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas face a *colegas /outros profissionais de saúde* quanto aos grupos etários, sexo, habilitações literárias, profissão e tempo de actividade profissional.

Relativamente a *documentos oficiais da OMS*, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quanto aos grupos etários, sexo, habilitações literárias, profissão, hospital e tempo de actividade profissional.

No que concerne a *congressos/jornadas/seminários/cursos* e *outros*, após a análise de dados, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quanto aos grupos etários, sexo, habilitações literárias, profissão, hospital e tempo de actividade profissional

Quadro 27 - Distribuição percentual dos respondentes, quanto ao hospital, face ao Conhecimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: Colegas /Outros Profissionais de Saúde

	n	Respondentes %	p value
Conhecimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: Colegas /Outros Profissionais de Saúde	86	57,0 (49)	
Hospital			0,018^a
HESE, EPE	34	61,8 (21)	
ULSBA, EPE	23	69,6 (16)	
ULSNA, EPE	17	23,5 # (4)	
HLA, EPE	12	66,7 (8)	

^a - Teste de Qui-Quadrado de Pearson; # - Prevalência correspondendo a uma frequência de 5 ou menos casos

No Apêndice IV – Secção C, são apresentadas as associações entre o conhecimento de medidas/acções para a melhoria da segurança do doente no intra-operatório. Estes resultados não são aqui apresentados em quadro, uma vez que os testes apresentam problemas de robustez, devido à existência de mais de 20% de células com valores esperados inferiores a cinco, consequente da baixa frequência de respondentes nas categorias das variáveis. Merecendo alguma precaução na interpretação destes resultados, pode-se constatar:

- face a *documentos oficiais da OMS*, após a análise dos dados, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas quanto ao hospital ($p= 0,003$), essencialmente foram os respondentes ULSBA, EPE que tomaram conhecimento da LVSC através de documentos oficiais da OMS (43,5%), contrastando com apenas os 5,9% ($n=2$) dos respondentes do HESE, EPE.
- quanto à *comunicação social*, após a análise dos dados, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas quanto ao grupo etário ($p= 0,018$), sendo que apenas três respondentes (15%), com idade compreendida entre os 40 e 49 anos tomaram conhecimento da LVSC através da comunicação social.
- após a análise dos dados, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas face ao *conhecimento da lista de verificação de segurança cirúrgica: internet* quanto à profissão ($p=0,020$), sendo que 42,9% ($n=3$) dos anestesiólogos, 20% ($n=3$) dos cirurgiões e 7,8% ($n=5$) dos enfermeiros tomaram conhecimento da LVSC através da Internet.

Quando questionados sobre os diversos itens da checklist cirúrgica: antes da indução anestésica, os profissionais concordaram totalmente/concordaram com as afirmações apresentadas (Quadro 28)

Quadro 28 - Opinião dos respondentes sobre a Checklist Cirúrgica: Antes da Indução Anestésica

	n	Discordam Totalmente	Discordam	Sem opinião	Concordam	Concordam Totalmente
		%				
CHECKLIST CIRURGICA: ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA						
1. O doente confirme a sua identidade, local da cirurgia, procedimento e dê o seu consentimento.	152	0,7	0,0	2,0	23,6	73,6
2. O local da cirurgia seja marcado.	152	0,7	4,8	17,8	42,5	34,2
3. Se proceda à verificação do equipamento de anestesia e medicação.	152	0,0	0,0	1,4	23,6	75,0
4. Se confirme que o oxímetro de pulso está no doente e em funcionamento.	152	0,7	0,0	2,0	27,7	69,6
5. Se saiba se o doente tem alergias conhecidas.	152	0,0	0,7	0,0	25,5	73,8
6. Se verifique se o doente tem via aérea difícil ou risco de aspiração.	152	0,0	0,0	2,7	23,6	73,6
7. A equipa esteja desperta para o risco de perda de >500 ml de sangue.	152	0,0	0,0	4,0	26,2	69,8

n - número de casos válidos

Uma vez que, após a avaliação da consistência interna da escala da checklist cirúrgica: antes da indução anestésica, se obteve *Alpha de Cronbach* de 0,857 (com classificação: Muito Boa) (Quadro 29), procedeu-se à utilização de um *score* total da escala composta pelos diversos itens. Este *score* total foi utilizado posteriormente para a comparação dos valores médios nas categorias das variáveis independentes

Quadro 29 - Consistência interna - Checklist Cirúrgica: antes da indução anestésica

	n.º de itens	<i>Alpha de Cronbach</i>	Classificação
Checklist cirúrgica: antes da indução anestésica	7	0,857	Muito Boa

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na importância atribuída à *checklist cirúrgica: antes da indução anestésica* para a melhoria da segurança do doente quanto à idade, sexo, habilitações literárias e tempo de actividade no BO. Contudo, verificaram-se diferenças significativas quanto à profissão ($p=0,02$) e ao hospital ($p=0,038$) (Quadro 30).

Quadro 30 - Estatísticas Descritivas e comparação dos valores médios do *score* total da *Checklist Cirúrgica: Antes da Indução Anestésica*

		n	Média	IC 95%	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	<i>p</i> value
Profissão	Anestesiologistas	8	34,00	[33,11; 34,89]	34,00	1,07	32,00	35,00	0,002 ^a
	Cirurgião	35	30,29	[29,09; 31,49]	29,00	3,49	23,00	35,00	
	Enfermeiro	107	32,14	[31,35; 32,93]	34,00	4,12	4,00	35,00	
Hospital	ULSNA, EPE	29	32,14	[30,98; 33,29]	33,00	3,03	26,00	35,00	0,038 ^a
	HESE, EPE	82	31,43	[30,67; 32,18]	33,00	3,44	23,00	35,00	
	HLA, EPE	16	33,56	[32,38; 34,75]	35,00	2,22	28,00	35,00	
	ULSBA, EPE	23	31,52	[28,61; 33,29]	34,00	6,73	4,00	35,00	

^a – Teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*

Após a realização das comparações múltiplas para verificar quais os grupos profissionais que diferiam, verifica-se que todos os grupos são diferentes entre si. Contudo, os anestesiológicos parecem estar com uma opinião mais favorável do que as outras profissões, na medida em que apresentam uma média de *score* total mais elevada (3,71) (Quadro 31).

Quadro 31 - Comparações Múltiplas relativas à profissão do *score* total da *Checklist Cirúrgica: Antes da Indução Anestésica*

Escala	Categorias	Diferença Média	<i>p</i> value
CHECKLIST CIRURGICA: ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	Anestesiologistas vs Cirurgiões	3,71	<0,001 ^a
	Anestesiologistas vs Enfermeiros	1,86	0,006 ^a
	Enfermeiros vs Cirurgiões	1,85	0,033 ^a

^a – Comparações múltiplas de Dunnett T3

Após realização de comparações múltiplas para verificar quais os hospitais que diferiam, chega-se a conclusão que o HESE, EPE difere significativamente do HLA, EPE, na medida em que os profissionais deste último apresentam uma opinião mais favorável, com média *score* total mais elevada (2,14) (Quadro 32).

Quadro 32 - Comparações múltiplas relativas ao hospital do *Score Total da Checklist Cirúrgica: Antes da Indução Anestésica*

Escala	Categorias	Diferença Média	<i>p value</i>
CHECKLIST CIRURGICA: ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	HESE, EPE vs ULSNA, EPE	0,71	0,874 ^a
	HESE, EPE vs ULSBA, EPE	0,09	1,000 ^a
	HESE, EPE vs HLA, EPE	2,14	0,020 ^a
	ULSNA, EPE vs ULSBA, EPE	0,62	0,999 ^a
	ULNA, EPE vs HLA, EPE	1,42	0,378 ^a
	ULSNA, EPE vs HLA, EPE	2,04	0,690 ^a

^a – Comparações Múltiplas de Dunnett T3

Quando questionados sobre os diversos itens da *checklist cirúrgica: antes da incisão da pele*, os profissionais concordaram totalmente/concordaram com as afirmações apresentadas (Quadro 33).

Quadro 33 - Opinião dos respondentes sobre a Checklist Cirúrgica: Antes da Incisão da Pele

	n	Discordam Totalmente	Discordam	Sem opinião	Concordam	Concordam Totalmente
%						
CHECKLIST CIRURGICA: ANTES DA INCISÃO DA PELE						
1. Se proceda à apresentação dos diferentes elementos da equipa (nome e respectiva função).	147	1,4	3,4	29,3	39,5	26,5
2. A equipa confirme o nome do doente o procedimento e o local da incisão	148	0,7	2,0	2,0	30,4	64,9
3. A profilaxia antibiótica seja administrada nos últimos 60 minutos.	148	0,0	3,4	9,5	37,8	49,3
4. O cirurgião antecipe eventos críticos (passos críticos ou fora da rotina, tempo planeado para o caso, perda de sangue prevista).	147	0,0	0,0	4,1	42,2	53,7
5. O anestesiológista antecipe eventos críticos (preocupações específicas com o doente).	149	0,0	0,0	4,0	40,9	55,0
6. A equipa de enfermagem antecipe eventos críticos (esterilização confirmada, possíveis problemas com equipamentos/dispositivos).	148	0,0	0,0	2,0	35,1	62,8
Os exames imagiológicos essenciais estejam visíveis.	148	0,0	1,4	4,7	49,3	44,6

n - número de casos válidos

Quando questionados sobre os diversos itens da *checklist cirúrgica: antes do doente sair da sala*, os profissionais concordaram totalmente/concordaram com as afirmações apresentadas (Quadro 34).

Quadro 34 - Opinião dos respondentes sobre a Checklist Cirúrgica: Antes do Doente Sair da Sala

	n	Discordam	Discordam	Sem	Concordam	Concordam
		Totalmente	Totalmente	opinião	Totalmente	Totalmente
%						
CHECKLIST CIRURGICA: ANTES DO DOENTE SAIR DA SALA						
1. O enfermeiro confirme, verbalmente, o nome do procedimento efectuado.	149	2,0	2,0	12,8	46,3	36,9
2. O enfermeiro confirme, verbalmente, as contagens de instrumentos, compressas ou cortoperfurantes.	150	0,0	0,0	1,3	22,0	76,7
3. O enfermeiro confirme com a equipa a rotulagem de produtos (biológicos ou outros).	149	0,0	0,7	8,7	32,9	57,7
4. O enfermeiro confirme, verbalmente, se existem problemas (com equipamentos ou outros).	150	0,0	2,0	3,3	38,7	56,0
5. A equipa indique as preocupações chave com a recuperação e a gestão do doente.	148	0,0	1,4	4,7	41,2	52,7

n - número de casos válidos

Uma vez que, após a avaliação da consistência interna da escala da *checklist cirúrgica: antes da incisão da pele*, se obteve um *Alpha de Cronbach* de 0,869 (com classificação: Muito Boa) e da *checklist cirúrgica: antes do doente sair da sala* se obteve *Alpha de Cronbach* de 0,779 (com classificação: Boa) (Quadro 35), procedeu-se à utilização de um *score* total da escala composta pelos diversos itens, a fim de se estudar a sua associação com as variáveis independentes.

Quadro 35 - Consistência Interna - *Checklist* Cirúrgica: Antes da incisão da Pele; *Checklist* Cirúrgica: Antes do Doente Sair da Sala

	n.º de itens	Alpha de Cronbach	Classificação
Checklist cirurgica: antes da incisão da pele	7	0,869	Muito Boa
Checklist cirurgica: antes do doente sair da sala	5	0,779	Boa

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na importância atribuída à *checklist cirúrgica: antes da incisão da pele e antes do doente sair da sala* para a melhoria da segurança do doente quanto à idade, sexo, habilitações literárias, hospital e tempo de actividade no BO. Contudo, verificaram-se diferenças significativas quanto ao hospital, no *score total da checklist cirúrgica: antes da incisão da pele* ($p=0,021$) e no *score total da checklist cirúrgica: antes do doente sair da sala* ($p=0,012$) (Quadro 36).

Quadro 36 - Estatísticas Descritivas e Comparação dos Valores Médios do Score Total da Checklist Cirúrgica: Antes da Incisão da Pele e da Checklist Cirúrgica: Antes do Doente Sair da Sala

Profissão		Checklist Cirúrgica: Antes da Incisão da Pele	Checklist Cirúrgica: Antes do Doente sair da Sala
Anestesiologista	n	8	8
	Média	33,13	23,38
	IC 95%	[31,75; 34,50]	[22,04; 24,03]
	Mediana	32,50	23,50
	Desvio Padrão	1,64	1,60
	Mínimo	31,00	21,00
	Máximo	35,00	25,00
Cirurgião	n	35	35
	Média	29,31	21,20
	IC 95%	[27,97; 30,66]	[20,33; 22,07]
	Mediana	29,00	21,00
	Desvio Padrão	3,92	2,53
	Mínimo	20,00	16,00
	Máximo	35,00	25,00
Enfermeiro	n	107	107
	Média	30,43	22,43
	IC 95%	[29,48; 31,38]	[21,91; 22,95]
	Mediana	31,00	23,00
	Desvio Padrão	4,94	2,73
	Mínimo	4,00	11,00
	Máximo	35,00	25,00
p value		0,021 ^a	0,012 ^a

^a – Teste não paramétrico Kruskal-Wallis

Após realização de comparações múltiplas para o *score total da Checklist Cirúrgica: Antes da Incisão da Pele*, verificou-se que os anestesiologistas diferem significativamente dos cirurgiões ($p= 0,001$) e dos enfermeiros ($p= 0,006$), apresentando os anestesiologistas com uma opinião mais favorável, com média *score total* mais elevada (3,81) (Quadro 37).

Quadro 37 - Comparações Múltiplas relativas á área profissional do Score total da Checklist Cirúrgica: Antes da Incisão da Pele

Escala	Categorias	Diferença Média	p value
CHECKLIST CIRURGICA: ANTES DA INCISÃO DA PELE	Anestesiologistas vs Cirurgiões	3,81	0,001 ^a
	Anestesiologistas vs Enfermeiros	2,70	0,006 ^a
	Enfermeiros vs Cirurgiões	1,12	0,438 ^a

^a – Comparações múltiplas de Dunnett T3

Após a realização de comparações múltiplas para o *score total da checklist cirúrgica: antes da incisão da pele*, no sentido de verificar quais os grupos profissionais que diferiam, chega-se à conclusão que os anestesiolistas diferem significativamente dos cirurgiões ($p=0,021$) e os cirurgiões diferem dos enfermeiros ($p=0,05$ – *p value border line*). Contudo, os anestesiolistas parecem estar com uma opinião mais favorável do que as outras profissões, apresentando média *score total* mais elevada (2,18) (Quadro 38).

Quadro 38 - Comparações Múltiplas relativas à profissão do *score total da Checklist Cirúrgica: Antes do doente sair da sala*

Escala	Categorias	Diferença Média	p value
CHECKLIST CIRURGICA: ANTES DO DOENTE SAIR DA SALA	Anestesiologistas vs Cirurgiões	2,18	0,021
	Anestesiologistas vs Enfermeiros	0,95	0,386
	Enfermeiros vs Cirurgiões	1,23	0,050

^a – Comparações múltiplas de Dunnett T3

Quando questionados sobre os diversos itens da *checklist cirúrgica: perspectiva global*, os profissionais concordaram totalmente/concordaram com as afirmações apresentadas (Quadro 39).

Importa referir que 93,3% dos respondentes concordaram totalmente/concordaram com a implementação da LVSC no BO. Apenas 5,4% se manifestaram sem opinião.

Quadro 39 - Opinião dos respondentes sobre a Checklist Cirúrgica: Perspectiva Global

	n	Discordam Totalmente	Discordam	Sem opinião	Concordam	Concordam Totalmente
%						
CHECKLIST CIRURGICA: PERSPECTIVA GLOBAL						
1. A Segurança do Doente, em ambiente de Bloco Operatório, assume primordial importância.	149	0,0	0,0	0,0	11,4	88,6
2. A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica é de suma importância para a melhoria da segurança do doente.	148	0,0	0,7	2,0	37,2	60,1
3. A utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica contribui para a melhoria do trabalho em equipa multidisciplinar.	149	0,0	0,7	3,4	39,6	56,4
4. A implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica contribui para a melhoria da Segurança do Doente.	148	0,0	0,7	4,1	39,9	55,4
5. Estou receptivo (a) à implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica no Bloco Operatório	149	0,0	1,3	5,4	29,5	63,8

n - número de casos válidos

Uma vez que, após a avaliação da consistência interna da escala da Checklist cirúrgica: perspectiva global, se obteve *Alpha de Cronbach* de 0,880 (com classificação: Muito Boa) (Quadro 40), procedeu-se à utilização de um *score* total da escala composta pelos diversos itens, para testar as hipóteses que se propõem.

Quadro 40 - Consistência Interna - Checklist Cirúrgica: Perspectiva Global

	n.º de itens	Alpha de Cronbach	Classificação
Checklist cirurgica: perspectiva global	5	0,880	Muito Boa

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na importância atribuída à *checklist cirúrgica: perspectiva global* quanto à idade, sexo, habilitações literárias, profissão, hospital e tempo de actividade no BO.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A vida só pode ser compreendida olhando-a para trás, mas só pode ser vivida olhando-a para a frente (Søren Kierkegaard).

Antes de se proceder à discussão dos resultados obtidos, devem-se considerar algumas limitações metodológicas e reservas que impõem na interpretação dos resultados obtidos e nas conclusões que deles advém, na medida em que, o facto de ser uma amostra de conveniência, e por conseguinte não aleatória, quer das instituições, quer dos profissionais, deve-se essencialmente com a necessidade de conciliar os recursos disponíveis com os objectivos do estudo (os quais não tinham a pretensão de fazer extrapolações nem de ter representatividade regional).

No que concerne ao instrumento de colheita de dados utilizado, é de referir que, tratando-se de uma “técnica de papel e lápis”, apresenta alguns inconvenientes, ainda que esta constitua a forma mais usual de avaliação de opiniões. Em primeiro lugar, salienta-se a dificuldade em saber se a resposta do sujeito corresponde à sua opinião real ou se tentou, através das suas respostas, dar uma boa imagem de si e agradar o investigador. Em segundo lugar, não é possível descortinar, com certeza absoluta, a importância da opinião para o sujeito, isto é, se a resposta corresponde a uma posição bem estruturada ou é um tema com que se viu confrontado apenas naquele momento.

