

Nuno João Caçador Ribeiro

Cultura de segurança
percecionada pelos profissionais do bloco operatório

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 5ª Edição



Viseu, fevereiro de 2018

Nuno João Caçador Ribeiro

**Cultura de segurança
percecionada pelos profissionais do bloco operatório**

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 5.^a Edição

Orientadora: Professora Doutora Madalena Cunha

Viseu, fevereiro de 2018

“Não é possível uma prática segura sem disciplina, colaboração e sem o respeito pela interdependência do desempenho dos diversos profissionais”.

(Associação dos Enfermeiros das Salas das Operações Portuguesa, 2006, p.124)

Agradecimentos

À Professora Doutora Madalena Cunha, enquanto orientadora deste trabalho, pela disponibilidade que sempre demonstrou, pelo incentivo e a confiança que me transmitiu e, sobretudo, pelas análises críticas e pelo rigor do acompanhamento que sempre me prestou.

Ao Professor Doutor João Duarte, pela partilha e pelos ensinamentos prestados ao nível do tratamento estatístico.

A todos os profissionais de saúde, que comigo partilharam experiências, através do preenchimento dos questionários.

E, por último, mas não menos importante, gostaria de expressar o meu agradecimento aos meus familiares mais próximos, pelo incentivo e entusiasmo que sempre manifestaram, pelo apoio incondicional em todos os momentos e pela compreensão pelos momentos de ausência.

Muito obrigado a todos!

Resumo

Enquadramento: A gestão de um bloco operatório é norteada pela eficiência, efetividade e eficácia, no sentido de se otimizarem recursos, a melhoria contínua dos processos de cuidados e se assegurar um clima de segurança do doente.

Objetivos: Identificar as variáveis sociodemográficas e as variáveis socioprofissionais que interferem na perceção sobre o clima de segurança no bloco operatório.

Métodos: Estudo quantitativo, com corte transversal, descritivo analítico-correlacional. Os dados foram colhidos junto de 101 profissionais a exercerem num bloco operatório, de dois Hospitais da Região Centro, num público (62,4%) e noutro privado (37,6%), sendo uma amostra maioritariamente feminina (59,4%), com uma média de idades de 46,50 anos ($\pm 11,457$ anos). O instrumento de recolha de dados consta de um questionário com questões de caracterização sociodemográfica, socioprofissional e da Escala de Atitudes de Segurança em Bloco Operatório de Nordén-Hägg, Sexton, Kälvemarm-Sporrong, Ring e Kettis-Lindblad (2010), adaptado para a população portuguesa por Pinheiro (2013).

Resultados: As estatísticas relativas às atitudes de segurança em bloco operatório revelaram um valor médio mais elevado na satisfação profissional (média=4,29 \pm 0,584) e nas condições gerais de trabalho (média=3,52 \pm 0,850). Os profissionais com habilitações académicas até ao 12.º ano consideram a *satisfação profissional*, as *perceções e noções dos órgãos de gestão* e o *reconhecimento da fadiga e o stresse* como fatores mais contributivos para a segurança em bloco operatório; os profissionais com a licenciatura percecionam o *clima de equipa*, o *clima de segurança* e as *condições gerais de trabalho*. Os enfermeiros destacam o *clima de equipa* e o *clima de segurança*, enquanto os médicos consideram a *satisfação profissional* e o *reconhecimento de fadiga e stresse* como os fatores mais importantes para a segurança em bloco operatório; na globalidade, os profissionais de saúde com formação sobre segurança do doente, os que o hospital dispõe de normas de segurança do doente e aqueles que admitem a existência de um sistema de notificação de eventos adversos no hospital são os que atribuem mais importância às atitudes sobre a segurança em bloco operatório; os profissionais com um estatuto a tempo integral identificam o *reconhecimento de fadiga e stresse*, enquanto os que têm um estatuto de tempo parcial consideram mais o *clima de segurança* e as *condições gerais de trabalho*; os que são prestadores externos pontuaram mais no *clima de equipa*, na *satisfação profissional* e nas *perceções e noções dos órgãos de gestão*; aqueles que exercem num hospital público ponderam principalmente o *clima de segurança*, o *reconhecimento de fadiga e de stresse* e as *condições gerais de trabalho*, enquanto os que exercem num hospital privado percecionam mais o *clima de equipa*, a *satisfação profissional* e as *perceções e noções dos órgãos de gestão*.

Conclusões: O sexo é a variável com maior valor preditivo de atitudes sobre a segurança em bloco operatório, com relação direta, sugerindo que, independentemente do sexo, os profissionais de saúde consideram a *satisfação profissional* como fator determinante das atitudes de segurança em bloco operatório; a antiguidade no hospital estabelece uma relação inversa, indicando que quanto menos tempo de serviço no hospital menor é a perceção dos profissionais acerca da *satisfação profissional*.

Palavras-chave: Cultura de segurança; profissionais; bloco operatório.

Abstract

Background: The management of an operative block is guided by efficiency, effectiveness and effectiveness, in order to optimize resources, continuous improvement of care processes and ensure a patient's safety.

Objectives: To identify socio-demographic variables and socio-professional variables that interfere in the perception about the safety climate in the operating room.

Methods: Quantitative study, cross-sectional, analytical-correlational descriptive. The data were collected from 101 professionals working in an operating room in two hospitals in the Central Region, in a public (62.4%) and another private (37.6%), a predominantly female sample (59.4%), , with a mean age of 46.50 years ($\pm 11,457$ years). The data collection instrument consists of a questionnaire with sociodemographic, socio-occupational characterization questions and the Norden-Hägg, Sexton, Kälvemark-Sporrong, Ring and Kettis-Lindblad (2010) Operational Block Safety Attitude Scale, adapted for the Portuguese population by Pinheiro (2013).

Results: Statistical data on occupational safety attitudes showed a higher average value of job satisfaction (mean=4.29 \pm 0.584) and general working conditions (mean=3.52 \pm 0.850). Professionals with academic qualifications up to the 12th grade consider occupational satisfaction, perceptions and notions of management bodies and recognition of fatigue and stress as more contributory factors for operative block safety; the professionals with the degree perceive the team climate, the security climate and the general conditions of work. Nurses emphasize the team climate and safety climate, while physicians consider professional satisfaction and recognition of fatigue and stress as the most important factors for operative block safety; in general, health professionals with training in patient safety, those in which the hospital has patient safety standards, and those who admit that there is a system for reporting adverse events in the hospital are those who attach greater importance to attitudes about operative block safety; professionals with a full-time status identify recognition of fatigue and stress, while those with a part-time status consider more the safety climate and general working conditions; those who are external providers have scored more on team climate, professional satisfaction and the perceptions and notions of the management bodies; those who practice in a public hospital mainly consider the safety climate, the recognition of fatigue and stress and the general conditions of work, while those who practice in a private hospital perceive more the team climate, professional satisfaction and perceptions and notions of the management bodies.

Conclusions: Sex is the variable with the highest predictive value of attitudes about safety in the operative block, with direct relation, suggesting that, regardless of gender, health professionals consider occupational satisfaction as a determinant of safety attitudes in the operative block; seniority in the hospital establishes an inverse relationship, indicating that the less time of service in the hospital is the professionals' perception about professional satisfaction.

Keywords: Safety culture; professionals; operating room.

Índice

INTRODUÇÃO	21
1. MÉTODOS.....	31
1.1. Participantes	33
1.2.1. Caracterização sociodemográfica	34
1.3. Instrumentos de recolha de dados.....	35
1.3.1. Estudo psicométrico para o presente estudo da Questionário de Atitudes de Segurança em Bloco Operatório de Nordén-Hägg et a. (2010), adaptado para a população portuguesa por Pinheiro (2013)	40
1.4. Procedimentos éticos e administrativos.....	47
1.5. Análise de dados.....	48
2. RESULTADOS	51
2.1. Caracterização socioprofissional dos profissionais de saúde	51
2.2. Qualidade de Comunicação e colaboração	55
2.3. Atitudes de segurança em bloco operatório: perspetiva dos profissionais de saúde..	56
2.4. Atitudes de segurança em bloco operatório: valores médios por dimensão.....	67
2.5. Análise inferencial	68
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	79
CONCLUSÃO	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
ANEXOS.....	95
Anexo I - Instrumento de recolha de dados	
Anexo II - Autorização ao autor da escala para a utilização da mesma	
Anexo III - Autorização da Direção dos Hospitais para aplicação do instrumento de recolha de dados	

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Estatísticas da idade em função do sexo	34
Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica em função do sexo	35
Tabela 3 - Dimensão Clima de Equipa	37
Tabela 4 - Dimensão Clima de Segurança	38
Tabela 5- Dimensão Satisfação Profissional	38
Tabela 6 – Dimensão Reconhecimento de Fadiga e Stresse	39
Tabela 7- Dimensão Percepções e Noções dos Órgãos de Gestão.....	39
Tabela 8 – Dimensão Condições Gerais de Trabalho	39
Tabela 9 – Consistência interna dos itens do Questionário de Atitudes de Segurança em Bloco Operatório de Nordén-Hägg et a. (2010), adaptado para a população portuguesa por Pinheiro (2013)	41
Tabela 10- Consistência Interna dos itens por subescala do Questionário de Atitudes de Segurança em Bloco Operatório de Nordén-Hägg et a. (2010), adaptado para a população portuguesa por Pinheiro (2013).....	45
Tabela 11 - Matriz de Correlação de Pearson entre os fatores do Questionário de Atitudes de Segurança em Bloco Operatório de Nordén-Hägg et a. (2010), adaptado para a população portuguesa por Pinheiro (2013).....	47
Tabela 12 – Caracterização socioprofissional em função do sexo	53
Tabela 13 - Estatísticas do tempo que exerce na especialidade e no atual hospital em função do sexo	54
Tabela 14 – Tipo de instituição hospitalar	54
Tabela 15 – Resultados da qualidade de comunicação e colaboração entre elementos	55
Tabela 16 – Estatísticas referentes ao Clima de Equipa	58
Tabela 17 – Estatísticas referentes ao Clima de Segurança.....	61
Tabela 18 – Estatísticas referentes à Situação Profissional.....	62
Tabela 19 – Estatísticas referentes ao Reconhecimento de Fadiga e Stresse.....	64
Tabela 20 – Estatísticas referentes aos Órgãos de Gestão	65
Tabela 21 – Estatísticas referentes às Condições Gerais de Trabalho	65
Tabela 22 - Estatísticas relativas às atitudes de segurança em bloco operatório	67
Tabela 23 - Estatísticas relativas às atitudes de segurança em bloco operatório: comparação das médias do presente estudo com as médias do estudo de Pinheiro (2013)	68
Tabela 24 - T-Test Relação entre o sexo e as atitudes de segurança em bloco operatório	69
Tabela 25 - Teste Kruskal-Wallis para a relação entre a idade e as atitudes de segurança em bloco operatório.....	69
Tabela 26 - Teste Kruskal-Wallis para a relação entre as habilitações académicas e as atitudes de segurança em bloco operatório.....	70
Tabela 27 - Teste Kruskal-Wallis para a relação entre a função e as atitudes de segurança em bloco operatório.....	70
Tabela 28 - Teste Kruskal-Wallis para a relação entre a antiguidade na especialidade e as atitudes de segurança em bloco operatório	71

Tabela 29 - Teste Kruskal-Wallis para a relação entre a antiguidade no hospital e as atitudes de segurança em bloco operatório.....	71
Tabela 30 - Teste U de Mann-Whitney para a relação entre a formação sobre segurança do doente e as atitudes de segurança em bloco operatório.....	72
Tabela 31 - Teste U de Mann-Whitney para a relação entre a existência de um profissional afeto à segurança do doente e as atitudes de segurança em bloco operatório.....	72
Tabela 32 - Teste U de Mann-Whitney para a relação entre a existência de normas de segurança do doente no hospital à segurança do doente e as atitudes de segurança em bloco operatório.....	73
Tabela 33 - Teste U de Mann-Whitney para a relação entre a existência de um sistema de notificação de eventos adversos no hospital e as atitudes de segurança em bloco operatório.....	73
Tabela 34 - Teste Kruskal-Wallis para a relação entre o estatuto profissional e as atitudes de segurança em bloco operatório.....	74
Tabela 35 - Teste Kruskal-Wallis para a relação entre o turno habitual e as atitudes de segurança em bloco operatório.....	74
Tabela 36 – T-Test Relação entre o tipo de instituição e as atitudes de segurança em bloco operatório.....	75
Tabela 36 - Correlações de Pearson entre as variáveis independentes e a satisfação profissional	75

Índice de figuras

Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas.....33

Índice de quadros

Quadro 1 - Regressão linear múltipla entre as variáveis independentes e a satisfação profissional	
.....	76

INTRODUÇÃO

O cidadão tem direito a cuidados de saúde com qualidade, sendo-lhe reconhecida toda a legitimidade para os exigir a todos os níveis de prestação, assumindo a segurança um papel fundamental (Direção-Geral da Saúde, 2012). “Por ser a lei o mais forte instrumento de intervenção na sociedade, sobretudo quando se trata da proteção contra situações que colocam em perigo os bens essenciais vida e integridade física e psíquica, o direito pode ser considerado um mecanismo central no desenvolvimento e implementação de cuidados de saúde com qualidade e segurança” (Faria, Moreira & Pinto, 2014, p.115). A segurança é um fator essencial para a credibilidade dos cidadãos no sistema de saúde e no Sistema Nacional de Saúde, em particular (Faria et al., 2014, p.115).

Sousa (2014, p. 2) refere o quanto é importante a temática da segurança pela visibilidade do problema (para os doentes/familiares, profissionais de saúde, gestores e responsáveis políticos, sociedade em geral), pelo impacte que tem (clínico, económico, social) e pelos potenciais ganhos que dela podem advir.