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, cujo objectivo é analisar a opinião dos profissionais do BO (enfermeiros, anesthesiologistas e cirurgiões), dos hospitais EPE do Alentejo, face à *Checklist* Cirúrgica, em particular, e às questões da Segurança do Doente em geral. Assim, “os estudos exploratórios servem para nos familiarizarmos com fenómenos relativamente desconhecidos, para obter informações sobre a possibilidade de realizar uma pesquisa mais completa sobre um contexto particular, pesquisar problemas do comportamento humano que os profissionais de determinada área considerem cruciais, identificar conceitos ou variáveis promissoras, estabelecer prioridades sobre pesquisas futuras” (Sampieri, Collado e Lucio, 2006, p.100), sendo que os estudos descritivos “avaliam diversos aspectos, dimensões ou componentes do fenómeno a investigar” (Vilelas, 2009, p.122), e, apesar das suas limitações, “são frequentemente usados no início do estudo de uma nova área do saber” (Freixo, 2009, p.107).

Dos 267 questionários distribuídos pelos profissionais dos 5 BO dos hospitais EPE do Alentejo, recebemos 152 questionários (que preenchiam todos os requisitos), obtendo-se, deste modo, uma taxa de resposta de 56,93%. A maior taxa de resposta pertence ao HESE; EPE (76,36%), sendo 55,3% da amostra constituída pelos profissionais desta instituição. Este resultado deve-se ao facto da investigadora exercer a sua actividade profissional no BO do HESE, EPE, estando, por isso, os profissionais de toda a equipa cirúrgica mais sensibilizados para a participação no presente estudo. A menor percentagem de respondentes da amostra pertence ao HLS (5,3%), sendo este um resultado esperado, uma vez que este BO é o que apresenta menor número de profissionais.

Constatou-se que a maior percentagem de respondentes tinha idade compreendida entre os 40 e 49 anos (28,2%), sendo que a média de idade foi 40,4 anos.

Relativamente às habilitações literárias, constatou-se que a amostra foi constituída maioritariamente por bacharéis e licenciados (85,4%), correspondendo este facto com o esperado, dado que é a formação académica mínima exigida aos profissionais em questão (enfermeiros, anesthesiologistas e cirurgiões). Pode também "associar-se o facto de a amostra ser constituída por elementos relativamente jovens e por isso, sujeitos às actuais condições de formação" (Martins, 2004, p.51). O facto de existirem respondentes com bacharelato (6,6%) "podem ser justificados pelo facto de a classe de enfermagem ter sofrido recentemente reestruturações sucessivas" (Martins, 2004, p.51) na carreira, sendo que esta percentagem de respondentes não completou o complemento de formação, que lhes conferiria o grau de Licenciado em Enfermagem.

No que concerne à profissão, a amostra foi constituída essencialmente por enfermeiros (71,1%), sendo que a menor percentagem coube aos anesthesiologistas (5,3% - n=8). A fraca adesão dos médicos (anesthesiologistas e cirurgiões) no estudo deve-se à resistência no seu envolvimento em questões de mudança organizacional, constituindo "um dos grandes obstáculos (e grande desafio) na implementação de um processo de melhoria da qualidade nos serviços de saúde" (Mezomo, 2001, p.94). Também Malik e Teles (2001, p.58) fazem referência aos estudos de Pena (2000) e Torres (2000), na medida em que verificaram haver "resistência dos médicos a mudanças em geral e a programas de qualidade em particular", o que contribuiu para a sua fraca adesão em estudos que, de certa forma, impliquem ou possam conduzir à mudança.

A maior parte dos respondentes exercia a sua actividade em ambiente de BO entre 11 e 20 anos, sendo que o tempo médio foi de 12,8 anos em BO. Deste modo, os respondentes têm experiência com a complexa dinâmica do BO, bem como com as questões relacionadas com a segurança do doente.

É manifesta a predominância das mulheres (76%) na participação no presente estudo. Tal facto está intimamente relacionado com a profissão, uma vez que o grupo profissional com maior representatividade, enfermagem, é uma profissão predominantemente feminina. Também para Martins (2004, p.50) "o facto de termos uma amostra predominantemente feminina, pode ainda, ser associado, ao tipo de funcionamento dos blocos operatórios, que tipicamente funcionam num horário mais regular (de segunda a sexta-feira, durante

o dia, exceptuando os blocos operatórios em regime de prevenção ou de urgência), sendo por isso, mais procurados pelas mulheres numa perspectiva de organização e apoio familiar”.

Os profissionais apresentaram uma opinião unânime, sendo que 98% concordaram/concordaram totalmente que a segurança do doente assume primordial importância em ambiente de BO. Os respondentes demonstram a sua sensibilidade face às questões da segurança do doente num ambiente como o BO, na medida em que se trata de um espaço técnico, de grande diferenciação, cuja estrutura, para além de ser extremamente complexa, tem uma dinâmica específica que afecta a sua performance global e em que a equipa cirúrgica desempenha um papel fundamental no resultado final e na ocorrência de mais ou menos erros (Fragata, 2008 a). Lage (2010, p.16) defende que “a segurança começa à cabeceira do doente”.

No que concerne aos princípios da gestão do risco no BO, de modo geral, os respondentes concordaram/concordaram totalmente com os pressupostos apresentados, sendo que aqueles que reúnem mais consenso foram:

- a confirmação da identidade do doente, bem como os seus dados no processo clínico é um factor que contribui para a segurança do doente (concordaram e concordaram totalmente: 100%). Aquando da admissão do doente no BO é crucial proceder à confirmação da sua identidade, bem como outras informações pertinentes e importantes que se encontram no processo clínico. No sentido de prevenir erros, a AESOP (2010, p. 124) defende que “deve ser estabelecido um processo de verificação pré-operatória que permita prevenir a cirurgia no local errado, o procedimento cirúrgico errado e o utente errado”, devendo a equipa cirúrgica proceder à verificação de, para além da identificação do doente, da disponibilidade de todos os documentos e exames necessários à intervenção antes do início do procedimento (AESOP, 2010). Sempre que há informação em falta ou discrepâncias, estas “devem ser resolvidas antes do início do procedimento” (AESOP, 2010, p.124).
- a manutenção da técnica asséptica pelos profissionais é de suma importância na garantia da segurança do doente (concordaram e concordaram totalmente: 100%). A AESOP (2010, p.28) considera a técnica asséptica cirúrgica um “conjunto de medidas e procedimentos, executados com o objectivo de prevenir a infecção da ferida operatória, impedindo a introdução no organismo do utente de microrganismos potencialmente infecciosos e prevenir a contaminação dos profissionais envolvidos no processo cirúrgico”. Para Bilbao e Rola (2006, p.54) “os princípios da técnica asséptica cirúrgica incluem os procedimentos de desinfeção cirúrgica das mãos, de vestir bata estéril e calçar luvas, de colocação de campos cirúrgicos, de movimentação da equipa cirúrgica, de entre outros e constituem um conjunto de barreiras à contaminação do campo operatório e da ferida cirúrgica”. No sentido de garantir a segurança do doente, “cada elemento da equipa cirúrgica deve partilhar a responsabilidade pela monitorização dos referidos princípios e iniciar uma acção correctiva quando acontece uma quebra na técnica asséptica cirúrgica (Bilbao e Rola, 2006, p.54).

- a avaliação pré-operatória e comunicação das necessidades do doente à equipa multidisciplinar constituem uma mais-valia na segurança do doente no período intra-operatório (concordaram e concordaram totalmente: 98%). Phipps, Sands e Marek (2003, p.538) defendem que as orientações pré-operatórias devem fornecer “informações que vão ao encontro das necessidades de aprendizagem do indivíduo, promovam a segurança, promovam o conforto psicológico, promovam o envolvimento do doente e sua família”. Dawson (2003) e Phipps et al (2003) partilham da convicção que o risco de ocorrência de complicações pode ser reduzido ou mesmo eliminado, se houver uma preparação adequada do doente no período pré-operatório.

Após a realização das comparações múltiplas, verificou-se que os anestesiológicos têm uma opinião mais favorável do que as outras profissões quanto aos princípios da gestão do risco no BO.

Quanto aos procedimentos adoptados em prol da segurança do doente, a maioria dos respondentes procede à verificação da identificação do doente e do processo clínico (97,4%) e garante a manutenção da técnica asséptica cirúrgica (92,8%). A AESOP (2010) defende que a equipa cirúrgica deve, antes do início de qualquer procedimento deve ser realizada uma última verificação dos documentos que constam do processo do doente, bem como da sua identificação. Relativamente à manutenção da técnica asséptica cirúrgica, “todos os profissionais presentes na sala de operações têm a obrigação de garantir um ambiente cirúrgico seguro. Devem reger-se por um conjunto de valores individuais que motivem um desempenho correcto, estejam, ou não, a ser observados” (AESOP, 2010, p.28).

Houve 4 respondentes que, para além dos procedimentos apresentados, cada um referiu outro procedimento que executa tendo em linha de conta a segurança do doente:

- protecção de proeminências ósseas com material anti-escaras;
- realização da técnica cirúrgica mais de acordo com recomendações actuais;
- verificação da existência/funcionamento do equipamento anestésico, de fármacos e material de reanimação;
- verificação do funcionamento/ disponibilidade do material antes cirurgia.

Após a análise estatística verificaram-se diferenças significativas relativamente ao consentimento expresso e informado do doente acerca dos procedimentos cirúrgicos, quanto ao hospital e quanto ao grupo etário. Os respondentes do HESE; EPE (69%) estão mais sensibilizados para a realização deste procedimento em prol da segurança do doente do que os respondentes das restantes instituições. Quanto ao grupo etário onde se verificou uma percentagem de respondentes mais elevada, os profissionais com 50 ou mais anos (78,4%) estão mais conscientes da importância do consentimento expresso e informado acerca dos procedimentos cirúrgicos. O facto de ser referido pelos profissionais mais velhos pode estar intimamente relacionado com a sua experiência profissional.

O consentimento informado consta tanto no Código Deontológico do Médico, como no do Enfermeiro, sendo considerado “como um conceito de dever profissional, que respeita a autodeterminação da pessoa e o seu

direito à informação e decisão sobre o seu próprio corpo” (Dias, 2003, p.41). Também Lobão (2003, p.20) define consentimento informado como “o cumprimento do dever de respeitar um direito autónomo do doente à livre determinação em matéria de saúde”. Este autor defende que o médico deve informar o doente sobre o diagnóstico e clarificar a essência do tratamento que vai realizar, devendo o enfermeiro explicar todos os cuidados que vai realizar, o objectivo dos mesmos, as consequências e os riscos que podem surgir se estes não lhe forem prestados (Lobão, 2003). O consentimento informado é de extrema importância em qualquer contexto, no entanto, é particularmente relevante na prestação de cuidados ao doente cirúrgico (Lobão, 2003). Dunn (s.d.), citado por Scott et al (2003, p.10) alerta para o facto de considerar que o doente cirúrgico concedeu o seu consentimento informado quando “a informação relevante foi totalmente revelada e os doentes compreendem bem os benefícios e os riscos do procedimento”. O artigo 157º do Código Pena (de 15 de Março de 1995) refere que “o consentimento só é eficaz quando o paciente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento, salvo se isto implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo paciente, poriam em perigo a sua vida ou seriam susceptíveis de lhe causar grave dano à saúde física ou psíquica”. Deste modo, a autorização por escrito protege o doente e o médico, na medida que o primeiro, não pode ser submetido a operação sem dar permissão, e o cirurgião fica salvaguardado de possíveis reivindicações de uma cirurgia não aprovada (Brunner e Suddarth, 1993; Potter e Perry, 1999). Gomes (2009, p.68) defende que “o doente só pode ser submetido a intervenção cirúrgica se o cirurgião obtiver o consentimento, geralmente por escrito, deliberado e ciente do que irá acontecer”, não devendo nenhum doente deve ser obrigado a assinar a autorização para actos cirúrgicos, possuindo o direito de recusar os cuidados e a própria cirurgia. Caso existam dúvidas sobre alguns aspectos inerentes a experiência cirúrgica, deve ser dada oportunidade aos doentes de serem esclarecidos, tendo o direito a uma segunda opinião (Brunner e Suddarth, 1993).

Quanto à preparação pré-operatória do doente, incluindo a avaliação e comunicação das necessidades, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas quanto ao hospital (os profissionais do HESE, EPE estão mais sensíveis a este procedimento para a segurança do doente) e quanto ao tempo de actividade profissional (nos profissionais que exerciam a sua actividade em BO há 21 ou mais anos (73,3%), existe uma maior preocupação com a preparação pré-operatória do doente, contrastando com os profissionais com menor experiência em BO (0-4 anos: 42,5%).

Phipps, Sands e Marek (2003, p.538) defendem que as orientações pré-operatórias devem fornecer “informações que vão ao encontro das necessidades de aprendizagem do indivíduo, promovam a segurança, promovam o conforto psicológico, promovam o envolvimento do doente e sua família”. Para Gomes (2009, p.51) “compete à equipa multidisciplinar, nomeadamente o enfermeiro que exerce funções no serviço de cirurgia em parceria com o enfermeiro do bloco operatório, o médico assistente e o médico anestesista, preparar adequadamente o doente física e psicologicamente para o acto cirúrgico”. Nesta perspectiva, Lourenço (2004, p.26) refere que é crucial a realização da visita pré-operatória, pois “indiscutivelmente a visita pré-operatória é fundamental para que se possa cuidar no bloco operatório”, na

medida em que " visa globalmente tranquilizar o utente na procura de uma melhoria do seu bem-estar, num ambiente novo e hostil e tem uma eficácia objectiva sobre o excesso de stress do futuro operado" (Lourenço, 2004, p.26). Também Baldwin e Webb citados por Dawson (2003, p.398) quando afirmam que "a visita pré-operatória de um enfermeiro de bloco operatório pode reduzir a ansiedade do doente". Estes autores acrescentam ainda que o contacto do doente com o enfermeiro do BO pode ser muito útil, uma vez que se adquire informações adicionais que são fundamentais para a equipa do bloco estabelecer/planear um plano de cuidados intra-operatório personalizado e adequado a pessoa em questão.

Relativamente à verificação dos factores ambientais (temperatura da sala, controlo do ar, etc), após a análise dos dados, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas quanto à profissão (na medida em que 85,2% dos enfermeiros realiza este procedimento em prol da segurança do doente, contrastando com 41,7% dos cirurgiões. Importa referir que amostra constituída pelos anestesistas é de pequenas dimensões – n=8) e quanto ao sexo (sendo que 79,8% das mulheres realiza este procedimento, enquanto que é realizado por 58,8% dos homens). Constata-se, então, que havendo uma maior percentagem de enfermeiros e de mulheres a efectuar o referido procedimento, tal pode ser explicado pelo facto da enfermagem ser uma profissão predominantemente feminina.

A AESOP (2010, p.105) refere que "os blocos operatórios são áreas complexas cuja construção e funcionamento obriga ao cumprimento de um inúmero leque de normas estabelecidas para salvaguardar, em variados aspectos, a segurança dos utentes e dos profissionais". Assim, "os riscos a que ambos estão expostos – biológicos, físicos ou químicos – são, em larga medida, minimizados através de procedimentos correctos na prática profissional diária e da existência de condições obrigatórias de segurança" (AESOP, 2010, p.105).

No que concerne à identificação de eventos adversos no BO, ocorridos no último ano, 63,3% dos respondentes indicaram a avaria de equipamentos/instrumentos e 43,3% a falta de comunicação. Importa salientar outros eventos adversos no BO que 7,3% (n=11) identificaram:

- dificuldade com informatização (n=1);
- erro de medicação (diluções de fármacos erradas; troca fármacos) (n =2);
- queda de doentes (n=1);
- indisponibilidade equipamento/dispositivo essencial (n=1);
- mudança de equipa de enfermagem no decorrer da cirurgia (n=1);
- pressão imposta pelos médicos (n=1);
- não haver reservas de hemoderivados (n=1);
- troca componentes orgânicos/sangue para transfusão (n= 5);
- não houve nenhuma falha de segurança (n=1).

Segundo Ferreira, Martinez, Mota, e Silva (2007, p.160), "os riscos envolvidos na transfusão de sangue e hemoderivados podem ser consequentes de procedimentos inadequados, erros ou omissões dos

profissionais responsáveis pela transfusão". A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2007, p.13) refere que "dados do sistema de notificação de reacções transfusionais do Reino Unido (SHOT – *Serious Hazards of Transfusion*) revelam que aproximadamente 66,7% das reacções transfusionais notificadas estão relacionados a erros de identificação de receptores. Dados de um estudo desenvolvido no Departamento de Saúde do Estado de Nova Iorque, com base nos registos de ocorrência de reacções transfusionais ocorridos em um período de 10 anos, calculou-se o risco de administração errada de transfusão de concentrado de hemácias em 1 para cada 14.000 transfusões realizadas e de erros de classificação ABO em 1 para cada 38.000 transfusões realizadas".

Santos et. al (2010, p.48) apresentam "um estudo recente sobre a percepção geral do público acerca do erro médico e das suas implicações, realizado pelo *Directorate-General of Health and Consumer Protection*, no qual participaram 25 países da União Europeia, entre os quais Portugal, concluiu que 78% dos inquiridos considera o erro médico um "problema grave no seu país" e que 28% já viveu (directamente ou num familiar próximo) consequências do erro de diagnóstico ou tratamento". Lage (2010, p.16) defende que "paradoxalmente, o primeiro passo é tornar o erro com potencial para causar dano no doente mais visível para os profissionais e eventualmente para os próprios doentes".

A avaria de equipamentos/instrumentos é referida como o evento adverso mais frequente. A AESOP (2006) considera-o um dos erros mais comuns no período peri-operatório. A utilização de equipamentos/equipamentos "em óptimas condições é fundamental para que a cirurgia decorra em segurança e é resultado de uma cadeia de procedimentos correctos que envolve, desde a equipa cirúrgica aos profissionais dos serviços de esterilização" (AESOP, 2010, p.76).

Nas organizações de saúde, a comunicação constitui um dos pontos-chave na dinâmica e interacção entre os profissionais, bem como na prevenção de eventos adversos, na medida em que "a comunicação é tão importante para o funcionamento de qualquer grupo quanto o é para a promoção da segurança" (Fragata, 2006, p.133).

Também Vargas (2010, p.26) defende que "em termos organizacionais, a comunicação é um conjunto de diversos elementos e de relações entre eles, ela é o veículo que assegura a existência da organização sendo inconcebível a noção de grupo, sem que no seio dele, haja troca de informação". Assim, "dentro de um grupo a comunicação pode ser entendida como um dos vários tipos de processos interaccionais que se prendem com o aspecto dinâmico da actividade do grupo" (Vargas, 2010, p.26). Deste modo, "no interior dos grupos, a comunicação detém um papel essencial, funcionando estes como transformadores de informação" (Vargas, 2010, p.26).