Neste âmbito, na última década, Ramos e Trindade (2013, p. 10) referem que se verificou um crescendo quanto à preocupação dos profissionais e instituições de saúde pelas questões associadas à segurança dos doentes. As autoras reportam-se ao estudo “To Err is Human” referindo que “ocorriam cerca de dez eventos adversos, em cada 100 episódios de internamento e que 50% destes poderiam ter sido evitados”. Abordam igualmente o estudo epidemiológico sobre eventos adversos em contexto hospitalar realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública que “evidenciou, em 2010, uma taxa de incidência de 11,1%” (Ramos & Trindade, 2013,p. 10).

Por sua vez, a Organização Mundial de Saúde emitiu, em 2008, o documento “Global Priorities for Research in Patient Safety” que alerta para a importância da investigação nesta área e o impacte que esta tem no aumento do conhecimento. Este documento remete para a importância de se estabelecerem prioridades na investigação em segurança do doente, considerando a “Inadequate competence training and skills” uma prioridade levantando as seguintes questões de investigação: Serão os profissionais de saúde treinados adequadamente para lidar com doentes, eventos adversos ou erros médicos? É a segurança do doente um tópico específico no *curriculum* dos profissionais de saúde e gestores de saúde? Que tipo de programas de formação contínua são mais eficazes para assegurar que os profissionais de saúde retenham competências em segurança do doente?

A Direção-Geral da Saúde (2015), através do Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro, estabeleceu um o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 que tem como objetivo sobretudo

“apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, uma vez que a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades” (p. 3882-2).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 prevê, através de ações transversais, como são exemplo “a cultura de segurança, a partilha do conhecimento e da informação e de ações dirigidas a problemas específicos”, otimizar “a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do Serviço Nacional de Saúde” (Direção-Geral da Saúde, Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro, p. 3882-2). Deste modo, procura-se alcançar os seguintes objetivos estratégicos:

1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno.
2. Aumentar a segurança da comunicação.
3. Aumentar a segurança cirúrgica.
4. Aumentar a segurança na utilização da medicação.
5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes.
6. Prevenir a ocorrência de quedas.
7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão.
8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes.
9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos”.

O Despacho nº 1400-A/2015, de 10 de fevereiro, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 prevê no seu Objetivo Estratégico 1 – “Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno – a necessidade de desenvolver o Plano de Formação de serviço na área da segurança dos doentes”.

Também o Conselho Europeu sobre a segurança dos doentes destaca que os “Estados-Membros deverão instituir, manter ou melhorar sistemas generalizados de notificação e de formação, de forma a poder determinar o grau e as causas dos eventos adversos para definir soluções e intervenções eficazes. A segurança dos doentes deverá fazer parte integrante do ensino e formação dos trabalhadores do setor da saúde, enquanto prestadores de cuidados” (Conselho da União Europeia, 2014).

Acresce referir ainda que as seis metas criadas pela JCI para a segurança do doente consistem em: “identificar os doentes corretamente; melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais de saúde; melhorar a segurança dos medicamentos de alerta máximo; assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e doente correto; reduzir o risco de infeções associadas aos cuidados de saúde e reduzir o risco de lesões ao doente, decorrentes de quedas” (*Joint Commission International [JCI]*, 2010, p.31). Importa referir que, segundo Peral (2012), as instituições de saúde estabelecem normas para cada uma das metas mencionadas, que compreendem todo o sistema, sendo a sua efetividade medida pelos indicadores de qualidade.

Como refere Lima (2011), no documento “*Seven steps to Patient Safety a guide for NHS staff*”, de autoria da *National Patient Safety Agency*, (NPSA), encontram-se estabelecidos sete passos, que auxiliam a planear as atividades e a mensurar o desempenho e a efetividade das ações que visam a promoção da segurança dos doentes: estabelecer um ambiente de segurança através da criação de uma cultura aberta e justa; implementação de uma liderança forte, que possibilite apoiar as equipas de saúde no que se refere à segurança dos doentes; ser parte integrante das atividades de gestão do risco, com início na identificação das causas até à explicação das ações corretivas e/ou preventivas; promoção de notificação dos eventos adversos ou *near misses*, motivando os profissionais de saúde e gestores de saúde; envolvimento dos doentes e comunidade em geral, estabelecendo redes de comunicação, dando importância fomentando a comunicação, às suas conceções; desenvolvimento de estratégias que permitam comunicar aos doentes os eventos adversos; conhecer e partilhar ensinamentos/aprendizagens de segurança; estimular os profissionais de saúde para que analisem os problemas e as causas que lhe estão subjacentes, a fim de se perceberem *como* e *porquê* o incidente ocorreu; divulgação da informação no que diz respeito às causas dos incidentes, um elemento imprescindível para reduzir e evitar episódios recorrentes; implementação de soluções de modo a prevenir-se a ocorrência de danos nos doentes, recorrendo às transformações das práticas profissionais, bem como em termos de processos e estrutura da organização, caso seja necessário.

A efetivação de uma cultura de segurança possibilita a aquisição direta de resultados na redução de eventos adversos e custos associados, alcançando também benefícios, nomeadamente o aumento da produtividade do serviço e a satisfação dos profissionais de saúde (Mohammadreza, Sogand & Omid, 2010). Através de uma cultura de segurança pode prover-se os serviços de soluções complexas e integradas, na medida em que envolve um número significativo de pessoas, fomentando-lhes perspectivas, metas e prioridades comuns, um meio capaz de oferecer respostas sustentadas (Vogus, Sutcliffe & Weick, 2010). Como tal, assume grande relevância a existência de uma cultura de segurança no Bloco

Operatório, que, por definição, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2004), “é uma unidade de prestação de cuidados de saúde onde, pela especificidade da natureza dos cuidados aí desenvolvidos, se concentram riscos de variada ordem, tornando a manutenção e segurança do ambiente cirúrgico em funções centrais desenvolvidas pelos enfermeiros em contexto peri-operatório”.

Os serviços no Bloco Operatório abarcam uma equipa multidisciplinar e o envolvimento de diferentes departamentos hospitalares. A Associação dos Enfermeiros das Salas das Operações Portuguesa (AESOP, 2006, p. 20) define Bloco Operatório como uma “unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida”.

No universo hospitalar, este serviço assume particular relevo uma vez 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 & Fragata 2006, p. 279), sendo que a sua “atividade gera um grande impacto na instituição de saúde pelo volume importante de interações com o resto do hospital” (p. 280). Importa referir que um Bloco Operatório, ainda na perspetiva dos mesmos autores, não faz sentido isoladamente, ou seja, jamais se pode pensar em Bloco Operatório sem que este esteja inserido num contexto hospitalar e numa política organizacional específica, sem os quais todo o seu funcionamento e objetivos não fariam sentido. Trata-se de um serviço que tem como missão prestar cuidados aos utentes o mais próximo possível da excelência que conta com 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 & Fragata 2006, p. 281). Tendo em conta este pressuposto e de acordo com os mesmos autores, é de extrema importância que a gestão da atividade cirúrgica constitua um objectivo estratégico do hospital, a quem compete proporcionar uma resposta adequada aos desafios da atualidade que consiste na dualidade qualidade/eficiência. “A viabilidade do modelo de gestão do Bloco Operatório torna necessária uma visão integrada de todo o sistema e a introdução de novas ferramentas de gestão na saúde que permitam a adaptação dos recursos às necessidades do cidadão” (Bilbao & Fragata 2006, p. 283).

O ambiente do Bloco Operatório, as distintas técnicas e os múltiplos dispositivos médicos usados acarretam riscos potenciais para os profissionais de saúde e para os doentes (AESOP, 2006).

O ambiente do Bloco Operatório é caracterizado por ter um ambiente de stress excessivo, “com ocorrências inesperadas (vertente diagnóstica, dificuldade técnica, impreparação, equipamento, falhas técnicas), de interface humano-equipamento muito variada e nem sempre ergonómico, com uma dinâmica de equipa com as suas disfunções usuais, com falhas da organização, falhas técnicas por avaria e claro tendente para o erro humano, onde é propenso a ocorrência de acidentes” (Fragata, 2010, p. 20). De acordo com o mesmo autor, os gestores das unidades hospitalares e os profissionais das áreas de saúde de alto risco, onde está incluído o serviço Bloco Operatório, devem perceber que os riscos ocupacionais ocorrem e que a melhor forma de minimizar os incidentes é através da prevenção dos mesmos. A prevenção dos riscos ocupacionais origina vantagens a todos os níveis, inclusive, ao nível da satisfação e da qualidade, promovendo um ambiente de trabalho saudável e seguro.

A qualidade é e será sempre um objetivo presente nos serviços de saúde e está intimamente relacionada com o risco e com os custos. A análise e a gestão eficaz dos riscos e os seus efeitos na saúde exigem uma colaboração multidisciplinar onde é fundamental a prevenção de perigos e riscos desnecessários, designadamente através de processos formativos, uniformização das atividades de equipa, do enfatizar da comunicação e da informatização de dados. Estas medidas sugerem custos que são inferiores aos custos possíveis causados por danos irreversíveis nos colaboradores, tais como a morbilidade, a dependência de outros e a não produtividade (Fragata, 2010).

Fernandes e Queirós (2011) salientam a importância da existência nas instituições hospitalares de um órgão de gestão de risco que implemente um programa de gestão de risco de modo efetivo, cujos objetivos sejam gerir a exposição ao risco, reconhecer os eventos que podem resultar em danos futuros severos e controlar os riscos e as suas consequências. Os mesmos autores destacam a standardização das equipas, a uniformização de procedimentos e a estratificação do risco, sendo imperativo educar e formar os colaboradores em práticas de segurança e implementar sistemas não punitivos de comunicação e fluxos de informação sobre as falhas e incidentes, valorizando positivamente esta informação para se operarem modificações positivas e construtivas e para que se possa medir e comparar os indicadores de performance e qualidade, pois, sem índices de risco exatos e corretos, não é possível saber diretamente quais os custos inerentes a estes. Os profissionais de saúde não se podem sentir constrangidos a divulgar incidentes que ocorram no seu dia-a-dia, fazendo com que os planos de gestão do risco não passem, muitas vezes, da teoria à prática.

Existem inúmeras falhas nos processos de notificação de incidentes o que requer a implementação de medidas que permitam apoiar as tomadas de decisão da gestão

hospitalar de forma a aumentar sobretudo a monitorização regular dos acidentes provocados por riscos hospitalares e proceder ao controlo de procedimentos, pois todas as organizações devem considerar como parte integrante no seu sistema de gestão a segurança e saúde no trabalho, uma vez que é este o órgão responsável pelo conjunto de ferramentas que potenciam a melhoria da eficiência da gestão dos riscos. Não se pode esperar que ocorram os acidentes, tem de se antecipar e investigar todas as circunstâncias e mudanças que possam comprometer a segurança dos doentes e dos próprios profissionais de saúde (Fragata, 2010; Fernandes & Queirós, 2011).

Na literatura são identificadas por Donabedian, Blumenthal, entre outros, várias dimensões da qualidade em saúde, como a efetividade, a eficiência, a acessibilidade, a segurança, a equidade e a adequabilidade (Martins, 2014). Para além destas dimensões, Eiras (2011, p. 23) defende a pertinência de se incluir a dimensão Atempada, com a definição “(...) apresentada no relatório do IOM “redução das esperas e atrasos, às vezes prejudiciais, tanto para os que recebem como para os que prestam cuidados de saúde”. Por sua vez, Campos, Saturno e Carneiro (2010, p. 22) consideram que o “Respeito é a forma como os profissionais de saúde correspondem aos direitos dos doentes de acordo com a sua identidade.”

A prestação de cuidados no Bloco Operatório é complexa interagindo vários intervenientes equipa multiprofissional que devem assumir a qualidade como um indicador de uma cultura de segurança, o que se constitui como uma prioridade. A prestação de cuidados de saúde de qualidade e a segurança do doente estão fortemente relacionadas, sendo esta última encarada como uma componente da qualidade em saúde, visando a diminuição dos danos desnecessários e preveníveis (Fragata, 2010). A questão da qualidade tem percorrido a história e é um conceito em constante evolução. Donabedian foi quem melhor definiu o conceito de qualidade, no final dos anos 60 do século XX, considerando que são admissíveis diferentes definições de qualidade, segundo o contexto, a natureza e o alcance das responsabilidades de quem a define (Peralta, 2012, p. 18). O conceito de qualidade em saúde, segundo a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, referenciada por Sousa (2006, p.310), é “o modo como os serviços de saúde, com o atual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejados”.

Tendo-se em consideração que a qualidade em saúde e a segurança do doente são uma díade que não se pode dissociar, é indispensável que “os processos de melhoria contínua da qualidade desenvolvidos pelas instituições prestadoras de cuidados de saúde contemplem a questão da cultura de segurança” (Garcia, 2015, p. 39). Por conseguinte, a mesma autora, suportada em Carneiro (2010, p. 39), menciona que a segurança do doente

ao nível da qualidade é uma “prioridade em todos os sistemas de saúde interessados na melhoria da qualidade dos cuidados prestados”.

Deste modo, para se evitar o erro, é imprescindível a existência de uma cultura de segurança, ou seja, “uma cultura de gestão do imprevisto, das oscilações, dos incidentes e das relações interpessoais e, onde a preocupação com o erro deve estar sempre presente decorrente da complexidade dos procedimentos clínicos” (Garcia, 2015, p 46). A monitorização dos procedimentos dos profissionais de saúde deve ser um cuidado da organização, adotando uma cultura de desculpabilização do erro, onde se fomente a “discussão dos eventos adversos e das queixas, dos erros, atuando sempre sobre o sistema e somente sobre a pessoa, se houver violação de regras ou de procedimentos” (Garcia, 2015, p. 46). Deste modo, a prevenção do erro assume-se como uma estratégia de gestão do risco, sendo possível a sua prevenção.