Lingard (2004), citado por Fragata (2010, p.134) refere que, noutros estudos, "a falta de comunicação interpares foi detectada em cerca de 30% das equipas cirúrgicas, sendo responsável por erros e quebras de segurança em cerca de 1/3 destas. As falhas de comunicação envolveram fases e formas de comunicar bem diferentes, assim em cerca de 46% dos casos a comunicação deu-se no momento ou ocasião errada, logo a

mensagem não passou, em 36% das situações o conteúdo era incorrecto e em 24% dos casos era o propósito, ou a audiência a quem a comunicação se dirigia que eram inapropriadas, impedindo a passagem correcta e eficaz da informação”.

A comunicação assume particular importância na equipa cirúrgica dado que a complexa dinâmica do BO “representa o ponto de intercepção de diversos grupos profissionais, com necessidades e agendas diferentes – cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e técnicos, com estatutos hierárquicos e de competências diferentes, apoiados por estruturas de apoio, como por exemplo são os laboratórios ou os serviços de sangue e que interagem durante as fases pré, intra e pós-operatórias, para realizar uma tarefa bem definida – a realização de uma intervenção cirúrgica. (Fragata, 2008 a, p.107). Para (Imperatori, 1999, p.81) “a comunicação é uma determinante fundamental no sucesso da gestão e a sua falta é um dos mais frequentes problemas nas instituições de saúde”.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas face à identificação da avaria de equipamentos/instrumentos como evento no BO, quanto ao hospital (apresentando o HLA; EPE maior percentagem de respondentes face às restantes instituições) e ao grupo etário (sendo o referido evento adverso mais referenciado por profissionais com idade compreendida entre 30 e 39 anos).

Relativamente ao conceito *Time Out*, 59,9% dos 152 respondentes têm conhecimento desta medida para a melhoria da segurança do doente. Após a análise dos dados, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas quanto ao hospital, na medida em que 91,3% dos respondentes da ULSBA, EPE têm conhecimento do TO. Tal pode ser explicado pelo facto de na ULSBA, EPE, aquando da aplicação do presente estudo, era aplicada a LVSC. A maioria dos profissionais (Concordo e Concordo totalmente: 86,7%) considera o TO uma medida que contribui para a melhoria da segurança do doente.

A maioria dos respondentes tem conhecimento da LVSC (58,4%), sendo que após a análise dos dados, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas quanto ao hospital (a totalidade (100%) dos respondentes da ULSBA, EPE tem conhecimento da LVSC, justificado pelo facto de esta medida ser aplicada no BO para a melhoria da segurança do doente) e à profissão (os anesthesiologistas são o grupo profissional com maior percentagem de respondentes que tem conhecimento da LVSC.

Os profissionais tomaram conhecimento da LVSC essencialmente através de colegas/outros profissionais de saúde (57%). Importa ainda referir que 5,8% (n=5) dos respondentes identificaram outros meios através dos quais tomaram conhecimento da LVSC:

- formação em serviço (n=1);
- curso de gestão de unidades de saúde (n=1);
- vários meios em simultâneo (n=1);
- série televisiva (n=1);
- já se realiza no serviço (n=1).

Verificou-se que existem diferenças significativas face ao conhecimento da LVSC através de colegas/outros profissionais de saúde, quanto ao hospital, na medida em que 69,6% dos profissionais da ULSBA, EPE que tem conhecimento da LVSC foi através deste meio. Este resultado pode ser justificado pelo facto de na ULSBA, EPE, ter a LVSC no BO aquando da aplicação do presente estudo.

Apesar da recomendação da DGS para a adesão de todos os blocos operatórios abrangidos à “Cirurgia Segura Salva Vidas” até ao final de Setembro de 2010 (DGS, 2010), verificámos que, aquando da aplicação do presente estudo, apenas a ULSBA, EPE aplicava a Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica. Importa realçar o facto do HESE, EPE, durante o decorrer do presente estudo, ter iniciado a aplicação da LVSC desde Setembro de 2010.

Quando questionados sobre a LVSC antes da indução anestésica, a grande maioria dos respondentes apresenta uma opinião muito favorável à mesma, sendo que o item cinco (se saiba se o doente tem alergias conhecidas foi o que reuniu mais consenso) (concordo e concordo totalmente: 99,3%).

Fragata (2008 (a), p.90) defende que “a anestesiologia é, sem dúvida, a especialidade médica que mais tem investido, quer na segurança dos doentes, quer e simultaneamente, na profilaxia do erro”, na medida em que “domina, por meio de exame físico e, cada vez mais, por meios electrónicos, a técnica de monitorização dos sinais vitais, da homeostasia e da ventilação dos doentes. De igual modo, o controle permanente do electrocardiograma, da pressão arterial, da saturação de oxigénio no sangue (por oximetria de pulso) e a capnografia (avaliação “on line” do anidrido de carbono expirado) são excelentes exemplos de monitorização e representam marcos importantes na segurança do doente anestesiado” (Fragata, 2008 a, p.91-92).

A administração de medicação perioperatória é particularmente complexa e a ocorrência de reacções anafilácticas aos anestésicos é estimada em 1/10.000 a 1/20.000 casos. No entanto, esta situação pode ser evitada, tendo uma boa história de todos os doentes, a documentação adequada com registos, boa comunicação entre os membros da equipa de cuidados clínicos e usando listas de verificação para garantir que as medidas de segurança adequadas são realizadas eficientemente. A administração segura de medicamentos implica a administração coerente do fármaco correcto, no doente correcto, na dose correcta, no momento correcto, na via correcta. Estudos de avaliação de erros de medicação demonstram que os clínicos frequentemente falham o atingir deste objectivo. Além da prática cuidadosa e da atenção consciente ao detalhe, uma abordagem baseada em sistemas para os processos de administração de fármacos é necessária (WHO, 2008 b; WHO, 2009 a).

Verificou-se que, quanto ao hospital, os respondentes do HLA; EPE manifestaram uma opinião mais favorável quanto à *checklist* cirúrgica: antes da indução anestésica, do que os respondentes das restantes instituições e quanto à profissão, os anestesiológicos apresentam uma opinião mais favorável do que os restantes grupos profissionais quanto à *checklist* cirúrgica: antes da indução anestésica, na medida em que “do ponto de vista de responsabilidade individual, é responsabilidade de quem anestesia verificar a

segurança dos sistemas de que necessita e, dentro do possível, antever as necessidades e os planos alternativos” (Fragata, 2008 a, p.92).

Quando questionados sobre a LVSC antes da incisão da pele, a grande maioria dos respondentes apresentou uma opinião muito favorável à mesma, sendo que o item “a equipa de enfermagem antecipe eventos críticos (esterilização confirmada, possíveis problemas com equipamentos/dispositivos)” (concordaram e concordaram totalmente: 97,9%) foi o que obteve mais consenso entre os respondentes. Sendo avaria de equipamentos/instrumentos o evento adverso identificado pela maioria dos profissionais, logicamente que a antecipação deste evento adverso seja uma preocupação da equipa cirúrgica. Os problemas com o equipamento são universais em salas de operações. A identificação precisa das fontes de falhas e de instrumentos ou equipamentos que têm avarias é importante na prevenção da reutilização dos mesmos antes que o problema seja resolvido. O coordenador deve garantir que os problemas ocorridos com o equipamento, durante um caso, são identificados pela equipa (WHO, 2008 b; WHO, 2009 a).

Aquando da realização de comparações múltiplas, verificou-se existirem diferenças estatisticamente significativas na opinião dos respondentes sobre a *checklist* cirúrgica: antes da incisão da pele, quanto à profissão, na medida em que os anestesiológicos apresentam uma opinião mais favorável do que os restantes profissionais. No entanto, importa referir que a amostra constituída pelos referidos profissionais é de pequena dimensão (n=8).

Quando questionados sobre a LVSC antes do doente, a grande maioria dos respondentes apresentou uma opinião muito favorável à mesma, sendo que o item “o enfermeiro confirme, verbalmente, as contagens de instrumentos, compressas ou cortoperfurantes” (concordo e concordo totalmente: 98,7%) foi o que obteve mais consenso entre os respondentes.

A AESOP (2010, p.65) defende que “a contagem de compressas, instrumentos e materiais cortoperfurantes durante intervenções cirúrgicas, é essencial à segurança de utentes, na medida em que “qualquer destes dispositivos médicos deixado inadvertidamente no utente pode causar lesões gravíssimas e conduzir, no mínimo, à necessidade de um novo procedimento cirúrgico (AESOP, 2010,65). Assim, “devem ser estabelecidos protocolos de contagem para cada artigo a ser controlado durante procedimentos cirúrgicos” (AESOP, 2010, p.65, nomeadamente, compressas, instrumentos e materiais cortoperfurantes.

A contagem de compressas, instrumentos e materiais cortoperfurantes deve ser “realizada por duas pessoas, de forma audível e sem interrupções” (AESOP; 2010, p.66) e deve realizada e registada: antes do início da cirurgia, sempre que são abertos novos pacotes de compressas, instrumentos ou materiais cortoperfurantes para a mesa operatória, no primeiro plano de encerramento, no encerramento da pele, sempre que o enfermeiro instrumentista ou circulante são substituídos e se a incisão for reaberta após o final da contagem (AESOP, 2010). Sempre que existirem erros de contagem, deve-se registar a contagem, informar o cirurgião, informar o enfermeiro chefe, procurar no lixo e campos cirúrgicos, registar o incidente, providenciar RX (se no RX se verificar que a compressa, instrumento ou material cortoperfurante foi deixado

no doente, cirurgião assume a responsabilidade da remoção) (AESOP, 2010). Quando a contagem deveria ser realizada, mas não é, o cirurgião e o responsável do bloco operatório devem ser notificados e efectuar-se uma radiografia na conclusão do procedimento e efectuar um registo preciso do porquê da não realização da contagem e os resultados das radiografias observadas (WHO, 2008 b; WHO, 2009 a, b).

Aquando da realização de comparações múltiplas, verificou-se existirem diferenças estatisticamente significativas na opinião dos respondentes sobre a *checklist* cirúrgica: antes do doente sair da sala, quanto à profissão, na medida em que os anestesiólogistas apresentam uma opinião mais favorável do que os restantes profissionais.

Relativamente à perspectiva global da LVSC, a grande maioria dos respondentes apresenta uma opinião muito favorável à mesma, sendo que a totalidade dos respondentes reúne consenso quanto ao item “a segurança do doente, em ambiente de Bloco Operatório, assume primordial importância” (concordo e concordo totalmente: 100%). Quando questionados sobre a LVSC, 97,3% (concordo e concordo totalmente) dos respondentes considera que esta é de suma importância para a melhoria da segurança do doente, sendo que 95,3% (concordo e concordo totalmente) é da opinião que a LVSC contribui para a melhoria da Segurança do Doente, sendo que 93,3% (concordo e concordo totalmente) dos respondentes está receptivo à implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica no Bloco Operatório. Importa referir que a ULSNA, EPE e que o HLA, EPE ainda não implementaram a LVSC nos seus BO.

Para Lage (2010, p.16), “a monitorização sistemática do erro e das barreiras que protegem os doentes é o pilar de qualquer sistema de cuidados de saúde que se pretende seguro. A segurança começa à cabeceira do doente”. Para Martins (2008, p.36), “as instituições de saúde, a par de outras, como o controlo do tráfego aéreo, as centrais ou submarinos nucleares, são particularmente importantes pelo significado que nestas assume a capacidade para gerir o inesperado” É “necessário que o Hospital tenha uma “consciência de erro” e uma política de gestão do erro. Estes aspectos organizacionais, pouco custam em termos financeiros, mas são cruciais para a segurança” (Fragata, 2008 b, p.123). Na opinião de Carneiro (2010, p. 4) “embora exista negligência em todos os sistemas, o problema da segurança tem muito mais a ver com profissionais competentes e dedicados a trabalhar em sistemas absolutamente caóticos e desorganizados, sem qualquer sensibilização para a questão da segurança dos doentes, do que com falhanços individuais daqueles”. Deste modo, Fragata (2009, pp. 98-99) refere que “em termos práticos, para promover mais segurança devemos actuar nos seguintes níveis:

- comunicação,
- *standardização* e controle de procedimentos,
- gestão de equipas,
- cultura de segurança”.

Tal como acontece com outros sistemas complexos, a comunicação entre os membros da equipa é essencial para o funcionamento seguro e eficaz de uma equipa cirúrgica. Devido á acuidade da condição do

doente, á quantidade de informações solicitadas e á urgência com que devem ser processados, e as exigências técnicas sobre os profissionais de saúde, a cirurgia, muitas vezes, ultrapassa, em complexidade, outras indústrias (WHO, 2008 b; WHO, 2009 a).

As reuniões (*briefings*) pré-processuais são consideradas críticas noutros campos de alta complexidade, a fim de melhorar a segurança. Agem para engendrar modelos mentais partilhados entre os membros da equipa. Os *briefings* facilitam a transferência de informações críticas e criam uma atmosfera de abertura em que os membros da equipa se sentem habilitados a contribuir (WHO, 2009 a). Também para Fragata (2009, p.99), "a realização de *briefings* e *de-briefings* antes e após qualquer procedimento cirúrgico ou tecnicamente exigente é outra forma de comunicar em equipa, com todos os membros envolvidos, estabelecendo um plano, acautelando surpresas e antecipando alternativas, ou simplesmente revendo o que se passou de mal para ser futuramente resolvido". A "standardização e controle de procedimentos são fundamentais para a segurança" (Fragata, 2009, p.99), na medida em que "normas e protocolos de actuação são importantes, devem ser simples, não demasiado extensos e não limitadores da actividade individual" (Fragata, 2009, p.99). Devem, no entanto, "fornecer uma «espinha dorsal» orientadora de procedimentos, nomeadamente se nestes intervêm múltiplas pessoas e existem muitos passos" (Fragata, 2009, p.99).

Na maioria das áreas relacionadas com o BO, "a boa prática implica o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar. Não é possível uma prática segura sem disciplina, colaboração e sem o respeito pela interdependência do desempenho dos diversos profissionais" (AESOP, 2010, p.65). Fragata e Martins (2008, p.71) defendem que "quer num cockpit, quer num hospital, o trabalho em equipa é fundamental, pelo que a actuação deve ser avaliada não só em termos do indivíduo mas também enquanto membro integrado dentro de uma equipa. Na génese dos erros, como na segurança, não só a fadiga, o *stress*, o nível de treino, os conhecimentos, a aplicação de regras e a tomada de decisão são importantes. Igualmente importante a capacidade de comunicar e de actuar em equipa. Esta cultura de segurança assenta no reportar voluntário de todo e qualquer incidente, por insignificante que pareça, e, sobretudo no facto dessa declaração não implicar punição ou censura do indivíduo".

O compromisso de todos os elementos clínicos da equipa envolvidos nos procedimentos cirúrgicos é essencial. Iniciar a construção do apoio envolvendo os clínicos que têm maior probabilidade de ser mais favoráveis. Incluir profissionais de muitas disciplinas clínicas (cirurgia, anestesia, enfermagem) tanto quanto possível. Identificar um grupo nuclear de pessoas que estão entusiasmadas com a Lista de Verificação enquanto se tenta envolver, pelo menos, um membro de cada uma das disciplinas clínicas. Nesta fase inicial, deve-se trabalhar com aqueles que estão interessados, em vez de tentar convencer as pessoas mais resistentes, envolver também dirigentes e gestores hospitalares de topo, se possível, dar ênfase aos benefícios de menores taxas de complicações cirúrgicas e ao potencial de poupança de custos (WHO, 2008 b; WHO, 2009 a).

No entanto, "um dos grandes obstáculos (e um grande desafio) na implementação de um processo de melhoria da qualidade nos serviços de saúde está no envolvimento dos médicos (Mezomo, 2001, p.94)

Também Sexton (2000), citado por Fragata (2008 a, p.96) refere que “os anestesistas nos blocos operatórios apresentaram dificuldades de inserção em equipa, dificuldades de comunicação, relutância em aceitar sugestões, incapacidade de comunicação, relutância em aceitar sugestões, incapacidade de reconhecer o stress e a fadiga, entre outros”.

A organização “tem assim de ter flexibilidade institucional que lhe permita identificar as trajectórias de erro e actuar em resposta aos acidentes e, sobretudo, pró-activamente, de forma a prever os erros ou, caso ocorram, a minorar as suas consequências” (Fragata, 2008 b, p.124). Ou seja, “trata-se verdadeiramente de introduzir nos cuidados de saúde uma cultura de risco e de segurança, que passa por aceitar que os acidentes acontecem e são o resultado de trajectórias complexas de erros ou de falhas maioritariamente evitáveis e não o resultado de um qualquer mau destino ou predeterminação oculta. Os erros humanos não se podem evitar em absoluto, mas as práticas individuais seguras, um correcto desenho de sistemas e toda uma cultura de risco, vigilância e adaptação podem reduzir em larga escala os acidentes e, sobretudo minorar as suas causas” (Fragata e Martins, 2008, p.75).

A adopção de uma cultura de segurança implica, “não só a percepção, como os comportamentos individuais e organizacionais sobre as matérias de segurança que envolvem os doentes” (Fragata, 2010, p.18). Cada vez mais é exigido às organizações de saúde “a criação de uma cultura de segurança dos doentes, alicerçada em boa evidência científica sobre o que funciona ou não, comunicação dos resultados das mudanças efectuadas aos actores (*stakeholders*) e reavaliação do conjunto em base permanente” (Carneiro, 2010, p. 6).

Do “ponto de vista organizacional, as soluções terão de ser globais, com todos os níveis de staff envolvidos, através de soluções fluindo de baixo para cima e de cima para baixo (*down-top* e *top-down*), com recursos especificamente alocados a estas tarefas e com processos de *reporting* e de *feedback* permanentes” (Carneiro, 2010, p. 9)

Para que os princípios supracitados “sejam aplicados é preciso que a organização esteja motivada para a gestão do risco e esta motivação envolve não só a vontade, como também recursos, é preciso que a organização tenha competência técnica para lidar com a informação e tomar as medidas que se impõem e, finalmente, é preciso que a organização tenha uma consciência de risco, ou seja, esteja desperta para a possibilidade de ocorrência de acidentes” (Fragata, 2008, p.124).

5. CONCLUSÃO

Necessitamos de um grande conhecimento só para nos apercebermos da enormidade da nossa ignorância (Thomas Sowell (s.d.), citado por Vilelas, 2009, p.382).

A questão da segurança do doente foi colocada no centro da política dos sistemas de saúde aquando da publicação do IOM. Desde então, tem sido crescente a preocupação e o investimento das organizações nesta dimensão da qualidade. Actualmente, a da segurança do doente constitui uma prioridade em todos os sistemas de saúde preocupados com a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Após a análise dos dados, constata-se que a maioria dos profissionais envolvidos no estudo manifestaram uma opinião muito positiva face às questões da segurança do doente no BO. Relativamente aos princípios da gestão do risco no BO, a totalidade dos respondentes concorda ou concorda totalmente que se proceda à confirmação da identidade do doente, bem como dos seus dados no processo clínico é um importante factor que contribui para a segurança do doente, e que se providencie a manutenção da técnica asséptica pelos profissionais é de suma importância na garantia da segurança do doente.

No BO, dada a especificidade dos cuidados prestados, é necessário proceder à adopção de medidas específicas em prol da segurança do doente. A maioria dos respondentes procede à verificação da identificação do doente e do processo clínico (97,4%) e garante a manutenção da técnica asséptica cirúrgica (92,8%).

Os profissionais do BO necessitam estar preparados para mudanças rápidas e inesperadas, as emergências ocorrem com frequência e o tempo de reacção é fundamental para dar resposta a essas situações de forma eficaz e eficiente. O rápido advento tecnológico aliado à interdependência de tarefas são factores altamente facilitadores do aparecimento de eventos adversos. A avaria de equipamentos/instrumentos e a falta de comunicação foram os eventos adversos identificados pela maior percentagem dos respondentes.

Com este estudo, pretendia-se sensibilizar os profissionais do BO para as questões da segurança do doente, bem como, dar a conhecer medidas que permitam melhorar a segurança do doente, nomeadamente a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.

Relativamente à perspectiva global da LVSC, a grande maioria dos respondentes apresentaram uma opinião muito favorável à mesma, sendo que a totalidade dos respondentes reúne consenso, quanto à importância da segurança do doente em ambiente de Bloco Operatório. Quando questionados sobre a LVSC, 97,3% dos respondentes considera que esta é de suma importância para a melhoria da segurança do doente, sendo que 95,3% é da opinião que a LVSC contribui para a melhoria da Segurança do Doente, e 93,3% dos respondentes esteve receptivo à implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica no Bloco Operatório. Importa referir que a ULSNA, EPE e que o HLA, EPE ainda não implementaram a LVSC nos seus BO. Deste modo, verificou-se que os profissionais se preocupam com as questões da segurança do doente em ambiente de BO. Dada à sensibilização dos respondentes face à *checklist* cirúrgica e, perante e sua opinião favorável face à mesma, considera-se que a implementação da LVSC (na ULSNA, EPE e no HLA, EPE) terá grande adesão por parte dos profissionais envolvidos.

É necessário que a organização tenha uma cultura de qualidade e, conseqüentemente, uma cultura de segurança para a melhoria dos cuidados prestados. Requer-se que esta perspectiva seja transversal, abrangendo toda a pirâmide organizacional.

O sucesso de qualquer processo de mudança está intimamente ligado à adesão de todos os profissionais envolvidos. No entanto, a resistência de alguns profissionais face a adopção de um sistema de melhoria da segurança do doente, com implicações directas na qualidade dos cuidados prestados têm que ser superados pelas organizações. Cabe às chefias (de topo e intermédias) encontrarem soluções para motivar todos os colaboradores na aplicação dos princípios e das metodologias da qualidade.

Sendo a segurança do doente uma dimensão essencial da qualidade em saúde, e que merece especial atenção em ambiente de BO, sugere-se o desenvolvimento de outras linhas de investigação que contribuam para aprofundar conhecimentos nesta área fundamental para a prestação de cuidados de saúde.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL

Os hospitais são organizações extraordinariamente complicadas representando a forma mais complexa de organização humana que alguma vez se tentou gerir (Drucker, 1989).

Pelas suas características, o BO funciona como uma organização dentro da própria Organização. Com uma perspectiva de melhoria contínua da qualidade, e tendo por base os resultados obtidos com o presente estudo, impera a proposta de um plano de intervenção sócio-organizacional. Devido ao facto de não existirem diferenças na opinião dos profissionais sobre a segurança do doente nas diferentes instituições (que justificassem a elaboração de propostas individuais para cada instituição) procedeu-se à apresentação de propostas de intervenção sócio-organizacional para todas as instituições em análise. No entanto, “a implementação de mudanças estruturais pode implicar o hospital como instituição, como é o caso de inovações técnicas, novos equipamentos, reorganização de tarefas e de planos de formação. No plano anual de aplicação do orçamento disponível, a segurança dos doentes não é muitas vezes uma prioridade e continua a haver dificuldade em formar e integrar na estrutura hospitalar equipas de profissionais dedicadas integralmente à gestão do risco e qualidade” (Lage, 2010, p.14).

Zarifian (1995), citado por Pires (2005, p. 242) valoriza alguns aspectos nos processos de mudança organizacional, nomeadamente “o interesse em definir a organização não a partir de uma estrutura estável, mas sim das suas potencialidades de evolução e a necessidade de envolvimento dos seus profissionais na concepção da mudança, esta entendida não como uma meta mas sim como uma análise de situações dinâmicas”.

O modelo criado de estratégia de mudança deve, no entanto, obedecer a um conjunto de regras, entre as quais se destacam (1) conhecer as razões da mudança; (2) gerir o processo de mudança; (3) realizar o diagnóstico organizacional; (4) definir a direcção da mudança; (5) estabelecer um plano estratégico de mudança; e (6) monitorizar e avaliar o processo de mudança. Portanto, todo o processo deve contar com a existência de alguns instrumentos fundamentais, entre os quais a missão da mudança e a sua finalidade, as estratégias a utilizar, o modelo de gestão e sua explicitação, a reorganização pretendida, a formação, a definição de prioridades e os sistemas de controlo e recompensa. No entanto, este processo pode ser acometido por vários factores bloqueadores, dos quais podemos referir os seguintes: dificuldade em

identificar os sinais e necessidades de mudança, rotinas e cultura das organizações e envolvimento dos diferentes actores, risco inerente à mudança, custos da mudança e entraves individuais (OPSS, 2008)

A resistência à mudança pode ainda ser consequência de inércia, medo, ignorância, incerteza, desconhecimento e comodismo, características que podem ser combatidas através da promoção do envolvimento e participação, educação, comunicação e treino, assistência e encorajamento, negociação e incentivos e forte liderança (OPSS, 2008).

Para o sucesso da implementação de políticas de qualidade, é imprescindível o envolvimento de toda a organização, desde as chefias de topo até à base da pirâmide organizacional (não esquecendo o papel extremamente importante das chefias intermédias), uma vez que defende que “é preciso que a base da pirâmide, que é onde de facto a excelência é produzida, não se sinta alijada do processo e dos objectivos e intenções das chefias médias e da alta direcção” (Mezomo, 2001, p. 92).

Rodrigues (1998) defende que, do ponto de vista da gestão, torna-se difícil, acompanhar as constantes mudanças e geri-las devido ao elevado défice entre as necessidades de aprendizagem e formação e aquelas que seriam necessárias para que as organizações tiveram a capacidade suficiente para aprender a mudança à mesma velocidade que ela é criada e disponibilizada. Deste modo, é essencial a formação contínua dos profissionais acerca das questões da qualidade e da segurança do doente, bem como as metas e objectivos da instituição nestas áreas. A formação é, sem dúvida, um elemento determinante e condicionante da qualidade (Mezomo, 2001; Hesbeen, 2001; Imperatori, 1999), uma vez que “a formação contínua deve proporcionar a aquisição de novos conhecimentos e o domínio de certas técnicas, mas a sua função essencial reside na maior abertura do profissional com base na sua experiência, com vista a enriquecê-la, a conceptualizá-la e a ajudá-lo a encontrar espaços de liberdade que lhe permitam um prática reflectida mais aperfeiçoada e mais portadora de sentido” (Hesbeen, 2001, p.67).

Apesar da recomendação da DGS para a adesão de todos os blocos operatórios abrangidos à “Cirurgia Segura Salva Vidas” até ao final de Setembro de 2010 (DGS, 2010), apenas a ULSBA, EPE e o HESE, EPE procedem à aplicação da lista de verificação de segurança cirúrgica. Deste modo, face aos benefícios e à motivação dos profissionais entrevistados, sugere-se a implementação da LVSC (adaptada às necessidades de cada BO) na ULSNA, EPE e no HLA, EPE.

Dado que “quanto mais perfeito é um sistema complexo maior e mais sofisticado é o nível de defesas que apresenta. Defesa representa em sentido lato detectar precocemente os desvios de trajectória (erros) em direcção a qualquer acidente, auto-corrigi-los e ter ensaiado procedimentos de resposta adequada que possam ser postos de imediato em prática” (Fragata e Martins, 2008, p.67), como, por exemplo, “é o caso dos protocolos de actuação, em caso de complicações menos usuais, protocolos que deverão existir nos blocos operatórios” (Fragata e Martins, 2008, p.67).

Paralelamente, sugere-se a criação de um gabinete/comissão de gestão do risco clínico (à excepção da ULSNA, EPE e da ULSBA, EPE, pois têm um gabinete de gestão de risco), na medida em que “a promoção

da segurança do doente não pode ser uma actividade paralela ao Gabinete de Risco do hospital, mas sim, a base de trabalho para toda a prática clínica” (Lage, 2010, p.16). Deste modo, seria da responsabilidade do referido gabinete a criação de um sistema de reporte de eventos adversos, numa perspectiva não punitiva do erro. Na opinião de Carneiro (2010, p.5), “o principal problema no que concerne a área dos erros clínicos é a declaração (*reporting*) consistente da sua incidência”. No entanto, tem havido alteração no modo como os profissionais encaram as questões relacionadas com o erro, sendo que a maior alteração que se verificou “foi o de desviar a responsabilização/culpabilização do profissional individual por ele responsável (...) para uma abordagem sistémica, designada por “system tinkering”” (Carneiro, 2010, pp. 5-6). Esta mudança deve-se ao facto dos responsáveis pela área da segurança dos doentes terem concluído que a maior parte dos erros é feita por profissionais dedicados e competentes, que a culpabilização quase nunca resolve ou prevê novos problemas, que toda a gente erra (sem excepção!) e que a segurança depende da criação de sistemas de antecipação/prevenção do erro” (Carneiro, 2010, p. 6). Apesar de ser um processo lento, “necessita de profissionais motivados que o incentivem em cada local de trabalho e de uma estrutura que garanta a análise e a informação de retorno em tempo útil. As principais barreiras sentidas pelos profissionais são o medo de uma punição, falta de tempo, percepção de inutilidade (sobretudo se não existe informação de retorno adequada) e a dificuldade no entendimento daquilo que constitui um incidente” (Lage, 2010, p. 13).

A análise dos eventos adversos relatados “abrange a detecção de factores organizacionais e culturais (decisões administrativas e processos), factores contributivos (local, tarefa, doente, individuo, equipa), problemas na prestação de cuidados (omissões, lapsos, violações, actos inseguros) e defesas e barreiras do sistema” (Lage, 2010, p.13). Consequentemente, “tem originado múltiplas orientações para as instituições de saúde, sob a forma de alertas, novos protocolos, cursos de formação, centros de simulação, sugestões de listas de segurança e de alteração do sistema e dos comportamentos, na tentativa de chegar à “linha da frente” da relação do profissional de saúde com o doente” (Lage, 2010, p. 12).

De um modo sistemático, a formação dos profissionais sobre as políticas de segurança do doente e, conseqüentemente da qualidade, a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica, o estabelecimento de um gabinete de gestão de risco clínico, bem como a criação de um sistema de reporte de eventos adversos são propostas de intervenções sócio-organizacional que, tendo a mudança subjacente, conduzem à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados pelas instituições onde foi realizado o presente estudo (Figura 15).

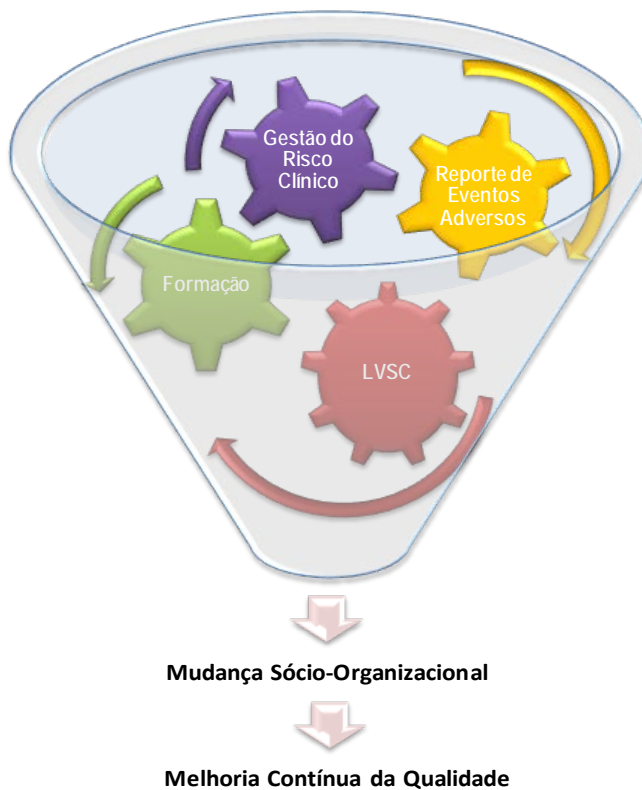


Figura 15 - Esquema síntese das propostas de intervenção sócio-organizacional

Cabe a cada instituição, consoante as suas necessidades e prioridades, articular cada uma das propostas de intervenção sócio-organizacional apresentadas, bem como o seu planeamento, execução e avaliação. É importante ter presente que a qualidade pode ser um objectivo estratégico compensador, quando progressivamente assumido por um maior número de profissionais de saúde convictos, empenhados e intervenientes, no sentido de alcançarem níveis de desempenho elevados, e sempre com a percepção de que o seu alvo é o utente (Quintino e Saraiva, 2010).

7. BIBLIOGRAFIA

- AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem Peri-Operatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Loures: Lusodidacta.
- AESOP- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2010). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório*. Lisboa: AESOP.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa (Novembro 2007). *Hemovigilância: Manual Técnico de Hemovigilância - Investigação das Reações Transfusionais Imediatas e Tardias Não Infecciosas*. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
- Álvares, S. (2005). Errar é Humano. *Nascer e Crescer*, XIV (N.º 2).
- Andrus, C. H., Villasenor, E. G., Kettelle, J. B., Roth, R., Sweeney, A. M., & Matolo, N. M. (Junho de 2003). "To Error is Human": Uniformly Reporting Medical Errors and Near Misses, a Naive, costly and Misdirected Goal. *J American College of Surgeons*, 126, n.º 6, pp. 911-918.
- Armitage, P., & Colton, T. (2005). *Encyclopedia of Biostatistics* (Second Edition ed., Vol. 2). England: John Wiley & Sons.
- Bell, J. (2008). *Como Realizar um Projecto de Investigação* (4.ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Bell, J., & Pais, J. M. (1997). *Como realizar um projecto de investigação: um guia para a pesquisa em ciências sociais e da educação*. Lisboa: Gradiva.
- Berwick, D. (1991). Keynote address at the third European forum for quality improvement in healthcare. *Third European forum for quality improvement in healthcare*. Vienna: The British Medical Journal and the Institute for Healthcare Improvement.
- Bilbao, M., & Fragata, I. (2006). Gestão do Bloco Operatório. In J. Fragata, *Risco Clínico - Complexidade e Performance* (pp. 277-296). Coimbra: Almedina.
- Bilbao, M., & Rola, P. (2006). Controlo da Infecção. In AESOP, *Enfermagem Perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados* (pp. 47-58). Loures: Lusodidacta.
- Brunner, L., & Suddarth, D.S., (1993). *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica* (7.ª Edição ed., Vol. Volume I). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Bugada, H. (2006). Pilares Fundamentais da "Clinical Governance". *Revista Portuguesa de gestão e Saúde*, pp. 30-35.
- Camacho, J. L. (1998). *Qualidade Total para os Serviços de Saúde*. São Paulo: Editora Nobel.
- Campos, V. F. (1992). *TQC: Controle da Qualidade Total (no estilo japonês)*. Belo Horizonte: Fundação Cristiano Ottoni.

- Campos, L. (2009). O Conceito e a Necessidade da Governação. In L. Campos, M. Borges, & R. Portugal (Edits.), *Governação dos Hospitais* (pp. 23-43). Alfragide: Casa das Letras.
- Campos, M. M., & Santos, I. R. (Junho-Dezembro de 2010). Gestão do risco em medicina transfusional: modelos e ferramentas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, pp. 155-160.
- Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação: Guia para a auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carneiro, A. (2010). O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública – Volume Temático n.º 10*, pp. 3-10.
- Chiozza, M. L., & Plebani, M. (2006). Clinical Governance: from clinical risk management to continuous quality improvement. *Clin. Chem. Lab. Med*, 44 (6), pp. 694-698.
- Cristo, C. (2002). Prospectiva estratégica: instrumento para a construção do futuro e para a elaboração de políticas públicas. *VII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*. Lisboa.
- Cronbach, L. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16 (3), pp. 297-334.
- Crosby, P. B. (1979). *Quality is free*. Nova Iorque: New American Library.
- Cummins, D. (1 de Julho de 2007). Errare humanum est... but it also human to prevent errors. *ISBT Science Series*, 2, Número 1, pp. 249-252.
- Custódio dos Santos, M., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública – Volume Temático n.º 10*, pp. 47-57.
- Dawson, S. (2003). Princípios da preparação pré-operatória. In K. Manley, & L. Bellman, *Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada*. Loures : Lusociência.
- Decreto-lei n.º 215/97, d. 1. (s.d.). *Diário da República*, 1.ª Série .
- Decreto-Lei n.º 50-B/2007, d. 2. *Diário da República*, 1.ª Série (N.º 42 (Cria a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo, E. P. E., e aprova os respectivos Estatutos)), 1414-(29-37).
- Deming, W. E. (1990). *Qualidade: a revolução da administração*. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva.
- Delgado, M. (2009). A Melhoria Contínua da Qualidade. In L. Campos, M. Borges, & R. Portugal (Edits.), *Governação dos Hospitais* (pp. 45-55). Alfragide: Casa das Letras.
- Department of Health. (2000). *An organisation with a memory - Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS*. London: The Stationery Office.
- DeVellis, R. (1991). *Scale Development: Theory and Applications*. Newbury Park: Sage.
- DGS - Direcção Geral da Saúde. (2010). *Circular Normativa n.º 16/DQS/DQCO - "Cirurgia Segura Salva Vidas"*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Dias, C. (2003). *Consentimento informado: como mediador razoável da relação profissional de saúde-doente*. Coimbra: Formasau.
- Dillon, A. K. (Setembro de 2008). Time Out: An Analysis. *AORN Journal*, 88, n.º 3, pp. 437-442.