Faz-se referência ao estudo de Madeira (2013), cujo objetivo consistiu em analisar a cultura de segurança em blocos operatórios centrais de hospitais portugueses, pertencentes à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, com uma amostra de 183 enfermeiros pertencentes a oito hospitais da Região Sul. A autora constatou que existe uma cultura de punição do erro e uma grande falha em termos de *feedback* por parte dos líderes, e no envolvimento da gestão de topo para a segurança dos doentes, embora já ocorra, em muitos hospitais, a aprendizagem e a formação em serviço, tendo em conta a sua importância para a qualidade da prestação de cuidados. De acordo com a mesma autora, para que haja efetividade de uma cultura de segurança, são vários os fatores a ter em conta, nomeadamente: o trabalho em equipa, uma vez que, numa instituição de saúde, qualquer profissional não atua sozinho, inserindo-se numa equipa multidisciplinar. Por conseguinte, quanto melhor for a interação, a cooperação e a interajuda entre todos os profissionais que constituem a equipa, maior será a viabilidade de se corrigir o erro; a comunicação entre os profissionais de saúde é um fator de grande importância para a segurança do doente. Há que ter em consideração que os problemas de comunicação se assumem como uma das causas mais vulgares para a ocorrência de eventos adversos em saúde (Madeira, 2013, P. 20). Desta feita, a comunicação deve ser vista como uma competência interpessoal e não uma técnica, assumindo-se como um instrumento primordial no desenvolvimento de uma cultura de segurança; o *commitment* profissional que diz respeito à perceção do valor dos profissionais de saúde, bem como ao seu compromisso relativamente à organização. Madeira (2013, p. 20) refere ainda que “os profissionais que têm um grau elevado de *commitment* esforçam-se por prestar cuidados seguros aos doentes, contribuindo para o aumento da fiabilidade e da capacidade de resposta da organização e, assim, para a segurança e qualidade dos cuidados prestados”; o *feedback* também é um elemento fulcral,

uma ferramenta que serve para incentivar a transmissão de eventos adversos, permitindo aos profissionais de saúde que a organização os avalia e toma medidas quanto aos eventos adversos reportados, contribuindo para a segurança dos doentes (Madeira, 2013)

O estudo exploratório-descritivo de Rebelo (2013, pp. 66-111), cujo objetivo principal consistiu em identificar as práticas adotadas pelos enfermeiros acerca da segurança do doente no Bloco Operatório, demonstra que os participantes possuem um conhecimento formal adequado sobre esta problemática, tendo aludido a várias práticas relacionadas com a segurança do doente (segurança psicossocial, segurança física do doente, segurança biológica, segurança química e tóxica, segurança física ambiental, segurança cirúrgica). Todavia, relataram que não adotam algumas, como, por exemplo, a realização da visita pré-operatória de enfermagem e a utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica, reconhecendo a necessidade de as implementar. Ainda que os enfermeiros considerem que os cuidados que prestam são seguros, os mesmos revelam-se conscientes das fragilidades e lacunas existentes. Por conseguinte e procurando dar continuidade à promoção da melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados, os enfermeiros referiram que procuram arranjar soluções que lhes possibilitem transpor essas fragilidades e preceituam a adoção de medidas no sentido de colmatar as lacunas, o que implica a implementação de medida organizacionais (dotação segura de recursos humanos, prevenção da sobrecarga horária e laboral, adequação das pessoas ao cargo, formação adequada às necessidades e implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica), bem como de medidas individuais (evitar a delegação de funções, retomar a execução da visita pré-operatória de enfermagem, diminuir distrações, interrupções e ruído, verificar os indicadores de esterilização, verificar o consentimento informado e contar os itens no final da cirurgia).

Fragata (2010, p. 24) indica um conjunto de medidas multifatoriais aplicadas a vários níveis para a promoção da segurança do doente no bloco operatório, tais como: *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 retroativa – RCA (*Root Cause Analysis*); análise proactiva de trajetória de risco – HFMEA (*Health Failure and Effect Mode Analysis*).

Por conseguinte, assume toda a relevância o envolvimento e uma comunicação efetiva entre todos os membros da equipa cirúrgica ao longo de todo o processo, dado que, como sustenta a AESOP (2006, p.124), “não é possível uma prática segura sem disciplina, colaboração e sem o respeito pela interdependência do desempenho dos diversos profissionais”.

Pinheiro (2013) realizou um estudo onde procurou saber quais as percepções dos profissionais de saúde acerca do clima de segurança em bloco operatório, tendo como amostra 82 profissionais de saúde que ocupam funções no bloco operatório, divididos por 5 classes profissionais distintas: 18 cirurgiões, 43 enfermeiros, 11 anesthesiologistas, 6 Técnicos de Radiologia e 4 assistentes operacionais (4.88%), com idade compreendida entre os 20-69 anos, prevalecendo os profissionais do sexo feminino (n=44). Os seus resultados revelam que a comunicação com os diferentes grupos profissionais apresenta significância estatística para a comunicação com os cirurgiões ($p=0.000$), Anesthesiologistas ($p=0.03$) e técnicos de radiologia ($p=0.001$) (p.81). Constatou que, em relação às dimensões do clima de segurança no bloco operatório, segundo a percepção dos profissionais de saúde, as condições de trabalho é a dimensão com uma média mais elevada (3.78), sendo as percepções e noções dos órgãos de gestão a que tem a média mais baixa (2.88). O clima de equipa apresenta igualmente um valor elevado em relação às restantes dimensões, contudo, de acordo com Pinheiro (2013, p. 85), situa-se consideravelmente dentro da média (3.40). Relacionada ainda com esta dimensão, regista-se o clima de segurança com a segunda classificação mais baixa, correspondendo-lhe uma média de 3.11. Ainda de acordo com Pinheiro (2013, p. 107), no clima de equipa observou-se uma relação mais elevada com a percepção acerca dos órgãos de gestão ($r=0.581$) com alta significância ($p=0.00$), verificando-se o mesmo para o clima de segurança com uma relação forte ($r=0.678$) e alta significância (0.00). No que diz respeito ao reconhecimento da fadiga e stresse, o estudo não demonstrou existir relações válidas com outras dimensões. A percepção da gestão tem uma relação elevada com o clima de segurança ($r=0.678$) e com alta significância ($p=0.00$). As condições de trabalho manifestam uma relação moderada com o clima de equipa ($r=.503$) e com alta significância ($p=0.00$). Tendo em conta os seus resultados, Pinheiro (2013, p. 108) refere que as condições de trabalho e a satisfação profissional são satisfatórias, todavia, alerta para o facto de ser sugestiva a necessidade de melhoria do clima de segurança e do envolvimento da gestão de topo, partindo do pressuposto que a melhoria do clima de segurança se assume como um fator indispensável para o aumento da qualidade do serviço prestado no bloco operatório.

Pelo exposto e tendo-se em consideração que se exerce funções num bloco operatório, onde se é o elo de ligação com a Comissão da Gestão do Risco, estando diretamente ligado aos problemas inerentes à segurança do doente, assume relevância estudar a percepção que os profissionais de saúde do bloco operatório têm acerca da cultura de segurança, assumindo-se, assim, este como um estudo incontornável para a prática profissional.

1. MÉTODOS

A segunda parte deste relatório refere-se à investigação empírica que se inicia com as considerações metodológicas. Assim, neste capítulo, definem-se as estratégias para se estudar a percepção do clima de segurança pelos profissionais do bloco operatório. Deste modo, definem-se os procedimentos metodológicos que procurarão dar resposta às questões de investigação. Passa-se a descrever e a explicar o tipo de investigação, a amostragem realizada, os instrumentos de recolha de dados utilizados, os procedimentos efetuados, bem como o respetivo tratamento estatístico que permitirá chegar a conclusões acerca da problemática em estudo.

Partindo-se do pressuposto que a qualidade em saúde e a segurança do doente são um binómio indissociável, torna-se fundamental que os processos de melhoria contínua da qualidade desenvolvidos pelas instituições prestadoras de cuidados de saúde contemplem a questão da cultura de segurança. Neste âmbito, Carneiro (2010) refere que o papel da segurança do doente na área da qualidade constitui uma prioridade em todos os sistemas de saúde interessados na melhoria da qualidade dos cuidados prestados. “Para evitar o erro é necessário implementar uma cultura de segurança, isto é, uma cultura de gestão do imprevisto, das oscilações, dos incidentes e das relações interpessoais e, onde a preocupação com o erro deve estar sempre presente decorrente da complexidade dos procedimentos clínicos” (Garcia, 2015, p 46).

O Bloco Operatório revela uma elevada prevalência de incidentes, caracterizando-se por ser uma prática complexa, interdisciplinar, com grande dependência da atuação individual, onde a ergonomia e os fatores organizacionais assumem um papel basilar. Por tal, é imperioso que o clima de segurança seja analisado de forma a melhorar a segurança do doente (Pinheiro, 2013).

Também a Ordem dos Enfermeiros (2004, p. 1) refere que o “o Bloco Operatório é uma unidade de prestação de cuidados de saúde onde, pela especificidade da natureza dos cuidados aí desenvolvidos, se concentram riscos de variada ordem, tornando a manutenção e segurança do ambiente cirúrgico em funções centrais” realizadas pelos profissionais de saúde.

Na procura de apresentar contributos, designadamente, novo conhecimento sobre esta problemática, o desenvolvimento deste estudo será orientado para responder às seguintes questões:

- Que variáveis sociodemográficas interferem na percepção sobre o clima de segurança no bloco operatório?

- De que modo as variáveis socioprofissionais influenciam a percepção sobre o clima de segurança no bloco operatório?

Tendo por base estas inquietações, delineou-se um conjunto de objetivos que representam o que se pretende estudar para responder às questões de investigação:

- Identificar as variáveis sociodemográficas que interferem na percepção sobre o clima de segurança no bloco operatório;

- Determinar se as variáveis socioprofissionais influenciam a percepção sobre o clima de segurança no bloco operatório.

De modo a poder obter-se respostas às questões de investigação traçadas, optou-se por um tipo de investigação com as características dos estudos quantitativos e não experimentais em corte transversal, descritivos e correlacionais, uma vez que se pretende estudar o modo como as variáveis sociodemográficas e socioprofissionais se refletem na percepção sobre clima de segurança no bloco operatório.

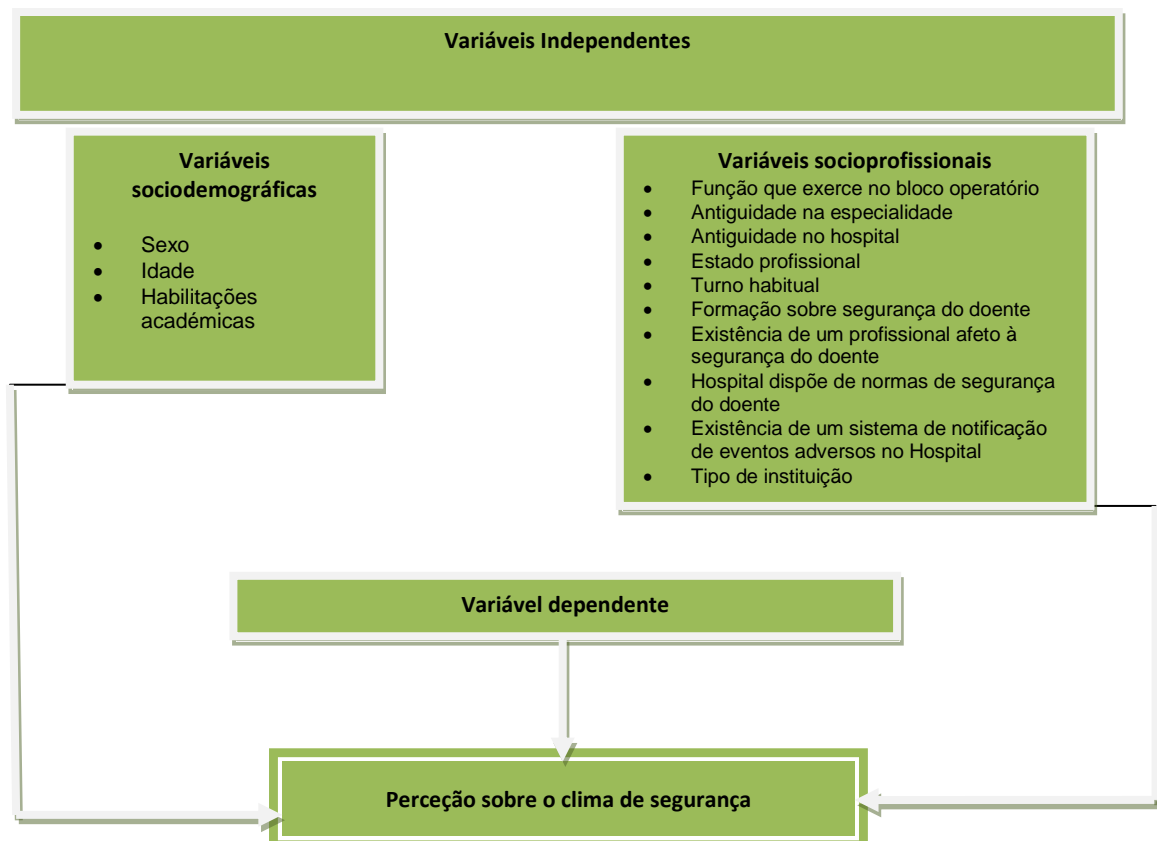
Com o intuito de se alcançarem os objetivos suprarreferidos, seguiu-se um estudo quantitativo, com corte transversal, com análise descritiva e correlacional. O recurso à metodologia quantitativa deve-se ao facto de os dados facultarem realidades objetivas quanto às variáveis em estudo, suscetíveis de serem conhecidas. Este tipo de estudo “visa analisar a incidência, distribuição e relações entre variáveis que são estudadas tal e qual existem, em contexto natural, sem manipulação, sendo quase sempre classificados em função desses três objetivos básicos: descrever, explicar ou ainda explorar” (Coutinho, 2014, p. 277).

Assumiu-se desenvolver um estudo descritivo uma vez que se pretende descobrir a incidência e a distribuição de determinados traços ou atributos de uma determinada população. O presente estudo pode ser caracterizado como tal, porquanto se pretende estudar a distribuição do traço (variável) numa amostra representativa dos diferentes grupos profissionais a exercerem num bloco operatório (Coutinho, 2014). É igualmente um estudo transversal, na medida em que os dados foram recolhidos num só momento no tempo numa amostra representativa de diferentes grupos profissionais a exercerem num bloco operatório, quer para descrever, quer para detetar possíveis relações entre as variáveis (Coutinho, 2014).