- Donabedian, A. (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring* (Vol. 1: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment). Ann Arbor: Health Administration Press.
- Donahue, K., & VanOstenberg, P. (2000). Joint Commission International accreditation: relationship to four models of evaluation. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol 12, N°3, 243-246.
- Drucker, P. (1989). *The new realities: in government and politics, in economics and business, in society and world view*. New York: Harper & Row.
- Eira, M. (2009). *Qualidade, gestão do Risco e Segurança do Doente na Prestação de Cuidados de Saúde*. Obtido em 20 de Maio de 2009, de <http://www2.ipbeja.pt/escolas/ess/cursos/sa/Documentao%20SA/Qualidade%20e%20Gest%C3%A3o%20do%20Risco%20e%20Seguran%C3%A7a%20do%20Doente.pdf>
- Eggl, Y., & Halfon, P. (2003). A conceptual framework for hospital quality management. *International journal of Health Care Quality Assurance*, 16, n.º 1, pp. 29-36.
- Feigenbaum, A. V. (1961). *Total Quality Control*. New York: McGraw Hill.
- Feldman, L., Gatto, M., & Cunha, I. (2005). História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação. *Acta Paulista de Enfermagem* (18:2), pp. 213-219.
- Ferreira, O., Martinez, E., Mota, C., & Silva, A. (2007). Avaliação do conhecimento sobre hemoterapia e segurança transfusional de profissionais de Enfermagem. *Revista Brasileira de hematologia e Hemoterapia* (n.º 29 (2)), pp. 160-167.
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação - da concepção à realização* (3.ª ed.). Lusociência: Loures.
- Fragata, J. (2006). Determinantes da Performance. In J. Fragata, *Risco Clínico: Complexidade e Performance* (pp. 115-164). Coimbra: Almedina.
- Fragata, J. (2008 a). O erro nas diferentes especialidades médicas. In J. Fragata, & L. Martins, *O Erro em Medicina - Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade* (3.ª Reimpressão da edição de Novembro de 2004 ed., pp. 81-117). Coimbra: Almedina.
- Fragata, J. (2008 b). Como evitar os erros em medicina. In J. Fragata, & L. Martins, *O Erro em Medicina - Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade* (3.ª Reimpressão da edição de Novembro de 2004 ed., pp. 119-146). Coimbra: Almedina.
- Fragata, J., & Martins, L. (2008). *O Erro em Medicina - Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade* (3.ª Reimpressão da edição de Novembro de 2004 ed.). Coimbra: Almedina.
- Fragata, J. (2009). Gestão do Risco. In L. Campos, M. Borges, & R. Portugal (Edits.), *Governança dos Hospitais* (pp. 75-105). Alfragide: Casa das Letras.
- Fragata, J. (2010). Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. *Revista Portuguesa de Saúde Pública - Volume Temático n.º 10*, pp. 17-26.
- França, M. (Dezembro de 2005). Qualidade e Segurança do Doente na ordem do dia. *Qualidade em Saúde* (N.º 13), pp. 23-25.
- Freixo, M. J. (2009). *Metodologia Científica - Fundamentos, Métodos e Técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Ganopa, C. (2001). Saúde na base da construção da qualidade de vida. *Qualidade em Saúde*, N°5, 10-12.
- Garvin, D. A. (1987). Competing on the dimensions of quality. *Harvard Business Review*, 65, n.º 6, pp. 101-109.

- Gastal, F., & Quinto Neto, A. (1997). *Acreditação Hospitalar: Protecção dos Usuários, dos Profissionais e das Instituições de Saúde*. Porto Alegre, Brasil: Dacasa.
- Gil, A. (1989). *Métodos e Técnicas de pesquisa Social* (2.^a ed.). São Paulo: Atlas.
- Gomes, N. (2009). *O Doente Cirúrgico no Período Pré-Operatório: da Informação Recebida às Necessidades Expressas. Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre em Ciências de*. Porto: Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Haynes, A. B., Weiser, T., Berry, W., Lipsitz, S., Breizat, A., Dellinger, P., et al. (29 de January de 2009). A Surgical Safety Checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *The New England Journal of Medicine* , pp. 491-499.
- Health and Safety Executive. (s.d.). Obtido em 30 de Maio de 2009, de www.hse.gov.uk
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem - Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência.
- HOPE/Portugal. (2000). *Relatório do grupo de trabalho para a qualidade dos cuidados hospitalares*. Comissão Permanente dos Hospitais da U.E.
- Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE (s.d.). Obtido em 16 de Abril de 2010, de: <http://www.hevora.min-saude.pt/>
- Hospital do Litoral Alentejano, EPE (s.d.). Obtido em 14 de Novembro de 2010, de: <http://www.hlalentejano.min-saude.pt/>
- Imperatori, E. (1999). *Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde*. Lisboa: EDINOVA - Edições da Universidade Nova de Lisboa.
- Intranet do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE. Obtido em 2 de Fevereiro de 2011, de: www.hese.pt
- Ishikawa, K. (1993). *Controle de qualidade à maneira japonesa*. Rio de Janeiro: Campus.
- JCAHO - Joint Commission on Accreditation of healthcare Organizations. (1993). *Accreditation Manuals for Hospitals*. Chicago: JCAHO.
- Karl, R. (2010). Briefings, Checklists, Geese, and Surgical Safety. *Annals of Surgical Oncology* , 17, pp. 8-11.
- Koch, H. (1991). Obstacles to Total Quality in Health Care. *International Journal of Health Care Quality Assurance* , vol. 4, N.º 8, pp. 30-31.
- Kohn, L., Corrigan, J., Donaldson, M., & eds. (2000). *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academy Press.
- Lage, M. J. (2010). Segurança do doente: da teoria à prática. *Revista Portuguesa de Saúde Pública - Volume Temático n.º 10* , pp. 11-16.
- Lakatos, E. M. (1992). *Metodologia do trabalho científico* (4.^a ed.). São Paulo: Atlas.
- Lobão, C. (Janeiro/Agosto de 2003). Consentimento informado. *Informar* , N.º 30, pp. 20-22.
- Loff, A. (2004). Relações Inter-pessoais. In M. Neves, & S. Pacheco, *Para uma ética de enfermagem - desafios* (pp. 95-108). Coimbra: Gráfica de Coimbra.

- Longo, R. M. (1996). Gestão da Qualidade: Evolução. *Gestão da Qualidade na Educação: em Busca da Excelência*. São Paulo: Senac.
- Lopes, A., & Capricho, L. (2007). *Manual de Gestão da Qualidade* (1.ª Edição ed.). Lisboa: Editora RH, Lda.
- Lourenço, M. (Abril de 2004). Cuidar no bloco operatório. *Nursing*, N.º 187, pp. 25-28.
- Lupton, D. (1999). *Risk*. New York: Routledge.
- Malik, A., & Teles, J. (Julho/Setembro de 2001). Hospitais e Programas. *Revista de Administração de Empresas*, n.º 3, pp. 51-59.
- Martin, V., & Henderson, E. (2004). *Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais*. Lisboa: Monitor - Projectos e Edições.
- Martins, L. (2008 a). Errar é humano. In J. Fragata, & L. Martins, *O Erro em Medicina - Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade* (3.ª Reimpressão da edição de Novembro de 2004 ed., pp. 27-38). Coimbra: Almedina.
- Martins, L. (2008 b). O erro como periferia do sistema. In J. Fragata, & L. Martins, *O Erro em Medicina - Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade* (3.ª Reimpressão da edição de Novembro de 2004 ed., pp. 147-211). Coimbra: Almedina.
- Martins, M. H., & Dias-Pinheiro, M. J. (2006). Gestão do Risco. In AESOP, *Enfermagem Peri-Operatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados* (pp. 59-67). Loures: Lusodidacta.
- Martins, M. (Dezembro 2004). *O Stresse no Trabalho em Médicos e Enfermeiros do Bloco Operatório de um Hospital Central do Porto. Tese Curso de Mestrado em Medicina Legal*. Porto: Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Massoud, R., Askov, K., Reinke, J., Franco, L., Bornstein, T., Knebel, E., et al. (2001). *A Modern paradigm for Improving Healthcare Quality*. Bethesda, Maryland: US Agency for International Development by the Quality Assurance Project.
- Mendes, F. (Julho/Dezembro de 2002). Risco: um conceito do passado que colonizou o presente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 20, n.º 2, pp. 53-62.
- Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: princípios básicos* (1.ª Edição ed.). São Paulo: Manole.
- Misson, J. C. (2001). A review of clinical risk management. *J. Qual. Clin. Practice*, 21, pp. 131-134.
- Mongeau, Y. (Jun de 1976). Les priorités dans les domaine de la santé. *Critère* (N.º 14).
- Moore, B. (1996). A glossary of terms encountered in quality and customer service. *Internacional Journal of Health Care Assurance*, vol. 9, n.º 5, pp. 24-36.
- National Patient Safety Agency. (2004). *Seven steps to patient safety – a guide for NHS staff*. London.
- Nunes, R., & Rego, G. (2002). *Prioridades na Saúde*. Lisboa : McGraw Hill.
- OMS - Organização Mundial de Saúde. (24 de Junho de 2008). Segurança dos Doentes nos Serviços de Saúde da Região Africana: problemas e soluções. República dos Camarões.
- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2008). *Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas - Relatório da Primavera*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

- Øvretveit, J. (2003). What are the best strategies for ensuring quality in hospital? *WHO Regional Office for Europe* (pp. 1-25). Copenhagen: Health Evidence Network.
- Øvretveit, J., & Sousa, P. (2008). *Quality and Safety Improvement Research: Methods and research Practice from the International Quality Improvement Research Network (QIRN)*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa .
- Pedroto, I. (2006). Risco clínico e segurança do doente. *Nascer e Crescer* , XV, n.º 3, pp. 168-173.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (3.ª Edição ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Phipps, W. J., Sands, J. K., & Marek, J. F. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* (6.ª Edição ed., Vol. Vol. 1). Loures: Lusodidacta.
- Pires, A. (2005). *Educação e Formação ao Longo da Vida: Análise Crítica dos Sistemas e Dispositivos de Reconhecimento e Validação de Aprendizagens e de Competências*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pisco, L. (2001). perspectivas sobre a Qualidade na Saúde. *Qualidade em Saúde* , pp. 4-6.
- Pisco, L., & Biscaia, J. L. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* , Volume Temático n.º 2, pp. 43-51.
- Polit, D., & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pomey, M.-P. C.-P. (2004). Accreditation: a tool for organizational change in hospitals? *International Journal of Health Care Quality Assurance* , Vol. 17, N.º 3, pp. 113-124.
- Portugal. Ministério da Saúde. Portaria n.º 117/2008, de 6 de Fevereiro. *Diário da República*, 1.ª Série (N.º 26 (Classificação do HESE, EPE como hospital central)), 934.
- Portugal. (15 de Março de 1995). Código Penal (Livro II, título I, Capítulo IV) - Artigo 157.º - Dever do Esclarecimento. *Diário da República - Série I Parte A* , N.º 63.
- Potter, P., & Perry, A. (1999). *Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Quintino, P., & Saraiva, M. (2010). Qualidade e comunicação nas organizações de saúde: aplicação prática no HCIS. In C. Silva, M. Saraiva, & A. Teixeira, *A Qualidade numa perspectiva múltipla e interdisciplinar - Qualidade e Saúde: perspectivas e práticas - Número Temático 1* (pp. 65-92). Lisboa: Edições Sílabo.
- Ramos Pires, A. (2007). *Qualidade - Sistemas de Gestão da Qualidade*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Reason, J. (2002). Combating omission errors through task analysis and good reminders. *Quality safety Health Care*, 11, pp. 40-44.
- Reason, J. (18 March 2000). Human error: models and management. *BMJ* , 320, pp. 768-770.
- Reason, J. (1990). *Human Error*. New York: Cambridge University Press.
- Rozovsky, F., & Conley, J. (2007). *Health care organizations risk management: forms, checklists & guidelines* (2nd ed.). Austin: Wolters Kluwer Law & Business.
- Sampieri, R., Collado, C. F., & Lucio, P. (2006). *Metodologia de Pesquisa*. São Paulo: McGraw-Hill.

- Santos António, N., & Teixeira, A. (2009). *Gestão da Qualidade - De Deming ao modelo de excelência da EFQM*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Santos, M., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública - Volume Temático n.º 10*, pp. 47-57.
- Saufl, N. M. (Abril de 2009). 2009 National Patient Safety Goals. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 24, n.º2, pp. 114-118.
- Scally, G., & Donaldson, L. J. (1998). Clinical Governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *British Medical Journal*, pp. 61-65.
- Scott, P. e. (2003). Privacy and informed consent: elderly care perspective. *British Journal of Nursing*, N.º 12 (3), pp. 158-168.
- Silva, C. A., Saraiva, M., & Teixeira, A. (2010). *A Qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar - Qualidade e Saúde: perspectivas e práticas - Número Temático 1*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Silva, M. I., Costa, R. A., Silva, C. A., Fialho, J. M., Saragoça, J. M., Pedro, L. M., et al. (2010). Qualidade em Saúde: diagnóstico e análise da rede social na prestação de cuidados de saúde a crianças com diabetes. In C. A. Silva, M. Saraiva, & A. Teixeira, *A Qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar - Qualidade e Saúde: perspectivas e práticas - Número Temático 1* (pp. 193-221). Lisboa: Edições Sílabo.
- Silva, P. (2004). *Modernização da gestão hospitalar. Estudo de caso do Hospital de São Sebastião. Tese de Mestrado*. ISCTE. Lisboa.
- Simpson, R. L. (Junho de 2005). Error reporting as a preventive force. *Nursing Management*, 36 (6), pp. 21-24; 56.
- Soares, C., Teixeira, A., & Antão, P. (2005). *Análise e gestão de riscos, segurança e fiabilidade - Volume 1*. Lisboa: Edições Salamanca.
- Sousa Uva, A., Sousa, P., & Serranheira, F. (2010). A Segurança do doente para além do erro médico ou do erro clínico. *Revista Portuguesa de Saúde Pública - Volume Temático n.º 10*, pp. 1-2.
- Sousa, P. (2006). Patient Safety - A Necessidade de uma Estratégia Nacional. *Acta Médica Portuguesa* (N.º 19), pp. 309-318.
- Sousa, P. (2009). *Ajustamento pelo risco em cardiologia de intervenção: análise dos resultados na perspectiva da qualidade e da segurança do doente*. Lisboa: Dissertação de Doutoramento em Saúde Pública. Especialidade em Política, Gestão e Administração de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa.
- Sousa, P. (2010). Qualidade em saúde: da definição de políticas à avaliação dos resultados. In C. A. Silva, M. Saraiva, & A. Teixeira, *A Qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar - Qualidade e Saúde: perspectivas e práticas - Número Temático 1* (pp. 19-31). Lisboa: Edições Sílabo.
- Souza, A. A., & Proença, R. P. (2004). Gestão de Cuidados Nutricionais. *Revista de Nutrição*, 17 (4), pp. 425-436.
- Starey, N. (2003). What is Clinical Governance? *HAYward Medical Communications*, 12, pp. 1-7.
- Turchi, L. M. (1997). *Qualidade Total: afinal de que estamos falando?* Brasília: Instituto de Pesquisa Económica.

- Unidade local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE. Obtido em 7 de Janeiro de 2011, de <http://www.ulsba.pt/index.html>
- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE (2009). Obtido em 7 de Janeiro de 2011, de: http://www.ulsba.pt/hospitais_estatisticas.html
- Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE. Obtido em 20 de Abril de 2010, de <http://www.ulsna.min-saude.pt/Paginas/default.aspx>
- Vargas, M. (2010). *Gestão de Conflitos e Desgaste Profissional no Bloco Operatório: O Caso dos Enfermeiros. Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Comunicação em Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Vaz, A. (2009). Os Serviços não Clínicos no Apoio à Governação. In L. Campos, M. Borges, & R. Portugal (Edits.), *Governação dos Hospitais* (pp. 205-227). Alfragide: Casa das Letras.
- Verdaasdonk, E., Stassen, L., Widhiasmara, P., & Dankelman, J. (2009). Requirements for the design and implementation of checklists for surgical processes. *Surg Endosc*, pp. 715-726.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Sílabo.
- WHO - World Health Organization. (1983). *The principles of quality assurance*. Copenhagen: World Health Organization (report on a WHO meeting).
- WHO - World Health Organization. (1993). *Continuous quality development*. Copenhagen: Regional Office for Europe.
- WHO - World Health Organization. (1998 a). *Good governance for health*. Geneva: World Health organization Department of Health Systems.
- WHO - World Health Organization. (1998 b). *Health for all in the 21st century*. Geneva: World Health Organization.
- WHO - World Health Organization. (2008 a). *World Alliance for Patient Safety: Forward Programme 2009-2009* (1.st Edition ed.). Geneva: World Health Organization.
- WHO - World Health Organization. (2008 b). *Safe Surgery Saves Lives: Second Global Patient Safety Challenge*. Geneva: World Health Organization.
- WHO - World Health Organization. (2009 a). *WHO Guidelines for Safe Surgery 2009: Safe Surgery Saves Lives*. Geneva: World Health Organization.
- WHO - World Health Organization. (2009 b). *Implementation Manual - WHO Surgical Safety Checklist 2009: Safe Surgery Saves Lives*. Geneva: World Health Organization.
- WHO - World Health Organization. (2009 c). *Conceptual framework for the international classification for patient safety. Version 1.1*. Geneva: World Health Organization.
- Wilson, I., & Walker, I. (Outubro de 2009). The WHO Surgical Safety Checklist: the evidence. *Clinical Feature*, 19, n.º 10, pp. 362-364.
- Yang, C.-C., Wang, Y.-S., Chang, S.-T., Guo, S.-E., & Huang, M.-F. (Maio de 2009). A Study on the Leadership Behavior, Safety Culture, and Safety Performance of the Healthcare Industry. *Proceedings of World Academy of Science, Engineering and Tecnology*, 41, pp. 1148-1155.

8. APÊNDICES

Apêndice I – Homologação da autorização do estudo das diferentes instituições

Hospital de Nossa Senhora do Rosário, EPE

Página Mensagem de Impressão do Windows Live Hotmail

1 de 1

FW:

De: **Maria F.A. Garcia (Admin Secretariado)** (fgarcia@hbarreiro.min.saude.pt)
Enviada: segunda-feira, 5 de abril de 2010 16:46:43
Para: susana_882@hotmail.com (susana_882@hotmail.com)
1 anexo
Document.pdf (299,5 KB)

Exma. Senhora
Euf.ª Susana Cristina Nunes Valido

Em conformidade com o seu requerimento datado de 31 de Março de 2010, a solicitar a recolha de informação a efectuar através da aplicação de um questionário (pré-teste), no âmbito da dissertação de mestrado de "VI Curso em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde", informando que o Conselho de Administração deliberou autorizar, em reunião de 31 de Março de 2010, o pretendido por V.Exa.

Com os melhores cumprimentos,

A PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
(Isabel Pinto Monteiro, Eng.ª)

Apreciado em Reunião
de Conselho de Administração
de 31/03/2010
ACTA N.º 13

[Handwritten signature]

*Boa tarde.
Nada a falar
11/03/23*

Ao Sr. Director do DPT de Cirurgia
Ao Sr. Director do Serv. Anestesiologia
Às Srs. Enfas. coordenadoras do Hospital de Nossa Senhora do Rosário, EPE
do Bloco Operatório
para obtenção de estabelecimento
considerando que se trata

Assunto: Pedido de autorização para recolha de informação no âmbito de dissertação
a penas da Realização do pré-teste
de mestrado
do questionário que a enfermeira Susana Valido
pretende aplicar no Bloco Operatório do Hospital
Exma Sra. Enf.ª Maria Helena Ferreira de Almeida
de Évora.

Almeida
27.03.2010
ENFERMEIRA-DIRECTORA
Helena Almeida Enf.ª

Chamo-me Susana Cristina Nunes Valido, sou enfermeira nível 1 a exercer funções no Bloco Operatório do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE. Actualmente encontro-me a frequentar o VI Curso de Mestrado em Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, (Especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde) ministrado, em associação, pela Universidade de Évora e pela Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa. Neste momento, concluída a componente curricular encontro-me a desenvolver a dissertação, sob a orientação do Professor Doutor Paulo Sousa (Prof. Auxiliar da Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa), na área da Qualidade e Segurança do Doente. A dissertação tem como o título provisório "Checklist Cirúrgica: uma Intervenção para a Mudança Organizacional na área da Segurança do Doente". Tendo em conta os objectivos do estudo, venho por este meio solicitar a V. Ex. autorização para recolher informação (através de pré-teste dos questionários enviados em anexo) junto de quatro enfermeiros, três anestesiolistas e três cirurgiões a exercerem funções no Bloco Operatório do Hospital de Nossa Senhora do Rosário, EPE.

Agradeço, desde já, a atenção dispensada, com os melhores cumprimentos pessoais,

Susana Cristina Nunes Valido

(Susana Cristina Nunes Valido)

Évora, 11 de Março de 2010

Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE

ULSNA+
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO - EPE

Exma. Sra.:
Susana Cristina Nunes Vadio
Tapada do Matias – Rua António Mário Virgolino
Silva, n.º 2 r/c Esq.
7005-413 Évora

Sua referência Sua comunicação Nossa referência Portalegre,

ASSUNTO:
Pedido de Autorização

Encarrega-me o Sr. Dr. Victor Silva, Director Clínico Hospitalar da ULSNA, E.P.E., de informar V. Exa. que está autorizado o pedido de recolha de informação no âmbito de dissertação de mestrado, conforme solicitado na carta datada de 24-05-2010.

Com os melhores cumprimentos,

O Secretariado do C.A. da ULSNA, EPE

Esmerinda Arguelles


CA/SCA

Na resposta indicar as referências desta ofício

Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE

A Comissão de Ética
para parecer.

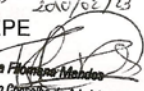
2010/01/19



Maria Filomena Mendes
Presidente do Conselho de Administração

Exma. Presidente do Conselho de Administração
do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE

Autorizado, de acordo com o parecer
da Comissão de Ética.
Comunicado ao Senhor Director
Aluno, ao Senhor Enfermeiro Director
e os Serviços envolvidos. 2010/02/23


Maria Filomena Mendes
Presidente do Conselho de Administração

Nota: a 20/01/19
A Comissão de Ética
Reuniram total 12/1/19

Assunto: Pedido de autorização para recolha de informação no âmbito de dissertação de mestrado

Exma Sra. Dra. Maria Filomena Mendes

Chamo-me Susana Cristina Nunes Valido, sou enfermeira nível 1 a exercer funções no Bloco Operatório do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE. Actualmente encontro-me a frequentar o VI Curso de Mestrado em Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, (Especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde) ministrado, em associação, pela Universidade de Évora e pela Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa. Neste momento, concluída a componente curricular encontro-me a desenvolver a dissertação, sob a orientação do Professor Doutor Paulo Sousa (Prof. Auxiliar da Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa), na área da Qualidade e Segurança do Doente. A dissertação tem como o título provisório "Checklist Cirúrgica: uma Intervenção para a Mudança Organizacional na área da Segurança do Doente". Tendo em conta os objectivos do estudo, venho por este meio solicitar a V. Ex. autorização para recolher informação (através de questionário) junto de enfermeiros, anestesistas e cirurgiões (das especialidades de Cirurgia Geral, Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria, Otorrinolaringologia, Urologia, Cirurgia Plástica e Reconstrutiva, Oftalmologia e Ortopedia) a exercerem funções no Bloco Operatório do HESE, EPE. Mais informo que já falei, informalmente, com o enfermeiro José Chora (enfermeiro Director), Dr.ª Isabel Pita (Directora do Bloco Operatório e do Serviço de Anestesiologia) e com o enfermeiro João de Deus (enfermeiro chefe do BO), tendo a mesma sido encarada positivamente

Sendo a segurança dos doentes um tema que requer, a nível internacional e, cada vez mais, a nível nacional, o estabelecimento de políticas de intervenção nesta área, torna-se pertinente o estudo que nos propomos desenvolver. Com este trabalho de investigação pretende-se contribuir para a promoção da utilização da *Checklist* Cirúrgica (definida pela Organização Mundial de Saúde) e, de forma mais ampla, para a melhoria da segurança do doente.

Agradeço, desde já, a atenção dispensada, com os melhores cumprimentos pessoais,

Susana Cristina Nunes Valido

(Susana Cristina Nunes Valido)

Évora, 14 de Janeiro de 2010

HESE - EPE	
R	RECEBIDO { EM 08/11/2010 N.º 135
	RESPONDIDO { EM ___/___/___ N.º _____

Hospital do Litoral Alentejano, EPE

Página Mensagem de Impressão do Windows Live Hotmaile

1 de 1

Autorização para recolha de Informação no HLA

De: **Luisa António da Silva Fernandes Canhão** (luisa.canhao@hlalentejano.min-saude.pt)
Enviada: quinta-feira, 21 de outubro de 2010 12:12:25
Para: susana_882@hotmail.com (susana_882@hotmail.com)
Cc: Secretariado do Conselho de Administração (secretariado.administracao@hlalentejano.min-saude.pt); Carlos Alberto Ferreira de Sousa (carlos.sousa@hlalentejano.min-saude.pt)
1 anexo
Pedido de recolha de informação no B.O.para Mestrado.pdf (66,6 KB)

Exma. Senhora Dr^a
Susana Valido,

No seguimento do pedido de autorização, para recolha de informação no âmbito de dissertação de mestrado, enviado por V.Exa., serve o presente para informar de que o mesmo foi autorizado pela Sra. Presidente do Conselho de Administração Dr^a Adelaide Belo.

Desta forma, solicito que entre em contacto com o Médico Responsável do Bloco Operatório, Dr. Carlos Sousa, para combinarem data e forma da recolha de informações pretendidas.

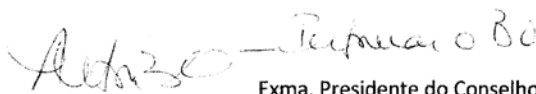
Hospital do Litoral Alentejano, E.P.E.
Geral: 269 818 100
Ext: 2011 – Dr. Carlos Sousa
EXT: 2012 – Secretariado de Cirurgia

Com os melhores cumprimentos,

Luisa Canhão
Secretariado do Conselho de Administração

secretariado.administracao@hlalentejano.min-saude.pt
Tel: 269 818 101
Fax: 269 818 173





Exma. Presidente do Conselho de Administração

do Hospital do Litoral Alentejano, EPE


Assunto: Pedido de autorização para recolha de informação no âmbito de dissertação de mestrado

Exma. Sr.^a Dr.^a Maria Adelaide Belo Parreira

Chamo-me Susana Cristina Nunes Valido¹, sou enfermeira nível 1 a exercer funções no Bloco Operatório do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE. Actualmente encontro-me a frequentar o *VI Curso de Mestrado em Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde*, (Especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde) ministrado, em associação, pela Universidade de Évora e pela Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa. Neste momento, concluída a componente curricular encontro-me a desenvolver a dissertação, sob a orientação do Professor Doutor Paulo Sousa (Prof. Auxiliar da Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa), na área da Qualidade e Segurança do Doente. A dissertação tem como o título provisório “*Checklist Cirúrgica: uma Intervenção para a Mudança Organizacional na área da Segurança do Doente*”. Tendo em conta os objectivos do estudo, venho por este meio solicitar a V. Ex. autorização para recolher informação (através de questionário) junto de enfermeiros, anestesistas e cirurgiões (das especialidades de Cirurgia Geral, Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria, Otorrinolaringologia, Urologia, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Oftalmologia e Ortopedia) a exercerem funções no Bloco Operatório do Hospital do Litoral Alentejano, EPE. Informo ainda que se pretende alargar o estudo aos hospitais públicos do Alentejo, tendo já sido concedidas as autorizações para recolha de informação no

¹ Susana Cristina Nunes Valido

Tapada do Matias Rua Antonio Mário Virgolino Silva, n.º 2 r/c Esq. 7005-413 Évora
Telemóvel: 963 235 693 Telefone: 266 706 290 e-mail: susana_882@hotmail.com



Bloco Operatório do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE, do Hospital Dr. José Maria Grande (Portalegre), do Hospital de Santa Luzia (Elvas) e do Hospital José Joaquim Fernandes (Beja).

Sendo a segurança dos doentes um tema que requer, a nível internacional e, cada vez mais, a nível nacional, o estabelecimento de políticas de intervenção nesta área, torna-se pertinente o estudo que nos propomos desenvolver. Com este trabalho de investigação pretende-se contribuir para a promoção da utilização da *Checklist* Cirúrgica (definida pela Organização Mundial de Saúde) e, de forma mais ampla, para a melhoria da segurança do doente.

Agradeço, desde já, a atenção dispensada, com os melhores cumprimentos pessoais,

Susana Cristina Nunes Valido

(Susana Cristina Nunes Valido)

Évora, 15 de Outubro de 2010

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE



Exma. Senhora
Susana Cristina Nunes Valido

Rua António Mário Virgolino Silva, 2 R/C
Esq., Tapada do Matias,
7005-413 ÉVORA

Sua referência	Sua comunicação de	Nossa referência	Data
		SAI-ULSBA/2010/5121	

ASSUNTO: **ENVIO DE INFORMAÇÃO**

Em resposta ao solicitado, informa-se V. Exa. que por deliberação do Conselho de Administração de 1 de Junho de 2010, foi autorizado o pedido para recolha de informação no âmbito da sua tese de Mestrado.

Com os melhores cumprimentos,

Prº Presidente do Conselho de Administração


José Manuel Mestre
Vogal Executivo

Rui Sousa Santos

/VR
2010-06-02

Mod 37

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE
SEDE: HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES
Rua Dr. António Fernando Covas Lima
7801-849 Beja, Portugal
Tel: (+351) 284 310 200 . Fax: (+351) 284 322 747
geral@ulsba.min-saude.pt . www.ulsba.pt
NIF: 508 754 275



Apêndice II – Questionários do pré-teste

Questionário A

Pretende-se com o presente questionário recolher informação sobre a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2008, na sequência do programa *Save Surgery Save Lives*.

A informação recolhida integrará a componente prática da dissertação intitulada “*Checklist Cirúrgica: uma Intervenção para a Mudança Organizacional na área da Segurança do Doente*”, no âmbito do mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde.

Leia atentamente cada questão e coloque uma cruz (x) na opção que considerar adequada. É importante que responda a todas as questões. Não existem respostas certas ou erradas. Pretende-se somente conhecer a sua opinião relativamente ao assunto em estudo.

O tempo de resposta varia entre **5 a 10 minutos**.

A autora assegura o anonimato dos respondentes, bem como a confidencialidade da informação obtida, pois todos os dados recolhidos através do presente questionário estão sujeitos a segredo estatístico, pois uma vez efectuada a análise estatística, serão divulgados dados globais e destruídos os dados individuais.

Grata pela sua colaboração e pelo tempo dispensado,
Susana Valido

1. Qual a sua idade?

- | | | | | | |
|------------|--------------------------|------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| 20-25 anos | <input type="checkbox"/> | 35-40 anos | <input type="checkbox"/> | 50-55 anos | <input type="checkbox"/> |
| 25-30 anos | <input type="checkbox"/> | 40-45 anos | <input type="checkbox"/> | 55-60 anos | <input type="checkbox"/> |
| 30-35 anos | <input type="checkbox"/> | 45-50 anos | <input type="checkbox"/> | 60-65 anos | <input type="checkbox"/> |

2. Qual o seu género?Feminino Masculino

3. Quais são as suas habilitações literárias?Licenciatura Pós-graduação Mestrado Doutoramento

4. Qual a sua profissão?Anestesista Cirurgião Enfermeiro Cirurgião Geral Cirurgião Pediátrico Cirurgião Plástico Obstetra/Ginecologista Oftalmologista Ortopedista Otorrinolaringologista Urologista

5. Há quanto tempo exerce a sua actividade profissional em ambiente de Bloco Operatório?

- | | | | | | | | |
|----------|--------------------------|------------|--------------------------|------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| < 1 ano | <input type="checkbox"/> | 7-9 anos | <input type="checkbox"/> | 15-17 anos | <input type="checkbox"/> | 23-25 anos | <input type="checkbox"/> |
| 1-3 anos | <input type="checkbox"/> | 9-11 anos | <input type="checkbox"/> | 17-19 anos | <input type="checkbox"/> | 25- 27 anos | <input type="checkbox"/> |
| 3-5 anos | <input type="checkbox"/> | 11-13 anos | <input type="checkbox"/> | 19-21 anos | <input type="checkbox"/> | 27-30 anos | <input type="checkbox"/> |
| 5-7 anos | <input type="checkbox"/> | 13-15 anos | <input type="checkbox"/> | 21-23 anos | <input type="checkbox"/> | > 30 anos | <input type="checkbox"/> |

6. A Segurança do Doente, em ambiente de Bloco Operatório, assume primordial importância.

Discordo Totalmente	Discordo	Sem Opinião	Concordo	Concordo Totalmente

7. Seccione a opção que mais se adequa perante as seguintes afirmações.

	Discordo Totalmente	Discordo	Sem Opinião	Concordo	Concordo Totalmente
O consentimento expreso e informado acerca dos procedimentos anestésicos deve estar devidamente preenchido.					
A confirmação da identidade do doente, bem como os seus dados no processo clínico é um factor que contribui para a segurança do doente.					
O consentimento expreso e informado acerca dos procedimentos cirúrgicos não necessita estar devidamente preenchido.					
A avaliação pré-operatória e comunicação das necessidades do doente à equipa multidisciplinar constituem uma mais-valia na segurança do doente no período intra-operatório.					
A monitorização da movimentação, mobilização e posicionamento do doente no intra-operatório é fulcral na segurança do doente.					
A monitorização do doente durante todo o período peri-operatório é essencial no despiste de complicações.					
A manutenção da técnica asséptica pelos profissionais é de suma importância na garantia da segurança do doente.					
A verificação dos factores ambientais, como a temperatura ou o controlo do ar na sala operatória, não é importante para a segurança do doente.					
A manipulação dos instrumentos e equipamentos anestésico-cirúrgicos deve estar a cargo de profissionais qualificados, com conhecimento e formação sobre os mesmos.					
A transmissão de informação sobre procedimentos ou intercorrências na sala operatória a profissionais da Unidade de Cuidados Pós Anestésicos é desnecessário na garantia da segurança do doente.					
A transmissão de informação, aos profissionais da enfermaria, sobre procedimentos ou intercorrências na sala operatória e na Unidade de Cuidados Pós Anestésicos, é essencial na garantia da segurança do doente.					

8. Tem conhecimento do conceito de *Time Out* (pausa cirúrgica)?

Sim

Não

Se respondeu negativamente à questão anterior, por favor, continue na pergunta 10.
Se respondeu afirmativamente à questão anterior, por favor, continue na pergunta 9.

9. O *Time Out* (pausa cirúrgica) é um instrumento que contribui para a melhoria da segurança do doente.

Discordo Totalmente	Discordo	Sem Opinião	Concordo	Concordo Totalmente

10. Tem conhecimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, recomendado pela Organização Mundial de Saúde desde 2008, na sequência do programa Save Surgery Save Lives?

Sim

Não

Se respondeu afirmativamente à questão anterior, por favor, continue na pergunta 11.

Se respondeu negativamente à questão anterior, por favor, continue na pergunta 12.

11. Indique como tomou conhecimento da Lista de Verificação para a Cirurgia Segura.

Colegas ou outros profissionais de Saúde

Documentos Oficiais da OMS

Documentos Oficiais da DGS

Comunicação Social

Congressos/Jornadas/Seminários/Cursos

Internet

Outros Especifique: _____

12. Dos diferentes itens, indique falhas de segurança que aconteceram no Bloco Operatório no último ano.

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Doente errado | <input type="checkbox"/> | Cirurgia não planeada de acordo com o consentimento expresso | <input type="checkbox"/> |
| Cirurgia errada | <input type="checkbox"/> | Paragem cardio-respiratória | <input type="checkbox"/> |
| Local da cirurgia errado | <input type="checkbox"/> | Lesões provocadas por garrote pneumático | <input type="checkbox"/> |
| Incidentes anestésicos | <input type="checkbox"/> | Pessoal a trabalhar sem conhecimento e competência | <input type="checkbox"/> |
| Queda de equipamentos | <input type="checkbox"/> | Posicionamentos incorrectos | <input type="checkbox"/> |
| Queimaduras | <input type="checkbox"/> | Contaminação por quebra da técnica asséptica cirúrgica | <input type="checkbox"/> |
| Falta de supervisão | <input type="checkbox"/> | Avaria de equipamentos/instrumentos | <input type="checkbox"/> |
| Falta de comunicação | <input type="checkbox"/> | Contagens (compressas, corto-perfurantes, instrumentos) incorrectas | <input type="checkbox"/> |
| Outros | <input type="checkbox"/> | Especifique: _____ | |

13. Indique os procedimentos que realiza em prol da Segurança do Doente.

- | | |
|--|--------------------------|
| Consentimento expresso e informado do doente acerca de procedimentos anestésicos. | <input type="checkbox"/> |
| Consentimento expresso e informado do doente acerca de procedimentos cirúrgicos. | <input type="checkbox"/> |
| Preparação pré-operatória do doente, incluindo a avaliação e comunicação das necessidades. | <input type="checkbox"/> |
| Identificação do doente e verificação do processo. | <input type="checkbox"/> |
| Monitorização do doente durante todo o período peri-operatório. | <input type="checkbox"/> |
| Movimentação, mobilização e posicionamento do doente. | <input type="checkbox"/> |
| Procedimentos peri-operatórios que mantenham a continuidade dos cuidados. | <input type="checkbox"/> |
| Verificação dos factores ambientais (temperatura da sala, controlo do ar, etc). | <input type="checkbox"/> |
| Conhecimento, manutenção e utilização de equipamentos. | <input type="checkbox"/> |
| Manutenção da técnica asséptica. | <input type="checkbox"/> |
| Outros. Especifique: _____ | <input type="checkbox"/> |

Grata pela sua colaboração e pelo tempo dispensado,
Susana Valido

Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

O presente documento enquadra-se na componente prática da dissertação intitulada “*Checklist Cirúrgica: uma Intervenção para a Mudança Organizacional na área da Segurança do Doente*”, no âmbito do mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde.