Decorrente do exposto e tendo-se em consideração as considerações metodológicas adotadas para este estudo, procedeu-se à elaboração de uma representação esquemática,

que procura dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis independentes (sociodemográficas e socioprofissionais) e a variável dependente (perceção sobre clima de segurança no bloco operatório).

Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas



1.1. Participantes

Os participantes neste estudo são 101 profissionais de saúde a exercerem no bloco operatório em dois Hospitais da Região Centro, um público e outro privado. Na seleção da amostra, optou-se por uma amostragem do tipo não probabilística por conveniência constituída pelos profissionais de diferentes grupos a exercerem no bloco operatório que voluntariamente manifestaram interesse em participar no estudo. Os dados sociodemográficos dos participantes apresentam-se seguidamente.

1.2.1. Caracterização sociodemográfica

Os resultados obtidos em relação à **idade** revelam, para a globalidade da amostra, uma idade mínima de 28 anos e uma máxima de 73 anos, ao que corresponde a uma média de idades de 46,50 anos ($\pm 11,457$ anos), com diferença estatisticamente significativa $p=0,053$). Para o sexo feminino, que representa 59,4% da totalidade da amostra, a idade mínima é 28 anos e a máxima de 73 anos, e para o sexo masculino, com uma representatividade de 40,6%, a mesma oscila entre 29 e os 71 anos. Os homens, em média ($M=48,71$ anos $\pm 11,159$ anos), são mais velhos do que as mulheres ($M=45,00$ anos $\pm 11,507$ anos). Os coeficientes de variação indicam uma dispersão moderada face às idades médias encontradas e os valores de assimetria e curtose curvas leptocurticas e enviesadas à esquerda para ambos os sexos e globalidade da amostra (cf. Tabela 1).

Tabela 1 - Estatísticas da idade em função do sexo

Sexo	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro	KS	P
Feminino	60	28	73	45,00	11,507	25,57	0,88	-1,40	0,112	0,060
Masculino	41	29	71	48,71	11,159	22,90	0,81	0,81	0,141	0,040
Total	101	28	73	46,50	11,457	24,63	1,06	-1,72	0,088	0,053

Ainda em relação à **idade**, como exposto na Tabela 2, verifica-se que, para a totalidade da amostra, sobressaem os participantes com idade superior aos 50 anos (36,6%), no sexo feminino, este grupo representa 33,3% e no masculino 41,5%. Seguem-se os participantes com menos idade (35,6%), fazendo parte deste grupo 41,7% do sexo feminino e 26,8% do sexo masculino. Os participantes com >40 anos e ≤ 50 anos representam 27,7% do total da amostra, com 25,0% do sexo feminino e 31,7% do sexo masculino.

Em relação às **habilitações literárias**, constata-se um predomínio de participantes licenciados (83,2%). Quando analisamos os resultados por sexo o maior destaque recai nos homens (87,8%). Verifica-se que 10,9% da amostra possui até ao 12.º ano de escolaridade, com 15,0% de mulheres e 4,9% de homens, estando em menor representatividade os participantes com o mestrado/doutoramento (5,9%) (cf. Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica em função do sexo

Variáveis	Sexo		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	1	2
	(60)	(59,4)	(41)	(40,6)	(101)	(100,0)				
Idade										
≤40 anos	25	41,7	11	26,8	36	35,6	1,5		-1,5	
>40 ≤50 anos	15	25,0	13	31,7	28	27,7	-7		,7	
>50 anos	20	33,3	17	41,5	37	36,6	-8		,8	
Habilitações literárias										
Até ao 12.º ano	9	15,0	2	4,9	11	10,9	1,6		-1,6	
Licenciatura	48	80,0	36	87,8	84	83,2	-1,0		1,0	
Mestrado/doutoramento	3	5,0	3	7,3	6	5,9	-5		,5	
Total	60	100,0	41	100,0	101	100,0				

Em síntese:

- amostra maioritariamente feminina (59,4%);
- sobressaem os participantes com idade superior aos 50 anos (36,6%), com uma idade mínima de 28 anos e uma máxima de 73 anos, ao que corresponde a uma média de idades de 46,50 anos ($\pm 11,457$ anos);
- predomínio de participantes licenciados (83,2%).

1.3. Instrumentos de recolha de dados

Recorreu-se à aplicação de um instrumento de recolha de dados, de resposta anónima, com o pressuposto de que o comportamento expresso é uma fonte explorável e fiável da realidade (cf. Anexo I). O mesmo foi respondido de forma direta pelos participantes. Este é constituído por 2 partes, constando da primeira parte a caracterização sociodemográfica e laboral e a segunda parte contém o Questionário de Atitudes de Segurança em Bloco Operatório de Nordén-Hägg, Sexton, Kälvemarm-Sporrong, Ring e Kettis-Lindblad (2010), adaptado para a população portuguesa por Pinheiro (2013).

I Parte – Caracterização sociodemográfica e laboral: constituída por 12 questões, a partir das quais se reúne informações acerca do género, idade, habilitações académicas, função que exerce no bloco operatório, tempo que exerce na especialidade, estado profissional, turno habitual, formação sobre segurança do doente, existência de um profissional afeto à segurança do doente, hospital dispõe de normas de segurança do doente e existência de um sistema de notificação de eventos adversos no hospital.

II Parte - Questionário de Atitudes de Segurança em Bloco Operatório de Nordén-Hägg, Sexton, Kälvemarm-Sporrong, Ring e Kettis-Lindblad (2010), adaptado para a população portuguesa por Pinheiro (2013): o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) - Questionário de Atitudes de Segurança (QAS) teve como modelo o Questionário *Flight Management Attitude Questionnaire* (FMAQ), que se trata de um instrumento de recolha de dados acerca dos fatores humanos usados para medir a cultura na aviação comercial. Este questionário foi desenvolvido por Sexton e colaboradores da Universidade do Texas em Austin, em 2010, tendo sido usado em mais de 500 hospitais nos Estados Unidos, Reino Unido e Nova Zelândia. O mesmo foi psicometricamente validado para uso em unidades de cuidados intensivos, bloco operatório, farmácia, serviços de ambulatório, salas de parto, e regime de internamento gerais (Pinheiro, 2013).

O Questionário de Atitudes de Segurança tem como foco o clima de segurança e solicita às equipas de saúde para descrevam as suas atitudes mediante seis domínios, com recurso a uma escala de tipo *Likert*. Foi adaptado para unidades de cuidados intensivos, internamento geral, cirurgia, serviços de emergências médica, ambulatório, cuidados primários e cuidados paliativos. Assume-se como um dos instrumentos de recolha de dados mais utilizados e rigorosamente validados para mensuração do clima de segurança na área da saúde (Pinheiro, 2013). De acordo com o mesmo autor, uma peculiaridade deste instrumento consiste na associação entre a maior pontuação e os resultados positivos para profissionais e doentes, contrastando com outros instrumentos, que apresentam menos viabilidade de ocorrer uma associação direta com os resultados dos doentes (Pinheiro, 2013).

O Questionário de Atitudes de Segurança avalia as perceções dos profissionais de saúde através de uma escala de *Likert* de seis fatores: clima de trabalho em equipa, satisfação no trabalho, perceção da gestão, o clima de segurança, condições de trabalho e reconhecimento do stresse. Contém questões relacionadas com a consciência e a compreensão da segurança em cirurgia, relato de eventos adversos quando estes são percebidos, a qualidade do trabalho em equipa e a comunicação entre cuidadores no BO. As opções de resposta para cada item variam de 1 (discordo fortemente) a 5 (concordo fortemente) com 6 (não sei/não se aplica). O Questionário de Atitudes de Segurança aborda 6 dimensões que compõem o Clima de Segurança (Nordén-Hägg et al., 2010):

- **Clima de Equipa:** refere-se à qualidade percebida de colaboração entre elementos (cf. Tabela 3):

Tabela 3 - Dimensão Clima de Equipa

Clima de Equipa
3. Indicações por parte das Enfermeiras sobre os cuidados com o doente são bem recebidas no B.O.
19. As tomadas de decisão no B.O. usam indicações de profissionais relevantes nesse domínio
20. Sou encorajado pelos colegas a reportar qualquer preocupação que tenha relacionado com a segurança dos doentes
24. Neste B.O. é difícil falar se me apercebo de um problema relacionado com o doente
30. Desacordos no B.O. são resolvidos apropriadamente (ex.: não quem está certo mas o que é melhor para o doente)
34. Tenho o apoio necessário de outros colegas para me preocupar com os doentes
35. É fácil para os profissionais no B.O. colocarem questões quando existe algo que não compreendem
37. Durante situações de emergência, consigo prever o que os outros profissionais vão realizar de seguida
38. O pessoal Médico e de Enfermagem trabalham em conjunto como uma equipa bem coordenada
39. Sou frequentemente incapaz de expressar a minha discordância com o cirurgião chefe/cirurgião assistente
41. A moral é elevada no B.O. desta instituição
43. Sei o primeiro e o último nome de toda a equipa com quem trabalhei no último turno
46. Todo o pessoal no B.O. assume responsabilidade pela segurança dos doentes
50. Assuntos importantes são bem comunicados nas mudanças de turno
55. Durante situações de emergência (ex. reanimações), a minha performance não é afetada por trabalhar com pessoal menos experiente ou menos capaz
57. O cirurgião chefe e o cirurgião assistente devem estar formalmente encarregues da equipa de B.O. durante os
58. Falhas de comunicação que levam a atrasos do início dos procedimentos cirúrgicos são frequentes

- **Clima de Segurança:** diz respeito às perceções de um empenho forte e proativo na segurança (cf. Tabela X).

Tabela 4 - Dimensão Clima de Segurança

Clima de Segurança
4. Sentir-me-ia seguro se fosse um doente aqui
5. Os Erros clínicos* são resolvidos apropriadamente neste hospital
7. Toda a informação necessária está disponível antes de iniciar a intervenção
10. A administração do hospital apoia os meus esforços diários
11. Recebo o feedback apropriado sobre o meu desempenho
12. É difícil discutir erros clínicos no B.O.
13. Os Briefings prévios às intervenções cirúrgicas com a equipa de B.O. são importantes para a segurança dos doentes
14. Os Briefings são frequentes no B.O.
21. A cultura no B.O. permite aprender rapidamente com os erros dos outros
27. Já vi cometerem-se erros com potencial de causar danos nos doentes
28. Sei quais são os canais apropriados para direccionar questões relacionadas com a segurança dos doentes no B.O.
32. Sou mais propenso a cometer erros em situações tensas ou hostis
36. Interrupções na continuidade de cuidados (ex. mudanças de turno, transferência de doentes) podem prejudicar a segurança do doente
44. Cometi erros com risco potencial de provocar dano nos doentes
45. O cirurgião chefe e o cirurgião assistente estão a realizar um bom trabalho
48. A segurança dos doentes é constantemente reforçada como prioridade no B.O.
51. Há adesão generalizada às normas de orientação e critérios baseados na evidência relativos à segurança dos doentes
54. Informação obtida através de relatórios de incidentes é usada para tornar os cuidados prestados mais seguros no B.O.
56. Os profissionais ignoram frequentemente as regras ou normas de orientação (ex. lavagem das mãos, protocolos de tratamento/percursos clínicos, zonas estéreis) que são estabelecidos no B.O.

- **Satisfação Profissional:** refere-se à positividade acerca do local de trabalho (cf. Tabela 5).

Tabela 5- Dimensão Satisfação Profissional

Satisfação Profissional
2. Gosto do meu trabalho
8. Trabalhar neste hospital é como fazer parte de um grande família
15. Este hospital é um bom local para trabalhar
29. Sinto orgulho em trabalhar neste hospital

- **Reconhecimento de Fadiga e Stresse:** concerne ao reconhecimento do quanto o desempenho pode ser afetado por fatores despoletadores de pressão e stresse (cf. Tabela 6).

Tabela 6 – Dimensão Reconhecimento de Fadiga e Stresse

Reconhecimento de Fadiga e Stresse
16. A fadiga interfere com a minha performance em situações de emergência
25. Quando a carga de trabalho se torna excessiva a minha performance é afetada
31. Sou menos eficiente quando estou fatigado
32. Sou mais propenso a cometer erros em situações tensas ou hostis
33. O stress relacionado com problemas pessoais afeta negativamente o meu desempenho
40. Os profissionais de saúde podem verdadeiramente ignorar os problemas pessoais quando estão a trabalhar
47. Sinto-me fatigado quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar outro dia de trabalho
49. Sinto burnout devido ao meu trabalho
52. Sinto-me frustrado pelo meu trabalho
53. Sinto que trabalho demasiado

- **Perceções e Noções dos Órgãos de Gestão:** diz respeito à aprovação e à colaboração dos órgãos de gestão (cf. Tabela 7).

Tabela 7- Dimensão Perceções e Noções dos Órgãos de Gestão

Perceções e Noções dos Órgãos de Gestão
9. A administração deste hospital está a fazer um bom trabalho
17. A administração do hospital não compromete conscientemente a segurança dos doentes
18. O pessoal no B.O. é suficiente para o número de doentes
22. Este hospital lida construtivamente com profissionais de saúde e funcionários problemáticos
26. Recebo atempadamente informação adequada sobre eventos no hospital que podem afetar o meu trabalho

- **Condições Gerais de Trabalho:** refere-se à qualidade percebida do ambiente de trabalho e apoio logístico (cf. Tabela 8).

Tabela 8 – Dimensão Condições Gerais de Trabalho

Condições Gerais de Trabalho
1. Este B.O. tem níveis de trabalho elevados
6. Este hospital faz um bom trabalho no treino de novo pessoal
23. O equipamento médico disponível no B.O. é adequado
42. Os Estagiários e internos, na minha especialidade são bem supervisionados

No que se refere à consistência interna do Questionário de Atitudes de Segurança, Pinheiro (2013) obteve um alfa de *Cronbach* geral de 0,885.

1.3.1. Estudo psicométrico para o presente estudo da Questionário de Atitudes de Segurança em Bloco Operatório de Nordén-Hägg et a. (2010), adaptado para a população portuguesa por Pinheiro (2013)

A análise dos resultados da consistência interna obtidos no presente estudo revela que, em relação ao alfa de Cronbach, por item, os mesmos podem ser classificados de bons, com valores mínimos e máximos a oscilar entre $\alpha=0,877$ e $\alpha=0,884$. Os coeficientes de correlação item total corrigido revelam que, na globalidade, se está perante correlações acima de 0,20 (valor de referência). Os valores médios e respetivos desvios padrão dos diferentes itens permitem afirmar que todos os se encontram bem centrados, registando-se o valor médio mais baixo ($M=1,69$) no item 44 “Cometi erros com risco potencial de provocar dano nos doentes”, sendo o valor médio mais elevado o do item 2 ($M=4,84$) “Gosto do meu trabalho”. Calculado o índice de fiabilidade para a globalidade da escala regista-se um $\alpha=0,882$, classificado de bom, o que se assume como inferior ao valor obtido no estudo da consistência e fiabilidade da escala original, que revela um $\alpha=0.885$, sugestivo de boa consistência.

Todos estes valores foram observáveis na Tabela 9, exposta de seguida.

Tabela 9 – Consistência interna dos itens do Questionário de Atitudes de Segurança em Bloco Operatório de Nordén-Hägg et a. (2010), adaptado para a população portuguesa por Pinheiro (2013)

Nº Item	Itens	Média	Dp	r ²	r/item total	α sem item
1	Este B.O. tem níveis de trabalho elevados	4,25	,932	,097	,620	,883
2	Gosto do meu trabalho	4,84	,418	,198	,638	,882
3	Indicações por parte das Enfermeiras sobre os cuidados com o doente são bem recebidas no B.O.	4,26	1,092	,236	,760	,881
4	Sentir-me-ia seguro se fosse um doente aqui	4,38	,760	,340	,705	,881
5	Os Erros clínicos* são resolvidos apropriadamente neste hospital	3,48	1,616	,447	,763	,878
6	Este hospital faz um bom trabalho no treino de novo pessoal	3,38	1,295	,364	,714	,880
7	Toda a informação necessária está disponível antes de iniciar a intervenção	3,87	1,180	,486	,767	,878
8	Trabalhar neste hospital é como fazer parte de um grande família	3,92	,880	,305	,879	,881
9	A administração deste hospital está a fazer um bom trabalho	3,63	1,129	,425	,885	,879
10	A administração do hospital apoia os meus esforços diários	3,47	1,254	,439	,927	,879
11	Recebo o feedback apropriado sobre o meu desempenho	3,20	1,257	,303	,832	,881
12	É difícil discutir erros clínicos no B.O.	2,62	1,434	,202	,721	,882
13	Os Briefings prévios às intervenções cirúrgicas com a equipa de B.O. são importantes para a segurança dos doentes	4,43	1,228	,236	,613	,881
14	Os Briefings são frequentes no B.O.	2,92	1,689	,596	,798	,876
15	Este hospital é um bom local para trabalhar	4,19	,935	,289	,805	,881
16	A fadiga interfere com a minha performance em situações de emergência	3,88	1,291	,148	,709	,883
17	A administração do hospital não compromete conscientemente a segurança dos doentes	3,42	1,458	,267	,672	,881
18	O pessoal no B.O. é suficiente para o número de doentes	3,09	1,436	,384	,708	,879
19	As tomadas de decisão no B.O. usam indicações de profissionais relevantes nesse domínio	3,27	1,599	,512	,820	,877
20	Sou encorajado pelos colegas a reportar qualquer preocupação que tenha relacionado com a segurança dos doentes	3,83	1,393	,536	,849	,877
21	A cultura no B.O. permite aprender rapidamente com os erros dos outros	3,77	1,341	,545	,712	,877
22	Este hospital lida construtivamente com profissionais de saúde e funcionários problemáticos	3,04	1,496	,431	,771	,879
23	O equipamento médico disponível no B.O. é adequado	3,93	1,142	,440	,773	,879
24	Neste B.O. é difícil falar se me apercebo de um problema relacionado com o doente	2,19	1,255	,291	,673	,881
25	Quando a carga de trabalho se torna excessiva a minha performance é afetada	3,96	1,157	,249	,801	,881
26	Recebo atempadamente informação adequada sobre eventos no hospital que podem afetar o meu trabalho	3,24	1,328	,546	,800	,877
27	Já vi cometerem-se erros com potencial de causar danos nos doentes	2,46	1,507	,303	,686	,881
28	Sei quais são os canais apropriados para direcionar questões relacionadas com a segurança dos doentes no B.O.	3,52	1,540	,508	,717	,878
29	Sinto orgulho em trabalhar neste hospital	4,23	,968	,317	,782	,881
30	Desacordos no B.O. são resolvidos apropriadamente (ex.: não quem está certo mas o que é melhor para o doente)	3,68	1,392	,459	,753	,878
31	Sou menos eficiente quando estou fatigado	4,09	1,040	,122	,825	,883
32	Sou mais propenso a cometer erros em situações tensas ou hostis	3,77	1,182	,206	,798	,882
33	O stress relacionado com problemas pessoais afeta negativamente o meu desempenho	2,96	1,378	,206	,674	,882
34	Tenho o apoio necessário de outros colegas para me preocupar com os doentes	3,87	1,332	,494	,823	,878
35	É fácil para os profissionais no B.O. colocarem questões quando existe algo que não compreendem	4,02	1,122	,466	,787	,879
36	Interrupções na continuidade de cuidados (ex. mudanças de turno, transferência de doentes) podem prejudicar a segurança do doente	3,41	1,423	,177	,645	,882
37	Durante situações de emergência, consigo prever o que os outros profissionais vão realizar de seguida	3,38	1,489	,440	,793	,879
38	O pessoal Médico e de Enfermagem trabalham em conjunto como uma equipa bem coordenada	4,12	1,042	,087	,843	,883
39	Sou frequentemente incapaz de expressar a minha discordância com o cirurgião chefe/cirurgião assistente	2,17	1,530	,303	,732	,881
40	Os profissionais de saúde podem verdadeiramente ignorar os problemas pessoais quando estão a trabalhar	3,16	1,271	-,069	,679	,885
41	A moral é elevada no B.O. desta instituição	3,58	1,314	,477	,800	,878
42	Os Estagiários e internos, na minha especialidade são bem supervisionados	2,55	1,830	,367	,733	,880

43	Sei o primeiro e o último nome de toda a equipa com quem trabalhei no último turno	3,79	1,570	,291	,792	,881
44	Cometi erros com risco potencial de provocar dano nos doentes	1,69	1,189	,179	,755	,882
45	O cirurgião chefe e o cirurgião assistente estão a realizar um bom trabalho	3,46	1,729	,358	,734	,880
46	Todo o pessoal no B.O. assume responsabilidade pela segurança dos doentes	4,30	1,005	,412	,860	,880
47	Sinto-me fatigado quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar outro dia de trabalho	2,21	1,259	,121	,693	,883
48	A segurança dos doentes é constantemente reforçada como prioridade no B.O.	4,21	1,023	,435	,900	,879
49	Sinto burnout devido ao meu trabalho	2,29	1,299	,181	,629	,882
50	Assuntos importantes são bem comunicados nas mudanças de turno	3,11	1,685	,404	,777	,879
51	Há adesão generalizada às normas de orientação e critérios baseados na evidência relativos à segurança dos doentes	3,54	1,432	,482	,848	,878
52	Sinto-me frustrado pelo meu trabalho	1,79	1,134	,110	,718	,883
53	Sinto que trabalho demasiado	2,96	1,414	,080	,676	,884
54	Informação obtida através de relatórios de incidentes é usada para tornar os cuidados prestados mais seguros no B.O.	3,22	1,798	,512	,734	,877
55	Durante situações de emergência (ex. reanimações), a minha performance não é afetada por trabalhar com pessoal menos experiente ou menos capaz	2,57	1,705	,301	,662	,881
56	Os profissionais ignoram frequentemente as regras ou normas de orientação (ex. lavagem das mãos, protocolos de tratamento/percursos clínicos, zonas estéreis) que são estabelecidos no B.O.	2,31	1,325	-,029	,697	,885
57	O cirurgião chefe e o cirurgião assistente devem estar formalmente encarregues da equipa de B.O. durante os procedimentos cirúrgicos	3,48	1,507	,262	,645	,881
58	Falhas de comunicação que levam a atrasos do início dos procedimentos cirúrgicos são frequentes	3,14	1,371	,069	,777	,884
Coefficiente alpha Cronbach global						0,882

Analisando-se o **Fator 1 – Clima de equipa**, pelos valores médios, o item mais favorável é o 3 “Indicações por parte das Enfermeiras sobre os cuidados com o doente são bem recebidas no B.O.” e o menos favorável o item 39 “Sou frequentemente incapaz de expressar a minha discordância com o cirurgião chefe/cirurgião assistente”. Os coeficientes de alpha de Cronbach obtidos nos dez itens que oscilaram entre $\alpha=0,722$ no item 34 “Tenho o apoio necessário de outros colegas para me preocupar com os doentes” e $\alpha=0,765$ no item 58 “Falhas de comunicação que levam a atrasos do início dos procedimentos cirúrgicos são frequentes”, indicam-nos uma razoável consistência interna, com um alfa total de 0,752. O maior valor de correlação situa-se no item 34 ($r=0,560$) com uma variabilidade de 53,9% e o que apresenta menor correlação é o item 58 ($r=0,038$) com uma percentagem de variância explicada de 31,0%.

Reportando-nos ao **Fator 2 – Clima de segurança**, o item com melhor índice médio é o 13 “Os Briefings prévios às intervenções cirúrgicas com a equipa de B.O. são importantes para a segurança dos doentes” e o de menor média é o item 44 “Cometi erros com risco potencial de provocar dano nos doentes”. Os valores correlacionais oscilam entre $r=0,161$ no item 32 a que corresponde uma variabilidade de 26,0% e $r=0,572$ no item 14 com uma variabilidade de 52,0%. Os coeficientes alpha de Cronbach obtidos nos itens do fator oscilaram entre $\alpha=0,722$ no item 21 “A cultura no B.O. permite aprender rapidamente com os erros dos outros” e $\alpha=0,768$ no item 56 “Os profissionais ignoram frequentemente as

regras ou normas de orientação (ex. lavagem das mãos, protocolos de tratamento/percursos clínicos, zonas estéreis) que são estabelecidos no B.O.”, indicando uma razoável consistência interna, sendo que o alfa global foi de 0,751, classificado de razoável.

Em relação ao **Fator 3 – Satisfação profissional**, infere-se, pelos valores médios, que a maior média se situa no item 2 (“Gosto do meu trabalho”) com 4,84 e a menor no item 8 com 3,92 (“Trabalhar neste hospital é como fazer parte de um grande família”). Quanto aos valores da correlação, o mais elevado é de $r=0,589$ no item 29 e o menor de $r=-0,121$ no item 2, com uma variabilidade de 37,7% e 0,2%, respetivamente. Os coeficientes de alpha de Cronbach neste fator variam entre $\alpha=0,524$ no item 8 “Trabalhar neste hospital é como fazer parte de um grande família” e $\alpha=0,734$ no item 2 “Gosto do meu trabalho”, podendo considerar-se que existe uma razoável consistência interna, pois o coeficiente de alpha global é de $\alpha=0,660$.

Ao analisar-se o **Fator 4 – Reconhecimento de fadiga e stresse**, pelos valores médios, constata-se que o item mais favorável é o 31 “Sou menos eficiente quando estou fatigado” e o menos favorável o item 52 “Sinto-me frustrado pelo meu trabalho”. Os coeficientes de alpha de Cronbach obtidos nos dez itens que oscilaram entre $\alpha=0,631$ no item 25 “Quando a carga de trabalho se torna excessiva a minha performance é afetada” e $\alpha=0,737$ no item 40 “Os profissionais de saúde podem verdadeiramente ignorar os problemas pessoais quando estão a trabalhar”, sugerindo uma razoável consistência interna, com um alfa total de 0,685. O maior valor de correlação situa-se no item 32 ($r=0,463$) com uma variabilidade de 56,7% e o que apresenta menor correlação é o item 40 ($r=-0,090$) com uma percentagem de variância explicada de 0,3%.

Em relação ao **Fator 5 – Perceções e noções dos órgãos de gestão**, constata-se, pelos valores médios, que a maior média se situa no item 9 (“A administração deste hospital está a fazer um bom trabalho”) com 3,63 e a menor no item 22 com 3,04 (“Este hospital lida construtivamente com profissionais de saúde e funcionários problemáticos”). Quanto aos valores da correlação, o mais elevado é de $r=0,464$ no item 26 e o menor de $r=-0,320$ no item 17, com uma variabilidade de 23,5% e 15,8%, respetivamente. Os coeficientes de alpha de Cronbach neste fator variam entre $\alpha=0,520$ no item 26 “Recebo atempadamente informação adequada sobre eventos no hospital que podem afetar o meu trabalho” e $\alpha=0,594$ no item 17 “A administração do hospital não compromete conscientemente a segurança dos doentes”, podendo considerar-se que existe uma razoável consistência interna, pois o coeficiente de alpha global é de $\alpha=0,620$.

Por último, e referente ao **Fator 6 – Condições gerais de trabalho**, o item com melhor índice médio é o 1 (“Este B.O. tem níveis de trabalho elevados”) e o menor o item 42

(“Os Estagiários e internos, na minha especialidade são bem supervisionados”). Os valores da correlação item total apresentam valores considerados normais e os coeficientes de alpha de Cronbach obtidos nos quatro itens deste fator oscilam entre o medíocre e o razoável ao situarem-se nos $\alpha=0,299$ no item 6 “Este hospital faz um bom trabalho no treino de novo pessoal” e $\alpha=0,509$ no item 42 “Os Estagiários e internos, na minha especialidade são bem supervisionados”, com um alfa global de $\alpha=0,504$, classificado de razoável (cf. Tabela 10).