Após ter respondido ao **Questionário A**, agradeço-lhe que leia atentamente cada um dos itens do documento em anexo. Trata-se da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2008, na sequência do programa *Save Surgery Save Lives*.

Posteriormente, ser-lhe-á solicitada a sua participação no **Questionário B**, no sentido de perceber a sua opinião acerca do instrumento de trabalho da OMS.

A sua colaboração é de extrema importância para o sucesso da investigação.

Grata pela sua colaboração e pelo tempo dispensado,
Susana Valido

Questionário B

Pretende-se com o presente questionário recolher informação sobre a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2008, na sequência do programa *Save Surgery Save Lives*.

A informação recolhida integrará a componente prática da dissertação intitulada “*Checklist Cirúrgica: uma Intervenção para a Mudança Organizacional na área da Segurança do Doente*”, no âmbito do mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde.

Leia atentamente cada questão e coloque uma cruz (x) na opção que considerar adequada. É importante que responda a todas as questões. Não existem respostas certas ou erradas. Pretende-se somente conhecer a sua opinião relativamente ao assunto em estudo.

O tempo de resposta varia entre **5 a 10 minutos**.

A autora assegura o anonimato dos respondentes, bem como a confidencialidade da informação obtida, pois todos os dados recolhidos através do presente questionário estão sujeitos a segredo estatístico, pois uma vez efectuada a análise estatística, serão divulgados dados globais e destruídos os dados individuais.

Grata pela sua colaboração e pelo tempo dispensado,
Susana Valido

1. Qual a sua idade?

- | | | | | | |
|------------|--------------------------|------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| 20-25 anos | <input type="checkbox"/> | 35-40 anos | <input type="checkbox"/> | 50-55 anos | <input type="checkbox"/> |
| 25-30 anos | <input type="checkbox"/> | 40-45 anos | <input type="checkbox"/> | 55-60 anos | <input type="checkbox"/> |
| 30-35 anos | <input type="checkbox"/> | 45-50 anos | <input type="checkbox"/> | 60-65 anos | <input type="checkbox"/> |

2. Qual o seu género?Feminino Masculino

3. Quais são as suas habilitações literárias?Licenciatura Pós-graduação Mestrado Doutoramento

4. Qual a sua profissão?Anestesista Cirurgião Enfermeiro Cirurgião Geral Cirurgião Pediátrico Cirurgião Plástico Obstetra/Ginecologista Oftalmologista Ortopedista Otorrinolaringologista Urologista

5. Há quanto tempo exerce a sua actividade profissional em ambiente de Bloco Operatório?

- | | | | | | | | |
|----------|--------------------------|------------|--------------------------|------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| < 1 ano | <input type="checkbox"/> | 7-9 anos | <input type="checkbox"/> | 15-17 anos | <input type="checkbox"/> | 23-25 anos | <input type="checkbox"/> |
| 1-3 anos | <input type="checkbox"/> | 9-11 anos | <input type="checkbox"/> | 17-19 anos | <input type="checkbox"/> | 25- 27 anos | <input type="checkbox"/> |
| 3-5 anos | <input type="checkbox"/> | 11-13 anos | <input type="checkbox"/> | 19-21 anos | <input type="checkbox"/> | 27-30 anos | <input type="checkbox"/> |
| 5-7 anos | <input type="checkbox"/> | 13-15 anos | <input type="checkbox"/> | 21-23 anos | <input type="checkbox"/> | > 30 anos | <input type="checkbox"/> |

6. A Segurança do Doente, em ambiente de Bloco Operatório, assume primordial importância.

Discordo Totalmente	Discordo	Sem Opinião	Concordo	Concordo Totalmente

7. Indique os procedimentos que realiza em prol da Segurança do Doente.

- Consentimento expresso e informado do doente acerca de procedimentos anestésicos.
- Consentimento expresso e informado do doente acerca de procedimentos cirúrgicos.
- Preparação pré-operatória do doente, incluindo a avaliação e comunicação das necessidades.
- Identificação do doente e verificação do processo.
- Monitorização do doente durante todo o período peri-operatório.
- Movimentação, mobilização e posicionamento do doente.
- Procedimentos peri-operatórios que mantenham a continuidade dos cuidados.
- Verificação dos factores ambientais (temperatura da sala, controlo do ar, etc).
- Conhecimento, manutenção e utilização de equipamentos.
- Manutenção da técnica asséptica.
- Outros. Especifique: _____

8. Para a melhoria da segurança do doente, antes da indução anestésica, é essencial que:

	Discordo Totalmente	Discordo	Sem Opinião	Concordo	Concordo Totalmente
O doente confirme a sua identidade, local da cirurgia, procedimento e dê o seu consentimento.					
O local da cirurgia seja marcado.					
Se proceda à verificação do equipamento de anestesia e medicação.					
Se confirme que o oxímetro de pulso está no doente e em funcionamento.					
Se saiba se o doente tem alergias conhecidas.					
Se verifique se o doente tem via aérea difícil ou risco de aspiração.					
A equipa esteja desperta para o risco de perda de > 500 ml de sangue.					

9. Para a melhoria da segurança do doente, antes da incisão da pele, é essencial que:

	Discordo Totalmente	Discordo	Sem Opinião	Concordo	Concordo Totalmente
Se proceda à apresentação dos diferentes elementos da equipa (nome e respectiva função).					
A equipa confirme com o doente o procedimento e o local da incisão.					
A profilaxia antibiótica seja administrada nos últimos 60 minutos.					
A profilaxia tromboembólica foi administrada.					
O cirurgião antecipe eventos críticos (passos críticos ou fora da rotina, tempo planeado para o caso, perda de sangue prevista).					
O anestesiológista antecipe eventos críticos (preocupações específicas com o doente).					
A equipa de enfermagem antecipe eventos críticos (esterilização confirmada, possíveis problemas com equipamentos/dispositivos).					
Os exames imagiológicos essenciais estejam visíveis.					

10. Para a melhoria da segurança do doente, antes do doente sair da sala de operações, é essencial que:

	Discordo Totalmente	Discordo	Sem Opinião	Concordo	Concordo Totalmente
O enfermeiro confirme, verbalmente, o nome do procedimento efectuado.					
O enfermeiro confirme, verbalmente, as contagens de instrumentos, compressas ou cortoperfurantes.					
O enfermeiro confirme com a equipa a rotulagem de produtos (biológicos ou outros).					
O enfermeiro confirme, verbalmente, se existem problemas (com equipamentos ou outros).					
A equipa indique informação relevante a transmitir à equipa de recobro.					
A equipa indique à equipa de recobro as principais preocupações/necessidades do doente.					

11. Seleccione a opção que mais se adequa perante as seguintes afirmações.

	Discordo Totalmente	Discordo	Sem Opinião	Concordo	Concordo Totalmente
A Segurança do Doente, em ambiente de Bloco Operatório, assume primordial importância.					
A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica é de suma importância para a melhoria da segurança do doente.					
A utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica contribui para a melhoria do trabalho em equipa multidisciplinar.					
A implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica contribui para a melhoria da Segurança do Doente.					
Estou receptivo (a) à implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica no Bloco Operatório do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE.					

Grata pela sua colaboração e pelo tempo dispensado,
Susana Valido

Apêndice III – Questionário – Versão Final

Questionário

Pretende-se com o presente questionário recolher informação sobre a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2008, na sequência do programa *Save Surgery Save Lives*.

A informação recolhida integrará a componente prática da dissertação intitulada “*Checklist Cirúrgica: uma Intervenção para a Mudança Organizacional na área da Segurança do Doente*”, no âmbito do mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde.

Leia atentamente cada questão e coloque uma cruz (x) na opção que considerar adequada. É importante que responda a todas as questões. Não existem respostas certas ou erradas. Pretende-se somente conhecer a sua opinião relativamente ao assunto em estudo.

O tempo de resposta varia entre **5 a 10 minutos**.

A autora assegura o anonimato dos respondentes, bem como a confidencialidade da informação obtida, pois todos os dados recolhidos através do presente questionário estão sujeitos a segredo estatístico, pois uma vez efectuada a análise estatística, serão divulgados dados globais e destruídos os dados individuais.

Grata pela sua colaboração e pelo tempo dispensado,
Susana Valido

P. 1. Qual a sua idade? _____ Anos

P. 2. Qual o seu género?

1. Feminino

2. Masculino

P. 3. Quais são as suas habilitações literárias?

1. Bacharelato 2. Licenciatura 3. Pós-graduação 4. Mestrado 5. Doutoramento

P. 4. Qual a sua profissão?

1. Anestesista

2. Cirurgião

3. Enfermeiro

4. Cirurgião Geral

5. Cirurgião Pediátrico

6. Cirurgião Plástico

7. Obstetra/Ginecologista

8. Oftalmologista

9. Ortopedista

10. Otorrinolaringologista

11. Urologista

P. 5. Há quanto tempo exerce a sua actividade profissional em ambiente de Bloco Operatório? _____ Anos

P. 6. A Segurança do Doente, em ambiente de Bloco Operatório, assume primordial importância.

Discordo Totalmente	Discordo	Sem Opinião	Concordo	Concordo Totalmente

P. 7. Selecione a opção que mais se adequa perante as seguintes afirmações.

	Discordo Totalmente	Discordo	Sem Opinião	Concordo	Concordo Totalmente
1. O consentimento expresso e informado acerca dos procedimentos anestésicos deve estar devidamente preenchido.					
2. A confirmação da identidade do doente, bem como os seus dados no processo clínico é um factor que contribui para a segurança do doente.					
3. O consentimento expresso e informado acerca dos procedimentos cirúrgicos não necessita estar devidamente preenchido.					
4. A avaliação pré-operatória e comunicação das necessidades do doente à equipa multidisciplinar constituem uma mais-valia na segurança do doente no período intra-operatório.					
5. A monitorização da movimentação, mobilização e posicionamento do doente no intra-operatório é fulcral na segurança do doente.					
6. A monitorização do doente durante todo o período peri-operatório é essencial no despiste de complicações.					
7. A manutenção da técnica asséptica pelos profissionais é de suma importância na garantia da segurança do doente.					
8. A verificação dos factores ambientais, como a temperatura ou o controlo do ar na sala operatória, não é importante para a segurança do doente.					
9. A manipulação dos instrumentos e equipamentos anestésico-cirúrgicos deve estar a cargo de profissionais qualificados, com conhecimento e formação sobre os mesmos.					
10. A transmissão de informação sobre procedimentos ou intercorrências na sala operatória a profissionais da Unidade de Cuidados Pós Anestésicos é desnecessário na garantia da segurança do doente.					
11. A transmissão de informação, aos profissionais da enfermaria, sobre procedimentos ou intercorrências na sala operatória e na Unidade de Cuidados Pós Anestésicos, é essencial na garantia da segurança do doente.					

P. 8. Tem conhecimento do conceito de *Time Out* (pausa cirúrgica)?

1. Sim

2. Não

Se respondeu afirmativamente à questão anterior, por favor, continue na pergunta 9.

Se respondeu negativamente à questão anterior, por favor, continue na pergunta 10.

P. 9. O *Time Out* (pausa cirúrgica) é um instrumento que contribui para a melhoria da segurança do doente.

Discordo Totalmente	Discordo	Sem Opinião	Concordo	Concordo Totalmente

P. 10. Tem conhecimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, recomendado pela Organização Mundial de Saúde desde 2008, na sequência do programa Save Surgery Save Lives?

1. Sim

2. Não

Se respondeu afirmativamente à questão anterior, por favor, continue na pergunta 11.

Se respondeu negativamente à questão anterior, por favor, continue na pergunta 12.

P. 11. Indique como tomou conhecimento da Lista de Verificação para a Cirurgia Segura.

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| 1. Colegas ou outros profissionais de Saúde | <input type="checkbox"/> | 5. Congressos/Jornadas/Seminários/Cursos | <input type="checkbox"/> |
| 2. Documentos Oficiais da OMS | <input type="checkbox"/> | 6. Internet | <input type="checkbox"/> |
| 3. Documentos Oficiais da DGS | <input type="checkbox"/> | 7. Outros | <input type="checkbox"/> |
| 4. Comunicação Social | <input type="checkbox"/> | Especifique: _____ | |
| | | _____ | |
| | | _____ | |

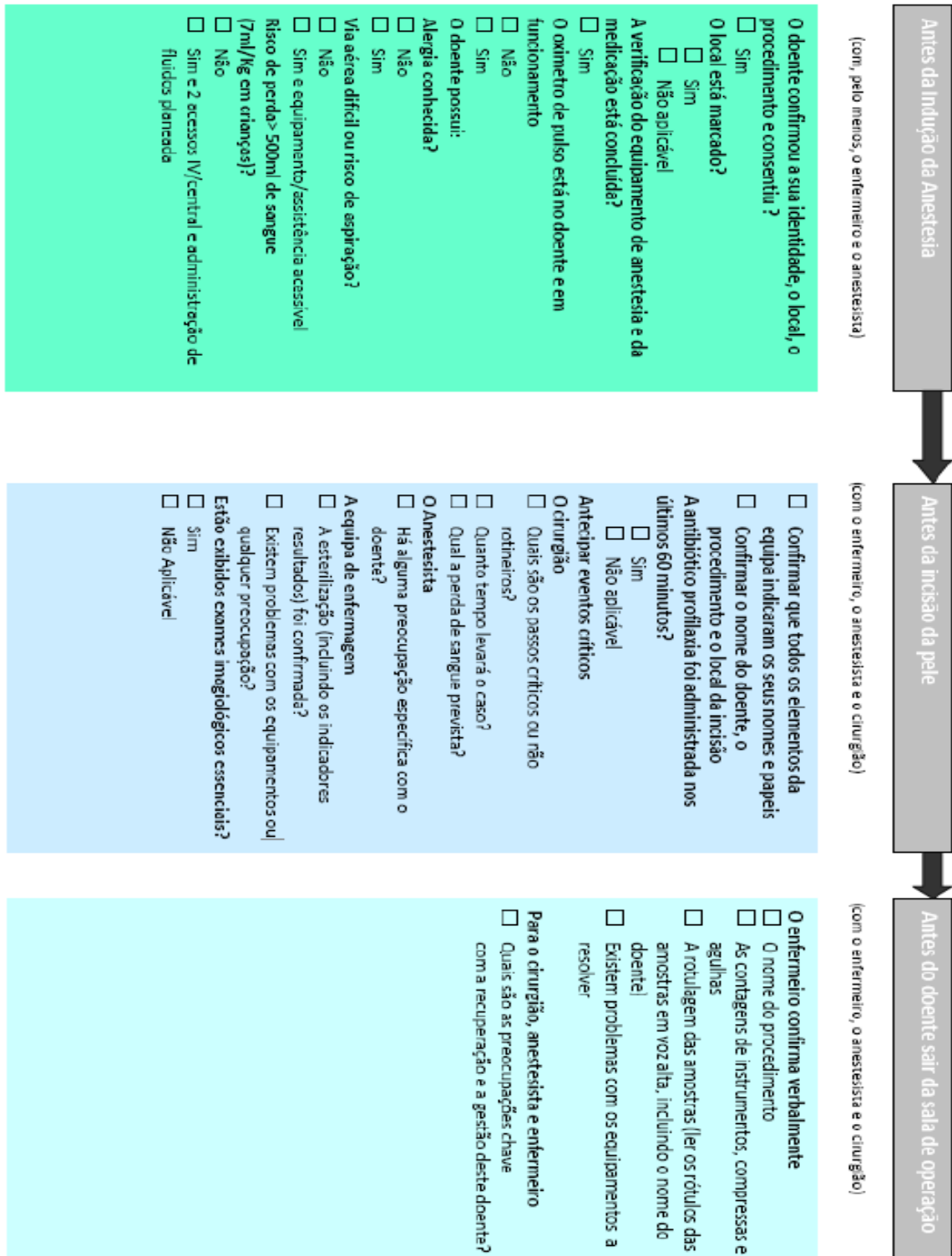
P. 12. Dos diferentes itens, indique falhas de segurança que aconteceram no Bloco Operatório no último ano.

- | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| 1. Doente errado | <input type="checkbox"/> | 10. Paragem Cardio-Respiratória | <input type="checkbox"/> |
| 2. Cirurgia errada | <input type="checkbox"/> | 11. Lesões provocadas por garrote pneumático | <input type="checkbox"/> |
| 3. Local da cirurgia errado | <input type="checkbox"/> | 12. Pessoal a trabalhar sem conhecimento e competência | <input type="checkbox"/> |
| 4. Incidentes anestésicos | <input type="checkbox"/> | 13. Posicionamentos incorrectos | <input type="checkbox"/> |
| 5. Queda de equipamentos | <input type="checkbox"/> | 14. Contaminação por quebra da técnica asséptica cirúrgica | <input type="checkbox"/> |
| 6. Queimaduras | <input type="checkbox"/> | 15. Avaria de equipamentos/instrumentos | <input type="checkbox"/> |
| 7. Falta de supervisão | <input type="checkbox"/> | 16. Contagens (compressas, corto-perfurantes, instrumentos) incorrectas | <input type="checkbox"/> |
| 8. Falta de comunicação | <input type="checkbox"/> | 17. Outros Especifique: _____ | <input type="checkbox"/> |
| 9. Cirurgia não planeada de acordo com o consentimento expresso | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> |

P. 13. Indique os procedimentos que realiza em prol da Segurança do Doente.

1. Consentimento expresso e informado do doente acerca de procedimentos anestésicos.
 2. Consentimento expresso e informado do doente acerca de procedimentos cirúrgicos.
 3. Preparação pré-operatória do doente, incluindo a avaliação e comunicação das necessidades.
 4. Identificação do doente e verificação do processo.
 5. Monitorização do doente durante todo o período peri-operatório.
 6. Movimentação, mobilização e posicionamento do doente.
 7. Procedimentos peri-operatórios que mantenham a continuidade dos cuidados.
 8. Verificação dos factores ambientais (temperatura da sala, controlo do ar, etc).
 9. Conhecimento, manutenção e utilização de equipamentos.
 10. Manutenção da técnica asséptica.
 11. Outros. Especifique: _____
-

Leia atentamente cada um dos itens do seguinte documento. Trata-se da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2008, na sequência do programa *Save Surgery Save Lives*, na versão adaptada pela DGS. Após a leitura do documento, por favor, continue a responder ao questionário na pergunta 14.