Tabela 10- Consistência Interna dos itens por subescala do Questionário de Atitudes de Segurança em Bloco Operatório de Nordén-Hägg et a. (2010), adaptado para a população portuguesa por Pinheiro (2013)

	Média	Dp	r ²	r/item total	α sem item
Fator 1 – Clima de equipa				Alpha global 0,752	
3. Indicações por parte das Enfermeiras sobre os cuidados com o doente são bem recebidas no B.O.	4,26	1,092	,103	,205	,757
19. As tomadas de decisão no B.O. usam indicações de profissionais relevantes nesse domínio	3,27	1,599	,508	,435	,724
20. Sou encorajado pelos colegas a reportar qualquer preocupação que tenha relacionado com a segurança dos doentes	3,83	1,393	,403	,392	,735
24. Neste B.O. é difícil falar se me apercebo de um problema relacionado com o doente	2,19	1,255	,206	,243	,751
30. Desacordos no B.O. são resolvidos apropriadamente (ex.: não quem está certo mas o que é melhor para o doente)	3,68	1,392	,455	,404	,731
34. Tenho o apoio necessário de outros colegas para me preocupar com os doentes	3,87	1,332	,560	,539	,722
35. É fácil para os profissionais no B.O. colocarem questões quando existe algo que não compreendem	4,02	1,122	,455	,477	,733
37. Durante situações de emergência, consigo prever o que os outros profissionais vão realizar de seguida	3,38	1,489	,518	,511	,724
38. O pessoal Médico e de Enfermagem trabalham em conjunto como uma equipa bem coordenada	4,12	1,042	,104	,466	,756
39. Sou frequentemente incapaz de expressar a minha discordância com o cirurgião chefe/cirurgião assistente	2,17	1,530	,282	,387	,746
41. A moral é elevada no B.O. desta instituição	3,58	1,314	,475	,529	,729
43. Sei o primeiro e o último nome de toda a equipa com quem trabalhei no último turno	3,79	1,570	,392	,484	,736
46. Todo o pessoal no B.O. assume responsabilidade pela segurança dos doentes	4,30	1,005	,373	,399	,740
50. Assuntos importantes são bem comunicados nas mudanças de turno	3,11	1,685	,324	,309	,743
55. Durante situações de emergência (ex. reanimações), a minha performance não é afetada por trabalhar com pessoal menos experiente ou menos capaz	2,57	1,705	,262	,359	,749
57. O cirurgião chefe e o cirurgião assistente devem estar formalmente encarregues da equipa de B.O. durante os procedimentos cirúrgicos	3,48	1,507	,281	,375	,746
58. Falhas de comunicação que levam a atrasos do início dos procedimentos cirúrgicos são frequentes	3,14	1,371	,038	,310	,765
Fator 2 – Clima de segurança				Alpha global 0,751	
4. Sentir-me-ia seguro se fosse um doente aqui	4,38	,760	,256	,373	,746
5. Os Erros clínicos* são resolvidos apropriadamente neste hospital	3,48	1,616	,368	,345	,736
7. Toda a informação necessária está disponível antes de iniciar a intervenção	3,87	1,180	,393	,367	,736
10. A administração do hospital apoia os meus esforços diários	3,47	1,254	,324	,591	,740
11. Recebo o feedback apropriado sobre o meu desempenho	3,20	1,257	,250	,583	,745
12. É difícil discutir erros clínicos no B.O.	2,62	1,434	,204	,279	,750
13. Os Briefings prévios às intervenções cirúrgicas com a equipa de B.O. são importantes para a segurança dos doentes	4,43	1,228	,227	,326	,747
14. Os Briefings são frequentes no B.O.	2,92	1,689	,572	,520	,716
21. A cultura no B.O. permite aprender rapidamente com os erros dos outros	3,77	1,341	,551	,393	,722
27. Já vi cometerem-se erros com potencial de causar danos nos doentes	2,46	1,507	,306	,388	,742
28. Sei quais são os canais apropriados para direcionar questões relacionadas com a segurança dos doentes no B.O.	3,52	1,540	,489	,494	,725
32. Sou mais propenso a cometer erros em situações tensas ou hostis	3,77	1,182	,161	,260	,751
36. Interrupções na continuidade de cuidados (ex. mudanças de turno, transferência de doentes) podem prejudicar a segurança do doente	3,41	1,423	,168	,242	,752
44. Cometi erros com risco potencial de provocar dano nos doentes	1,69	1,189	,177	,438	,750
45. O cirurgião chefe e o cirurgião assistente estão a realizar um bom trabalho	3,46	1,729	,330	,327	,740

48. A segurança dos doentes é constantemente reforçada como prioridade no B.O.	4,21	1,023	,320	,536	,741
51. Há adesão generalizada às normas de orientação e critérios baseados na evidência relativos à segurança dos doentes	3,54	1,432	,527	,467	,723
54. Informação obtida através de relatórios de incidentes é usada para tornar os cuidados prestados mais seguros no B.O.	3,22	1,798	,471	,430	,726
56. Os profissionais ignoram frequentemente as regras ou normas de orientação (ex. lavagem das mãos, protocolos de tratamento/percursos clínicos, zonas estéreis) que são estabelecidos no B.O.	2,31	1,325	-,069	,329	,768
Fator 3 – Satisfação profissional				Alpha global 0,660	
2. Gosto do meu trabalho	4,84	,418	,121	,025	,734
8. Trabalhar neste hospital é como fazer parte de um grande família	3,92	,880	,534	,294	,524
15. Este hospital é um bom local para trabalhar	4,19	,935	,528	,305	,528
29. Sinto orgulho em trabalhar neste hospital	4,23	,968	,589	,377	,475
Fator 4 – Reconhecimento de fadiga e stresse				Alpha global 0,685	
16. A fadiga interfere com a minha performance em situações de emergência	3,88	1,291	,363	,348	,659
25. Quando a carga de trabalho se torna excessiva a minha performance é afetada	3,96	1,157	,523	,434	,631
31. Sou menos eficiente quando estou fatigado	4,09	1,040	,345	,492	,663
32. Sou mais propenso a cometer erros em situações tensas ou hostis	3,77	1,182	,463	,567	,641
33. O stress relacionado com problemas pessoais afeta negativamente o meu desempenho	2,96	1,378	,344	,352	,663
40. Os profissionais de saúde podem verdadeiramente ignorar os problemas pessoais quando estão a trabalhar	3,16	1,271	-,090	,073	,737
47. Sinto-me fatigado quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar outro dia de trabalho	2,21	1,259	,419	,408	,648
49. Sinto burnout devido ao meu trabalho	2,29	1,299	,389	,350	,654
52. Sinto-me frustrado pelo meu trabalho	1,79	1,134	,387	,308	,655
53. Sinto que trabalho demasiado	2,96	1,414	,385	,387	,654
Fator 5 - Perceções e noções dos órgãos de gestão				Alpha global 0,620	
9. A administração deste hospital está a fazer um bom trabalho	3,63	1,129	,393	,180	,562
17. A administração do hospital não compromete conscientemente a segurança dos doentes	3,42	1,458	,320	,158	,594
18. O pessoal no B.O. é suficiente para o número de doentes	3,09	1,436	,386	,177	,559
22. Este hospital lida construtivamente com profissionais de saúde e funcionários problemáticos	3,04	1,496	,327	,155	,592
26. Recebo atempadamente informação adequada sobre eventos no hospital que podem afetar o meu trabalho	3,24	1,328	,464	,235	,520
Fator 6 – Condições gerais de trabalho				Alpha global 0,504	
1. Este B.O. tem níveis de trabalho elevados	4,25	,932	,244	,111	,481
6. Este hospital faz um bom trabalho no treino de novo pessoal	3,38	1,295	,441	,201	,299
23. O equipamento médico disponível no B.O. é adequado	3,93	1,142	,298	,106	,436
42. Os Estagiários e internos, na minha especialidade são bem supervisionados	2,55	1,830	,271	,111	,509

A matriz de correlação de Pearson entre os diversos fatores da escala revela, na globalidade, valores positivos e significativamente correlacionados, à exceção da correlação entre o reconhecimento de fadiga e stresse vs. satisfação profissional vs. condições de trabalho, onde as correlações são negativas. Perante estes resultados, apura-se que o aumento ou diminuição dos índices das atitudes face à segurança do bloco operatório num dos fatores se encontra associado a aumentos ou diminuições nos índices de atitudes face à segurança do bloco operatório nos restantes fatores (cf. Tabela 11).

Tabela 11 - Matriz de Correlação de Pearson entre os fatores do Questionário de Atitudes de Segurança em Bloco Operatório de Nordén-Hägg et a. (2010), adaptado para a população portuguesa por Pinheiro (2013)

Fatores	Clima de equipa	Clima de segurança	Satisfação profissional	Reconhecimento de fadiga e stresse	Perceções e noções dos órgãos de gestão	Condições gerais de trabalho
Clima de equipa	-	,793**	,366**	,056	,601**	,529**
Clima de segurança	,793**	-	,353**	,299**	,582**	,484**
Satisfação profissional	,366**	,353**	-	-,147	,516**	,279**
Reconhecimento de fadiga e stresse	,056	,299**	-,147	-	,116	-,106
Perceções e noções dos órgãos de gestão	,601**	,582**	,516**	,116	-	,342**
Condições gerais de trabalho	,529**	,484**	,279**	-,106	,342**	-

1.4. Procedimentos éticos e administrativos

Procurou-se seguir as normas de conduta próprias inerentes a um trabalho de investigação, o que implicou a providência de determinadas diligências preliminares, com a finalidade de proteger o direito e a liberdade dos participantes.

Por conseguinte, o primeiro passo consistiu no pedido de autorização ao autor da escala para a utilização da mesma (cf. Anexo II). Seguiu-se, posteriormente, o contacto com a Direção dos Hospitais, solicitando autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados (cf. Anexo III).

Importa ainda referir que, ao longo da investigação, se salvaguardaram os direitos dos participantes e os princípios éticos, através das diretrizes do questionário, que contemplam: o tema e o objetivo da investigação, pedido de colaboração para o preenchimento e referência à necessidade de resposta a todas as questões, para que este não fosse eliminado, garantia de anonimato e confidencialidade das respostas,

disponibilização dos resultados, agradecimento da colaboração e disponibilidade dispensadas.

1.5. Análise de dados

Para a análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva e à estatística analítica ou inferencial. A estatística descritiva possibilitou determinar as frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central, nomeadamente as médias e as medidas dispersão, como a amplitude de variação, o coeficiente de variação e o desvio padrão, bem como as medidas de forma, como a assimetria, achatamento e medidas de associação como o coeficiente de correlação de Pearson.

Para interpretar o coeficiente de variação utilizam-se os seguintes valores de referência (Pestana & Gageiro, 2014):

Coeficiente de variação	Classificação do Grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

O coeficiente de correlação de Pearson consiste numa medida de associação linear usada para o estudo de variáveis quantitativas. A correlação indica que as variáveis não estão indissolúvelmente ligados, mas que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Oscila entre menos um e mais um e quanto mais próximo destes valores maior a força de correlação. Por convenção, os valores de r devem ser interpretados do seguinte modo (Pestana & Gageiro, 2014):

- $r < 0.2$ – associação muito baixa
- $0.2 \leq r \leq 0.39$ – associação baixa
- $0.4 \leq r \leq 0.69$ – associação moderada
- $0.7 \leq r \leq 0.89$ – associação alta
- $0.9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta

Em termos de estatística inferencial, recorreu-se a testes paramétricos e não paramétricos, mormente:

- Testes t de Student ou teste de U Mann Whitney usados para amostras

independentes, ou seja, permitem fazer a comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respectivas variâncias populacionais;

- Análise de Teste de Kruskal Wallis usado para a comparação de médias de uma variável quantitativa em três ou mais grupos de sujeitos diferentes.

Teste de qui quadrado (X^2) – é um teste não paramétrico que se destina a encontrar um valor da dispersão para duas variáveis nominais, avaliando a associação existente entre variáveis qualitativas. Quando se encontram significâncias estatísticas recorreu-se aos resíduos ajustados. O uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de X^2 , como indicam Pestana & Gajero (2014), pois os resíduos ajustados na forma estandardizada informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis. Os mesmos autores consideram como valores de referência 2.0 (positivo).

De modo a interpretar-se os resíduos ajustados necessita-se de um número mínimo de oito elementos, quer no total da linha, quer na coluna.

Na análise estatística, foram utilizados os seguintes níveis de significância:

- $p < 0.05$ * - diferença estatística significativa
- $p < 0.01$ ** - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001$ *** - diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0.05$ n.s. – diferença estatística não significativa

A apresentação dos resultados processa-se através de tabelas e figuras nos quais foi omitida a fonte por se tratar dum estudo transversal

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 24.0 (2016) para Windows.

No capítulo seguinte faz-se apresentação dos resultados obtidos, iniciando-se com a análise descritiva e, posteriormente, a análise inferencial.

2. RESULTADOS

No presente capítulo, procede-se à apresentação dos resultados da estatística descritiva, seguindo-se os dados referentes à estatística inferencial, objetivando responder às questões de investigação e dar resposta aos objetivos inicialmente delineados.

2.1. Caracterização socioprofissional dos profissionais de saúde

Constata-se maior representatividade dos enfermeiros (48,5%), sendo 66,7% do sexo feminino e 22,0% do sexo masculino, seguindo-se os médicos (35,6%), onde se incluem 11,7% das mulheres e 70,7% dos homens, estando em menor percentagem outros técnicos (15,8%), onde se destacam as mulheres (21,7%). Os resultados revelam a existência de diferenças estatisticamente significativas ($X^2=37,043$; $p=0,000$), indicando os valores residuais que essas diferenças se encontram entre os médicos do sexo masculino, os enfermeiros do sexo feminino e outros técnicos também do sexo feminino (cf. Tabela 12).

Verifica-se que sobressaem os profissionais de saúde com mais tempo de exercício profissional na especialidade (39,6%), onde se incluem 35,0% das mulheres e 46,3% dos homens, seguindo-se os profissionais com menos tempo de serviço na especialidade (33,7%), dos quais 40,0% são mulheres e 24,4% homens. Apura-se ainda que 26,7% dos participantes exercem na especialidade há >10 anos <20 anos (mulheres 25,0% vs. homens 29,3%), mas sem diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 12).