Fonte: www.dgs.pt

P. 14. Para a melhoria da segurança do doente, antes da indução anestésica, é essencial que:

	Discordo Totalmente	Discordo	Sem Opinião	Concordo	Concordo Totalmente
1. O doente confirme a sua identidade, local da cirurgia, procedimento e dê o seu consentimento.					
2. O local da cirurgia seja marcado.					
3. Se proceda à verificação do equipamento de anestesia e medicação.					
4. Se confirme que o oxímetro de pulso está no doente e em funcionamento.					
5. Se saiba se o doente tem alergias conhecidas.					
6. Se verifique se o doente tem via aérea difícil ou risco de aspiração.					
7. A equipa esteja desperta para o risco de perda de > 500 ml de sangue.					

P. 15. Para a melhoria da segurança do doente, antes da incisão da pele, é essencial que:

	Discordo Totalmente	Discordo	Sem Opinião	Concordo	Concordo Totalmente
1. Se proceda à apresentação dos diferentes elementos da equipa (nome e respectiva função).					
2. A equipa confirme o nome do doente, o procedimento e o local da incisão.					
3. A profilaxia antibiótica seja administrada nos últimos 60 minutos.					
4. O cirurgião antecipe eventos críticos (passos críticos ou fora da rotina, tempo planeado para o caso, perda de sangue prevista).					
5. O anestesiológista antecipe eventos críticos (preocupações específicas com o doente).					
6. A equipa de enfermagem antecipe eventos críticos (esterilização confirmada, possíveis problemas com equipamentos/dispositivos).					
7. Os exames imagiológicos essenciais estejam visíveis.					

P. 16. Para a melhoria da segurança do doente, antes do doente sair da sala de operações, é essencial que:

	Discordo Totalmente	Discordo	Sem Opinião	Concordo	Concordo Totalmente
1. O enfermeiro confirme, verbalmente, o nome do procedimento efectuado.					
2. O enfermeiro confirme, verbalmente, as contagens de instrumentos, compressas e agulhas.					
3. O enfermeiro confirme com a equipa a rotulagem das amostras (ler os rótulos das amostras em voz alta, incluindo o nome do doente).					
4. O enfermeiro confirme, verbalmente, se existem problemas (com equipamentos ou outros).					
5. A equipa indique as preocupações chave com a recuperação e a gestão do doente.					

P. 17. Selecione a opção que mais se adequa perante as seguintes afirmações.

	Discordo Totalmente	Discordo	Sem Opinião	Concordo	Concordo Totalmente
1. A Segurança do Doente, em ambiente de Bloco Operatório, assume primordial importância.					
2. A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica é de suma importância para a melhoria da segurança do doente.					
3. A utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica contribui para a melhoria do trabalho em equipa multidisciplinar.					
4. A implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica contribui para a melhoria da Segurança do Doente.					
5. Estou receptivo (a) à implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica no Bloco Operatório do Hospital XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, EPE.					

Grata pela sua colaboração e pelo tempo dispensado,
Susana Valido

Apêndice IV – Análise dos Dados

Secção A – Procedimentos Realizados em Prol da Segurança do Doente

Quadro 1 – Distribuição dos respondentes, quanto à profissão, face aos procedimentos para a Segurança do doente: Consentimento expreso e informado do doente acerca de procedimentos anestésicos

	n	Respondentes %	<i>p value</i>
Procedimentos para a Segurança do doente: Consentimento expreso e informado do doente acerca de procedimentos anestésicos	152	40,1 (61)	
Profissão	152		<0,001^{a,§}
Anestesiologistas	8	100,0 (8)	
Cirurgiões	36	25,0 (9)	
Enfermeiros	108	40,7 (44)	

^a – Teste de Qui-Quadrado de Pearson; § - Teste pouco robusto devido à existência de mais de 20% de células com valores esperados inferiores a 5

Quadro 2 - Distribuição dos respondentes, quanto ao sexo, face aos Procedimentos para a Segurança do doente: Identificação do doente e verificação do processo

	n	Respondentes %	<i>p value</i>
Procedimentos para a Segurança do doente: Identificação do doente e verificação do processo	150	97,3 (146)	
Sexo	150		0,043^{b,§}
Feminino	114	99,1 (113)	
Masculino	36	91,7 (33)	

^b – Teste Exacto de Fisher; § - Teste pouco robusto devido à existência de mais de 20% de células com valores esperados inferiores a 5

Quadro 3 - Distribuição dos respondentes, quanto ao hospital, profissão e sexo, face aos Procedimentos para a Segurança do doente: Monitorização do doente durante todo o período peri-operatório

	n	Respondentes %	p value
Procedimentos para a Segurança do doente: Monitorização do doente durante todo o período peri-operatório	152	88,8 (135)	
Hospital	152		0,007^{a,§}
HESE, EPE	84	81,0 (68)	
ULSBA, EPE	23	95,7 (22)	
ULSNA, EPE	29	100,0 (29)	
HLA, EPE	16	100,0 (16)	
Profissão	152		<0,001^{a,§}
Anestesiologistas	8	100,0 (8)	
Cirurgiões	36	55,6 (20)	
Enfermeiros	108	99,1 (107)	
Sexo	150		<0,001^{b,§}
Feminino	114	94,7 (108)	
Masculino	36	69,4 (25)	

^a – Teste de Qui-Quadrado de Pearson; ^b – Teste Exacto de Fisher; § - Teste pouco robusto devido à existência de mais de 20% de células com valores esperados inferiores a 5; devido à existência de mais de 20% de células com valores esperados inferiores a 5

Quadro 4 - Distribuição dos respondentes, quanto à profissão, face aos Procedimentos para a Segurança do doente: Movimentação, mobilização e posicionamento do doente

	n	Respondentes %	p value
Procedimentos para a Segurança do doente: Movimentação, mobilização e posicionamento do doente	152	92,1 (140)	
Profissão	152		<0,001^{a§}
Anestesiologistas	8	100,0 (8)	
Cirurgiões	36	75,0 (27)	
Enfermeiros	108	97,2 (105)	

^a – Teste de Qui-Quadrado de Pearson; § - Teste pouco robusto devido à existência de mais de 20% de células com valores esperados inferiores a 5

Quadro 5 - Distribuição dos respondentes, quanto à profissão e habilitações literárias, face aos Procedimentos para a Segurança do doente: Procedimentos peri-operatórios que mantenham a continuidade dos cuidados

	n	Respondentes %	p value
Procedimentos para a Segurança do doente: Procedimentos peri-operatórios que mantenham a continuidade dos cuidados	152	86,2 (131)	
Profissão	152		<0,001 ^{a,§}
Anestesiologistas	8	100,0 (8)	
Cirurgiões	36	69,4 (25)	
Enfermeiros	108	90,7 (98)	
Habilitações Literárias	152		0,003 ^{a,§}
Bacharelato e Licenciatura	129	85,3 (110)	
Pós-graduação, Mestrado e Doutoramento	22	95,5 (21)	
Não responde	1	100,0 [#] (1)	

^a – Teste de Qui-Quadrado de Pearson; ^b – Teste Exacto de Fisher; [#] - Prevalência correspondendo a uma frequência de 5 ou menos casos; [§] - Teste pouco robusto devido à existência de mais de 20% de células com valores esperados inferiores a 5

Quadro 6 - Distribuição dos respondentes, quanto à profissão, face aos Procedimentos para a Segurança do doente: Conhecimento, manutenção e utilização de equipamentos

	n	Respondentes %	p value
Procedimentos para a Segurança do doente: Conhecimento, manutenção e utilização de equipamentos	152	86,8 (132)	
Profissão	152		<0,001 ^{a,§}
Anestesiologistas	8	87,5 (7)	
Cirurgiões	36	66,7 (24)	
Enfermeiros	108	93,5 (101)	

^a – Teste de Qui-Quadrado de Pearson; [§] - Teste pouco robusto devido à existência de mais de 20% de células com valores esperados inferiores a 5

Quadro 7 - Distribuição dos respondentes, quanto à profissão e habilitações literárias, face aos Procedimentos para a Segurança do doente: Manutenção da técnica asséptica

	n	Respondentes %	<i>p value</i>
Procedimentos para a Segurança do doente: Manutenção da técnica asséptica	152	92,8 (141)	
Profissão	152		0,005^{a,§}
Anestesiologistas	8	100,0 (8)	
Cirurgiões	36	80,6 (29)	
Enfermeiros	108	96,3 (104)	
Habilitações Literárias	141		0,001^{a,§}
Bacharelato e Licenciatura	129	93,8 (121)	
Pós-graduação, Mestrado e Doutoramento	22	90,9 (20)	

^a – Teste de Qui-Quadrado de Pearson; § - Teste pouco robusto devido à existência de mais de 20% de células com valores esperados inferiores a 5

Secção B – Identificação de Eventos Adversos no Bloco Operatório

Quadro 1 – Distribuição dos respondentes, quanto ao hospital, face aos Eventos adversos no BO: Doente Errado

	n	Respondentes %	<i>p value</i>
Eventos adversos no BO: Doente Errado	150	5,3 (8)	
Hospital			0,002^{a,§}
HESE, EPE	84	3,6 [#] (3)	
ULSBA, EPE	23	21,7 [#] (5)	
ULSNA, EPE	28	0,0 [#] (0)	
HLA, EPE	15	0,0 [#] (0)	

^a – Teste de Qui-Quadrado de Pearson; # - Prevalência correspondendo a uma frequência de 5 ou menos casos; § - Teste pouco robusto devido à existência de mais de 20% de células com valores esperados inferiores a 5

Quadro 2 – Distribuição dos respondentes, quanto ao hospital, face aos Eventos adversos no BO: Incidentes Anestésicos

	n	Respondentes %	<i>p value</i>
Eventos adversos no BO: Incidentes Anestésicos	150	12,7 (19)	
Hospital			0,003^{a,§}
HESE, EPE	84	21,4 (18)	
ULSBA, EPE	23	0,0 [#] (0)	
ULSNA, EPE	28	0,0 [#] (0)	
HLA, EPE	15	6,7 [#] (1)	

^a – Teste de Qui-Quadrado de Pearson; # - Prevalência correspondendo a uma frequência de 5 ou menos casos; § - Teste pouco robusto devido à existência de mais de 20% de células com valores esperados inferiores a 5

Quadro 3 – Distribuição dos respondentes, quanto ao hospital, face aos Eventos adversos no BO: Queda de equipamentos

	n	Respondentes %	<i>p value</i>
Eventos adversos no BO: Queda de equipamentos	150	31,3 (47)	
Hospital			0,005^{a,§}
HESE, EPE	84	42,9 (36)	
ULSBA, EPE	23	8,7 # (2)	
ULSNA, EPE	28	21,4 (6)	
HLA, EPE	15	20,0 # (3)	

^a – Teste de Qui-Quadrado de Pearson; # - Prevalência correspondendo a uma frequência de 5 ou menos casos; § - Teste pouco robusto devido à existência de mais de 20% de células com valores esperados inferiores a 5

Quadro 4 – Distribuição dos respondentes, quanto às habilitações literárias, face aos Eventos adversos no BO: Queimaduras

	n	Respondentes %	<i>p value</i>
Eventos adversos no BO: Queimaduras	150	13,3 (20)	
Habilitações Literárias			0,025^{a,§}
Bacharelato e Licenciatura	128	11,7 (15)	
Pós-graduação, Mestrado e Doutoramento	21	19,0 # (4)	
Não Responde	1	100,0 # (1)	

^a – Teste de Qui-Quadrado de Pearson; # - Prevalência correspondendo a uma frequência de 5 ou menos casos; § - Teste pouco robusto devido à existência de mais de 20% de células com valores esperados inferiores a 5

Quadro 5 – Distribuição dos respondentes, quanto ao hospital, face aos Eventos adversos no BO: Paragem cardio-respiratória

	n	Respondentes %	<i>p value</i>
Eventos adversos no BO: Paragem cardio-respiratória	149	31,3 (47)	
Hospital			0,024^{a,§}
HESE, EPE	83	24,1 (20)	
ULSBA, EPE	23	8,7 # (2)	
ULSNA, EPE	28	3,6 # (1)	
HLA, EPE	15	33,3 # (5)	

^a – Teste de Qui-Quadrado de Pearson; # - Prevalência correspondendo a uma frequência de 5 ou menos casos; § - Teste pouco robusto devido à existência de mais de 20% de células com valores esperados inferiores a 5

Quadro 6 – Distribuição dos respondentes, quanto ao hospital, face aos Eventos adversos no BO: Lesões provocadas por garrote pneumático

	n	Respondentes %	<i>p value</i>
Eventos adversos no BO: Lesões provocadas por garrote pneumático	150	2,0 (3)	
Hospital			0,004^{a,§}
HESE, EPE	84	0,0 # (0)	
ULSBA, EPE	23	0,0 # (0)	
ULSNA, EPE	28	10,7 # (3)	
HLA, EPE	15	0,0 # (0)	

^a – Teste de Qui-Quadrado de Pearson; # - Prevalência correspondendo a uma frequência de 5 ou menos casos; § - Teste pouco robusto devido à existência de mais de 20% de células com valores esperados inferiores a 5

Quadro 7 – Distribuição dos respondentes, quanto ao hospital, profissão e tempo de actividade profissional, face aos Eventos adversos no BO: Pessoal a trabalhar sem conhecimento e competência

	n	Respondentes %	p value
Eventos adversos no BO: Pessoal a trabalhar sem conhecimento e competência	150	9,3 (14)	
Hospital	150		0,007^{a,§}
HESE, EPE	84	16,7 (14)	
ULSBA, EPE	23	0,0 # (0)	
ULSNA, EPE	28	0,0 # (0)	
HLA, EPE	15	0,0 # (0)	
Profissão	149		<0,001^{a,§}
Anestesiologistas	8	50,0 # (4)	
Cirurgiões	36	22,2 # (8)	
Enfermeiros	105	1,9 # (2)	
Tempo de Actividade Profissional	149		0,003^{a,§}
0-4 anos	38	7,9 # (3)	
5-10 anos	31	3,2 # (1)	
11-20 anos	50	4,0 # (2)	
≥ 21 anos	30	26,7 (8)	

^a – Teste de Qui-Quadrado de Pearson; ^b – Teste Exacto de Fisher ; # - Prevalência correspondendo a uma frequência de 5 ou menos casos; § - teste pouco robusto devido à existência de mais de 20% de células com valores esperados inferiores a 5

Quadro 8 – Distribuição dos respondentes, quanto ao hospital, face aos Eventos adversos no BO: Contagens (compressas, corto-perfurantes, instrumentos) incorrectas

	n	Respondentes %	<i>p value</i>
Eventos adversos no BO: Contagens (compressas, corto-perfurantes, instrumentos) incorrectas	150	24,0 (36)	
Hospital			<0,001^{a,§}
HESE, EPE	84	40,5 (34)	
ULSBA, EPE	23	4,3 # (1)	
ULSNA, EPE	28	0,0 # (0)	
HLA, EPE	15	6,7 # (1)	

^a – Teste de Qui-Quadrado de Pearson # - Prevalência correspondendo a uma frequência de 5 ou menos casos; § - Teste pouco robusto devido à existência de mais de 20% de células com valores esperados inferiores a 5

Quadro 9 – Distribuição dos respondentes, quanto à profissão, face aos Eventos adversos no BO: Outros

	n	Respondentes %	<i>p value</i>
Eventos adversos no BO: Outros	150	7,3 (11)	
Profissão	150		0,003^{a,§}
Anestesiologistas	8	37,5 # (3)	
Cirurgiões	36	5,6 # (2)	
Enfermeiros	106	5,7 (6)	

^a – Teste de Qui-Quadrado de Pearson; # - Prevalência correspondendo a uma frequência de 5 ou menos casos; § - Teste pouco robusto devido à existência de mais de 20% de células com valores esperados inferiores a 5

Secção C – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

Quadro 1 – Distribuição dos respondentes, quanto ao hospital, face ao Conhecimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: Documentos Oficiais da OMS

	n	Respondentes %	p value
Conhecimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: Documentos Oficiais da OMS	86	20,9 (18)	
Hospital			0,003^{a,§}
HESE, EPE	34	5,9 [#] (2)	
ULSBA, EPE	23	43,5 (10)	
ULSNA, EPE	17	11,8 [#] (2)	
HLA, EPE	12	33,3 [#] (4)	

^a – Teste de Qui-Quadrado de Pearson; [#] - Prevalência correspondendo a uma frequência de 5 ou menos casos; [§] - teste pouco robusto devido à existência de mais de 20% de células com valores esperados inferiores a 5

Quadro 2 – Distribuição dos respondentes, quanto ao hospital, face ao Conhecimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: Comunicação Social

	n	Respondentes %	p value
Conhecimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: Comunicação Social	85	3,5 (2)	
Grupo Etário			0,018^{a,§}
20-29 anos	22	0,0 [#] (0)	
30-39 anos	17	0,0 (10)	
40-49 anos	20	15,0 [#] (3)	
≥50 anos	26	0,0 [#] (0)	

^a – Teste de Qui-Quadrado de Pearson; [#] - Prevalência correspondendo a uma frequência de 5 ou menos casos; [§] - Teste pouco robusto devido à existência de mais de 20% de células com valores esperados inferiores a 5

Quadro 3 – Distribuição dos respondentes, quanto ao hospital, face ao Conhecimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: Internet

	n	Respondentes %	<i>p value</i>
Conhecimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: Internet	85	12,8 (11)	
Profissão			0,020 ^{a,§}
Anestesiologistas	7	42,9 # (3)	
Cirurgiões	15	20,0 # (3)	
Enfermeiros	64	7,8 # (5)	

^a – Teste de Qui-Quadrado de Pearson; # - Prevalência correspondendo a uma frequência de 5 ou menos casos; § - Teste pouco robusto devido à existência de mais de 20% de células com valores esperados inferiores a 5

Secção D – CD com Base de Dados e Outputs do Pré-teste e do estudo

9. ANEXOS

Anexo I – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