Já em relação ao tempo de serviço no atual hospital, verifica-se que a maioria (46,5%) está afeto ao atual hospital há menos anos (≤ 10 anos), sendo 43,3% mulheres e 51,2% homens, seguindo-se os 34,7% de profissionais que exercem no atual hospital há mais tempo, correspondendo a 35,0% das mulheres e 34,1% dos homens. Apenas 18,8% dos participantes exercem num período de >10 anos <20 anos. As diferenças encontradas não têm significância estatística (cf. Tabela 12).

Analisando-se com base no estatuto profissional, constata-se que a maioria dos profissionais (54,5%) tem estatuto de tempo integral, com destaque para as mulheres (68,3%), estando também em significativa percentagem os profissionais prestadores externos (41,6%), onde a maioria são do sexo masculino (61,0%) (cf. Tabela 12).

Uma análise do turno habitual, tendo em conta o sexo, revela que a grande maioria dos profissionais de saúde (69,3%) têm um turno variável, dos quais 68,3% são mulheres e 70,7% homens. Importa também referir que 11,9% dos participantes têm como turno habitual o dia, onde se destacam as mulheres (13,3%) (cf. Tabela 12).

Os profissionais de saúde foram questionados sobre o facto de já terem frequentado formação sobre segurança do doente, verificando-se que mais de metade (71,3%) referiram que sim, constando deste grupo 80,0% das mulheres e 58,5% dos homens, enquanto 28,7% dos profissionais referem que não frequentaram formações sobre a segurança do doente, onde se destacam os homens (41,5%), resultando em diferença estatisticamente significativa ($X^2=5,482$; $p=0,019$), que se situa entre as mulheres que tiveram formação na área e os homens que admitem não ter tido formação (cf. Tabela 12).

Foi perguntado aos profissionais de saúde se no seu hospital existe algum profissional afeto à segurança do doente, do que se apura que mais de metade da amostra (84,2%) admite que sim (mulheres 86,7% vs. homens 80,5%), enquanto 15,8% referem a não existência desse profissional. No entanto, as diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas (cf. Tabela 12).

No que diz respeito à existência no hospital de normas de segurança do doente, constata-se que quase a totalidade da amostra (92,1%) admite que sim (mulheres 95,0% vs. homens 97,8%), contrariamente a 7,9% dos participantes que referem que o seu hospital não possui normas de segurança do doente (cf. Tabela 12).

Procurou-se saber se no hospital onde os participantes exercem funções existe um sistema de notificação de eventos adversos, constatando-se que a esmagadora maioria dos participantes admite que sim (91,1%) (mulheres 95,0% vs. homens 85,4%), enquanto 8,9% dos profissionais de saúde não confirmam a existência de um sistema de notificação de eventos adversos, com percentagem mais elevada dos homens (14,6%) (cf. Tabela 12).

Tabela 12 – Caracterização socioprofissional em função do sexo

Variáveis	Sexo		Masculino		Total		Residuais		X ²	p
	nº	%	nº	%	nº	%	1	2		
	(60)	(59,4)	(41)	(40,6)	(101)	(100,0)				
Função que exerce no BO										
Médico	7	11,7	29	70,7	36	35,6	-6,1	6,1	37,043	0,000
Enfermeiro	40	66,7	9	22,0	49	48,5	4,4	-4,4		
Outros técnicos	13	21,7	3	7,3	16	15,8	1,9	-1,9		
Tempo de exercício profissional na especialidade										
≤10 anos	24	40,0	10	24,4	34	33,7	1,6	-1,6	2,720	0,257
>10 anos <20 anos	15	25,0	12	29,3	27	26,7	-,5	,5		
≥20 anos	21	35,0	19	46,3	40	39,6	-1,1	1,1		
Tempo de serviço no atual hospital										
≤10 anos	26	43,3	21	51,2	47	46,5	-,8	,8	0,971	0,615
>10 anos <20 anos	13	21,7	6	14,6	19	18,8	,9	-,9		
≥20 anos	21	35,0	14	34,1	35	34,7	,1	-,1		
Estatuto profissional										
Tempo Integral	41	68,3	14	34,1	55	54,5	3,4	-3,4	n.a.	n.a.
Tempo Parcial	2	3,3	2	4,9	4	4,0	-,4	,4		
Prestador Externo	17	28,3	25	61,0	42	41,6	-3,3	3,3		
Turno habitual										
Dia	8	13,3	4	9,8	12	11,9	,5	-,5	n.a.	n.a.
Manhã	7	11,7	3	7,3	10	9,9	,7	-,7		
Tarde	4	6,7	5	12,2	9	8,9	-1,0	1,0		
Variável	41	68,3	29	70,7	70	69,3	-,3	,3		
Formação sobre segurança do doente										
Sim	48	80,0	24	58,5	72	71,3	2,3	-2,3	5,482	0,019
Não	12	20,0	17	41,5	29	28,7	-2,3	2,3		
Existência de um profissional afeto à segurança do doente no hospital										
Sim	52	86,7	33	80,5	85	84,2	,8	-,8	0,697	0,404
Não	8	13,3	8	19,5	16	15,8	-,8	,8		
Hospital dispõe de normas de segurança do doente										
Sim	57	95,0	36	87,8	93	92,1	1,3	-1,3	n.a.	n.a.
Não	3	5,0	5	12,2	8	7,9	-1,3	1,3		
Existência no hospital de um sistema de notificação de eventos adversos										
Sim	57	95,0	35	85,4	92	91,1	1,7	-1,7	n.a.	n.a.
Não	3	5,0	6	14,6	9	8,9	-1,7	1,7		
Total	60	100,0	41	100,0	101	100,0				

Ainda em relação ao tempo que os profissionais de saúde exercem na especialidade, os resultados revelam, para a globalidade da amostra, um mínimo de 1 ano e um máximo de 54 anos, ao que corresponde uma média 16,79 anos ($\pm 10,608$ anos), sem diferença estatisticamente significativa ($p=0,075$). Para o sexo feminino, o tempo mínimo de exercício na especialidade é 1 ano e um máximo de 54 anos, e para o sexo masculino, o mesmo oscila entre 1 e os 40 anos. Os homens, em média ($M=19,02$ anos $\pm 10,044$ anos), têm mais tempo de exercício profissional na especialidade do que as mulheres ($M=15,27$ anos $\pm 10,794$ anos). Os coeficientes de variação indicam uma dispersão elevada face às médias encontradas (cf. Tabela 13).

No que se refere ao tempo de serviço no atual hospital, constata-se que, para a totalidade da amostra, o mínimo é 1 ano e o máximo 44 anos, correspondendo-lhe uma média de 14,50 anos ($\pm 9,245$ anos), com diferença estatisticamente significativa ($p=0,000$). Verifica-se que, para os profissionais de saúde do sexo feminino, o mínimo é 1 ano e o máximo 44 anos, e para os do sexo masculino o mínimo e o máximo oscilam entre 1 a 32 anos. Em média ($M=15,20$ anos $\pm 9,642$ anos), as mulheres têm mais tempo de serviço no atual hospital do que os homens ($M=13,49$ anos $\pm 8,646$ anos). Os coeficientes de variação indiciam uma dispersão elevada face ao tempo médio registado de serviço no atual hospital (cf. Tabela 13).

Tabela 13 - Estatísticas do tempo que exerce na especialidade e no atual hospital em função do sexo

Sexo	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro	KS	P
Feminino	60	1	54	15,27	10,794	70,68	3,84	3,49	0,119	0,034
Masculino	41	1	40	19,02	10,044	52,80	0,81	-0,77	0,105	0,200
Total dos anos de exercício profissional na especialidade	101	1	54	16,79	10,608	63,18	3,30	1,53	0,084	0,075
Feminino	60	1	44	15,20	9,642	63,43	2,28	0,20	0,138	0,006
Masculino	41	2	32	13,49	8,646	64,09	1,22	-1,41	0,186	0,001
Total dos anos de serviço no atual hospital	101	1	44	14,50	9,245	63,75	2,66	-0,30	0,152	0,000

Em conformidade com os resultados apurados, 62,4% dos profissionais trabalham num hospital privado e 37,6% num hospital público (cf. Tabela 14).

Tabela 14 – Tipo de instituição hospitalar

Tipo de instituição	n	%
Público	38	37,6
Privado	63	62,4
Total	101	100,0

Em síntese:

- o grupo profissional mais representativo na amostra é o dos enfermeiros (48,5%), sendo 66,7% do sexo feminino e 22,0% do sexo masculino;
- predomínio de profissionais de saúde com mais tempo de exercício profissional na especialidade (39,6%), onde se incluem 35,0% das mulheres e 46,3% dos homens; verificando-se uma média 16,79 anos ($\pm 10,608$ anos);

- a maioria (46,5%) dos profissionais de saúde está afeto ao atual hospital há menos anos, sendo 43,3% mulheres e 51,2% homens, correspondendo a uma média de 14,50 anos ($\pm 9,245$ anos);

- mais de metade da amostra (54,5%) tem estatuto de tempo integral, com destaque para as mulheres (68,3%);

- a grande maioria dos profissionais de saúde (69,3%) tem um turno variável, dos quais 68,3% são mulheres e 70,7% homens;

- a maioria dos profissionais trabalham num hospital privado (62,4%);

- mais de metade da amostra (71,3%) referiu que frequentou formação sobre segurança do doente (80,0% das mulheres vs. 58,5% dos homens);

- a grande maioria dos profissionais de saúde (84,2%) admite que no seu hospital existe algum profissional afeto à segurança do doente (mulheres 86,7% vs. homens 80,5%);

- quase a totalidade da amostra (92,1%) admite a existência no hospital de normas de segurança do doente (mulheres 95,0% vs. homens 97,8%);

- a esmagadora maioria dos participantes admite que no hospital onde exercem funções existe um sistema de notificação de eventos adversos (91,1%) (mulheres 95,0% vs. homens 85,4%).

2.2. Qualidade de Comunicação e colaboração

De seguida apresentam-se os resultados referentes à qualidade da comunicação e colaboração com os profissionais de saúde que constituem a amostra e as classes profissionais. Assim, tendo por base uma escala de tipo Likert de 6 pontos, solicitou-se aos participantes que descrevessem a qualidade da comunicação e da colaboração com 8 grupos distintos.

Constata-se que a maioria dos participantes classifica a comunicação e colaboração com os vários grupos profissionais como sendo adequada, atendendo ao facto de as percentagens mais elevadas, na globalidade, recaírem nesta opção de resposta, com destaque para a comunicação e colaboração com o cirurgião chefe/responsável (54,9%) e com o enfermeiro chefe/responsável (50,0%) (cf. Tabela 15).

Tabela 15 – Resultados da qualidade de comunicação e colaboração entre elementos

Qualidade da comunicação e colaboração que tem com:	NS/NA %	MB %	B %	AD %	A %	MA %
Cirurgião Chefe/Responsável	2.4	4.9	15.9	54.9	13.4	8.5
Cirurgiões e Internos de Cirurgia	-	2.4	17.1	43.9	24.4	12.2
Anestesiista	4.9	1.2	3.7	32.9	36.6	20.7
Enfermeiro chefe/Responsável	3.7	2.4	6.1	50.0	29.3	8.5
Enfermeiro	6.1	2.4	6.1	26.8	39,0	19.5
Técnico de diagnóstico	2.4	6.1	8.5	42.7	30.5	9.8
Assistente operacional	-	2.4	7.3	45.1	35.4	9.8
Outro	80.5	-	-	11	2.4	6.1
NS/NA – Não Sei/Não Aplicável MB - Muito Baixo B – Baixo AD – Adequado A – Alto MA – Muito Alto						

2.3. Atitudes de segurança em bloco operatório: perspetiva dos profissionais de saúde

Clima de Equipa

Em conformidade com os dados apurados nos itens que constituem o Fator – Clima de Equipa (dimensão composta por 17 questões, cf. Tabela 16), as indicações dos enfermeiros são bem recebidas no bloco operatório, evidenciado pela percentagem de participantes que 37,6% concordam parcialmente e 50,5% concordam completamente. Constata-se que 27,7% dos participantes concordam parcialmente com as tomadas de decisão no bloco operatório usarem indicações de profissionais relevantes nesse domínio, estando 26,7% em completa concordância.

Um grupo significativo de profissionais (39,6%) refere que concorda parcialmente com o facto de se sentir encorajada pelos colegas a reportar qualquer preocupação que tenha relacionado com a segurança dos doentes, enquanto 36,6% revelam-se completamente concordantes em relação a estarem encorajados. Verifica-se também que uma percentagem relevante de profissionais (31,7%) discorda completamente com o facto de, no bloco operatório, ser difícil falar caso se aperceba de um problema relacionado com o doente, discordando parcialmente com esta afirmação 28,7% dos participantes, enquanto 14,9% concordam parcialmente. Quanto aos desacordos no bloco operatório serem resolvidos apropriadamente (ex.: não quem está certo mas o que é melhor para o doente),

a percentagem mais elevada de profissionais (35,6%) concorda parcialmente e 31,7% concordam completamente.

Constata-se que 41,6% dos profissionais revelam-se parcialmente concordante com o facto de terem o apoio necessário de outros colegas para os preocuparem com os doentes, contrariamente a 38,6% que concordam completamente. A perceção de 40,6% dos participantes em relação à facilidade para os profissionais no bloco colocarem questões quando existe algo que não compreendem é de parcial concordância, enquanto 38,6% concordam completamente com a referida afirmação. Durante situações de emergência, 42,6% dos profissionais conseguem parcialmente prever o que os outros profissionais vão realizar de seguida, estando 18,8% conseguem prever completamente o que os outros profissionais vão realizar de seguida.

Apura-se que menos de metade (40,6%) dos inquiridos concordam parcialmente que os médicos e enfermeiros trabalham em conjunto como uma equipa bem coordenada e 41,6% estão plenamente de acordo com este trabalho em parceria. No que concerne ao facto de os profissionais serem frequentemente incapazes de expressar a sua discordância com o cirurgião chefe/cirurgião assistente, as respostas foram heterogéneas, uma vez que 18,8% discordam completamente, 21,8% discordam parcialmente, 18,8% não concordam nem discordam e 15,8% concordam parcialmente.

Verifica-se que 39,6% correspondem aos profissionais que concordam parcialmente com a afirmação que a “moral é elevada no bloco operatório da instituição”, enquanto 24,8% se revelam completamente de acordo. Mais de metade da amostra (51,5%) sabe completamente o primeiro e o último nome de toda a equipa com quem trabalhou no último turno. Grande parte dos inquiridos (56,4%) está completamente de acordo com o facto de todo o pessoal no bloco operatório assumir responsabilidade pela segurança dos doentes, com 25,7% a estarem parcialmente de acordo.

Pela observação dos resultados, verifica-se que a percentagem mais elevada, em relação à afirmação de que os assuntos importantes são bem comunicados nas mudanças de turno, corresponde aos inquiridos que concordam parcialmente com a mesma (35,6%). Face à afirmação que, durante as situações de emergência (ex. reanimações), a sua performance não é afetada por trabalhar com pessoal menos experiente ou menos, 22,8% dos participantes revela-se parcialmente concordante, com idêntico valor percentual (18,8%, respetivamente), estão os profissionais que não manifestam opinião acerca do assunto e os que não sabem/não se aplica.

A análise estatística dos resultados, referentes ao facto de o cirurgião chefe e o cirurgião assistente deverem estar formalmente encarregues da equipa do bloco operatório

durante os procedimentos cirúrgicos, revela que a maior parte dos profissionais manifesta completa concordância (34,7%), seguindo-se os participantes que nem concordam nem discordam (25,7%). Por fim, constata-se que 29,7% dos profissionais concordam parcialmente com o facto de as falhas de comunicação que levam a atrasos do início dos procedimentos cirúrgicos serem frequentes, mas 21,8% nem concordam nem discordam e 16,8% concordam completamente.

Tabela 16 – Estatísticas referentes ao Clima de Equipa

Clima de Equipa	NS/NA %	DC %	DP %	NCND %	CP %	CC %
3. Indicações por parte dos enfermeiros sobre os cuidados com o doente são bem recebidas no B.O.	4,0	1,0	-	6,9	37,6	50,5
19. As tomadas de decisão no B.O. usam indicações de profissionais relevantes nesse domínio	10,9	3,0	15,8	15,8	27,7	26,7
20. Sou encorajado pelos colegas a reportar qualquer preocupação que tenha relacionado com a segurança dos doentes	6,9	2,0	5,0	9,9	39,6	36,6
24. Neste B.O. é difícil falar se me apercebo de um problema relacionado com o doente	4,0	31,7	28,7	16,8	14,9	4,0
30. Desacordos no B.O. são resolvidos apropriadamente (ex.: não quem está certo mas o que é melhor para o doente)	6,9	2,0	5,9	17,8	35,6	31,7
34. Tenho o apoio necessário de outros colegas para me preocupar com os doentes	6,9	-	5,0	10,9	41,6	35,6
35. É fácil para os profissionais no B.O. colocarem questões quando existe algo que não compreendem	3,0	-	6,9	10,9	40,6	38,6
37. Durante situações de emergência, consigo prever o que os outros profissionais vão realizar de seguida	11,9	1,0	5,0	20,8	42,6	18,8
38. O pessoal Médico e de Enfermagem trabalham em conjunto como uma equipa bem coordenada	2,0	1,0	4,0	10,9	40,6	41,6
39. Sou frequentemente incapaz de expressar a minha discordância com o cirurgião chefe/cirurgião assistente	17,8	18,8	21,8	18,8	15,8	6,9
41. A moral é elevada no B.O. desta instituição	5,0	3,0	9,9	17,8	39,6	24,8
43. Sei o primeiro e o último nome de toda a equipa com quem trabalhei no último turno	6,9	3,0	11,9	11,9	14,9	51,5
46. Todo o pessoal no B.O. assume responsabilidade pela segurança dos doentes	1,0	1,0	4,0	11,9	25,7	56,4
50. Assuntos importantes são bem comunicados nas mudanças de turno	17,8	1,0	6,9	19,8	35,6	18,8
55. Durante situações de emergência (ex. reanimações), a minha performance não é afetada por trabalhar com pessoal menos experiente ou menos	18,8	10,9	14,9	18,8	22,8	13,9
57. O cirurgião chefe e o cirurgião assistente devem estar formalmente encarregues da equipa de B.O. durante os procedimentos cirúrgicos	7,9	2,0	11,9	25,7	17,8	34,7
58. Falhas de comunicação que levam a atrasos do início dos procedimentos cirúrgicos são frequentes	3,0	11,9	16,8	21,8	29,7	16,8

NS/NA – Não sei/Não aplicável DC – Discordo Completamente DP – Discordo Parcialmente NCND – Não Concordo Nem Discordo CP – Concordo Parcialmente CC – Concordo Completamente

Clima de Segurança

Na tabela 17 estão figuradas as respostas às questões que constituem o clima de segurança. Esta dimensão é composta por um total de 18 questões, cujas percentagens se apresentam.

Uma boa parte da amostra (50,5%) concorda completamente que sentir-se-ia segura como doente na instituição e 36,6% concordam parcialmente. A maioria da amostra concorda parcialmente (39,6%) que os erros clínicos são resolvidos apropriadamente no hospital onde exercem e 26,7% concordam completamente. A maioria da amostra concorda parcialmente (40,6%) que possui toda a informação necessária para iniciar a intervenção cirúrgica e 32,7% concordam completamente. Verifica-se que 39,6% dos participantes concordam parcialmente com o apoio aos seus esforços por parte da administração do hospital e 19,8% concordam completamente.

Uma percentagem significativa de profissionais (42,6%) concorda parcialmente com o facto de receber o *feedback* apropriado sobre o seu desempenho, já 23,8% não concordam nem discordam. Quando questionados sobre a dificuldade de discussão de erros clínicos, 26,7% concordam parcialmente, 20,8% não concordam nem discordam, 22,8% discordam parcialmente e 12,9% discordam completamente.

Em relação aos *briefings*, maioritariamente, os profissionais (74,3%) consideram que são essenciais previamente às cirurgias de forma a assegurar a segurança dos doentes, com 29,7% a concordarem parcialmente que os *briefings* são frequentes no bloco operatório, 18,8% concordam completamente, enquanto 16,8% discordam parcialmente. Constata-se que a maioria dos profissionais (36,6%) concorda completamente que a cultura no bloco operatório permite aprender rapidamente com os erros dos outros, 31,7% concordam parcialmente e 10,9% discordam parcialmente. Verifica-se que 21,8% dos inquiridos discordam completamente que observaram serem cometidos erros com potencial para causar danos no doente, 21,8% concordam parcialmente, no entanto 20,8% discordam parcialmente. Uma percentagem expressiva de inquiridos (33,7%) concordam parcialmente que sabem quais são os canais apropriados para direccionar questões relacionadas com a segurança dos doentes no bloco operatório, enquanto 31,7% concordam completamente. Uma parte significativa dos profissionais (35,6%) concorda parcialmente que é mais propensa a cometer erros em situações tensas ou hostis, concordando completamente com esta situação 31,7% de inquiridos.

No que se refere às interrupções na continuidade de cuidados (ex. mudanças de turno, transferência de doentes) podem prejudicar a segurança do doente, estão em

destaque os inquiridos que concordam parcialmente (34,7%), enquanto 24,8% concordam completamente e 12,9% discordam parcialmente. Apura-se que prevalecem os profissionais que concordam parcialmente e completamente, em igual valor percentual (32,7%, respetivamente) que há um bom trabalho por parte do cirurgião chefe e do cirurgião assistente.

Quase metade dos profissionais (49,5%) concorda completamente que a segurança dos doentes é constantemente reforçada como prioridade no bloco operatório, mas 32,7% concordam apenas parcialmente. A concordarem parcialmente com o facto de haver adesão generalizada às normas de orientação e critérios baseados na evidência relativos à segurança dos doentes estão 41,6% dos inquiridos, todavia, 24,8% concordam completamente. Verifica-se que estão em maioria os profissionais que concordam completamente que a informação obtida através de relatórios de incidentes é usada para tornar os cuidados prestados mais seguros no bloco operatório, mas 22,8% apenas concordam parcialmente.

Ainda em relação às regras ou normas, 33,7% discordam completamente que os profissionais ignoram os procedimentos de segurança do bloco (ex. lavagem das mãos, protocolos de tratamento/percursos clínicos, zonas estéreis), 26,7 discordam parcialmente. Todavia, 18,8% concordam parcialmente.

Tabela 17 – Estatísticas referentes ao Clima de Segurança

Clima de Segurança	NS/NA %	DC %	DP %	NCND %	CP %	CC %
4. Sentir-me-ia seguro se fosse um doente aqui	-	1,0	1,0	7,9	39,6	50,5
5. Os erros clínicos são resolvidos apropriadamente neste hospital	14,9	1,0	-	17,8	39,6	26,7
7. Toda a informação necessária está disponível antes de iniciar a intervenção	4,0	-	6,9	15,8	40,6	32,7
10. A administração do hospital apoia os meus esforços diários	3,0	4,0	15,8	17,8	39,6	19,8
11. Recebo o feedback apropriado sobre o meu desempenho	5,0	5,9	13,9	23,8	42,6	8,9
12. É difícil discutir erros clínicos no B.O.	9,9	12,9	22,8	20,8	26,7	6,9
13. Os Briefings prévios às intervenções cirúrgicas com a equipa de B.O. são importantes para a segurança dos doentes	5,0	1,0	-	9,9	9,9	74,3
14. Os Briefings são frequentes no B.O.	14,9	6,9	16,8	12,9	29,7	18,8
21. A cultura no B.O. permite aprender rapidamente com os erros dos outros	5,0	1,0	10,9	14,9	31,7	36,6
27. Já vi cometerem-se erros com potencial de causar danos nos doentes	9,9	21,8	20,8	16,8	21,8	8,9
28. Sei quais são os canais apropriados para direcionar questões relacionadas com a segurança dos doentes no B.O.	7,9	5,0	10,9	10,9	33,7	31,7
32. Sou mais propenso a cometer erros em situações tensas ou hostis	1,0	4,0	10,9	16,8	35,6	31,7
36. Interrupções na continuidade de cuidados (ex. mudanças de turno, transferência de doentes) podem prejudicar a segurança do doente	3,0	10,9	12,9	13,9	34,7	24,8
44. Cometi erros com risco potencial de provocar dano nos doentes	5,0	56,4	16,8	12,9	4,0	5,0
45. O cirurgião chefe e o cirurgião assistente estão a realizar um bom trabalho	16,8		2,0	15,8	32,7	32,7
48. A segurança dos doentes é constantemente reforçada como prioridade no B.O.	1,0	1,0	5,9	9,9	32,7	49,5
51. Há adesão generalizada às normas de orientação e critérios baseados na evidência relativos à segurança dos doentes	8,9	1,0	7,9	15,8	41,6	24,8
54. Informação obtida através de relatórios de incidentes é usada para tornar os cuidados prestados mais seguros no B.O.	15,8	5,0	8,9	14,9	22,8	32,7
56. Os profissionais ignoram frequentemente as regras ou normas de orientação (ex. lavagem das mãos, protocolos de tratamento/percursos	2,0	33,7	26,7	12,9	18,8	5,9

NS/NA – Não sei/Não aplicável DC – Discordo Completamente DP – Discordo Parcialmente NCND – Não Concordo Nem Discordo CP – Concordo Parcialmente CC – Concordo Completamente

Satisfação Profissional

Na tabela 18 encontram-se as respostas às questões da satisfação profissional, sendo esta dimensão constituída por um total de 4 questões.

De acordo com os dados apurados, verifica-se que é expressiva a percentagem de profissionais que se revelam completamente concordante com o facto de gostarem do seu trabalho (86,1%), com apenas 11,9% a concordarem parcialmente. É significativa a percentagem de inquiridos que concordam parcialmente com a afirmação de que trabalhar no seu hospital é como fazer parte de uma grande família (46,5%), estando 26,7% completa concordância. Apenas 5,9% discordam completamente. Os profissionais concordam significativamente sentirem orgulho em trabalharem no atual hospital (48,5%), sendo também de referir que 33,7% concordam parcialmente.

Tabela 18 – Estatísticas referentes à Situação Profissional

Satisfação Profissional	NS/NA %	DC %	DP %	NCND %	CP %	CC %
2. Gosto do meu trabalho	-	-	-	2,0	11,9	86,1
8. Trabalhar neste hospital é como fazer parte de uma grande família	-	-	7,9	18,8	46,5	26,7
15. Este hospital é um bom local para trabalhar		1,0	5,9	11,9	35,6	45,5
29. Sinto orgulho em trabalhar neste hospital	1,0	1,0	3,0	12,9	33,7	48,5

NS/NA – Não sei/Não aplicável DC – Discordo Completamente DP – Discordo Parcialmente NCND – Não Concordo Nem Discordo CP – Concordo Parcialmente CC – Concordo Completamente

Reconhecimento de Fadiga e Stresse

Na tabela 19 estão representadas as respostas às questões relativas ao Reconhecimento de Fadiga e Stresse, dimensão composta por um total de 10 questões.

Os participantes, quando questionados sobre a fadiga poder interferir com a sua performance em situação de emergência, 41,6% dos inquiridos concordam completamente, tendo 31,7% concordado parcialmente. Verifica-se que 37,6% dos profissionais concordam parcialmente com o facto de a sua performance ser afetada, quando a carga de trabalho se torna excessiva, mas 37,6% já concordam completamente. A maioria dos inquiridos (40,6%) concorda completamente que está menos eficiente quando se sente fatigada, todavia, 39,6% concordam parcialmente.

Constata-se que 35,6% dos profissionais concordam parcialmente estarem mais propensos a cometer erros em situações tensas ou hostis, enquanto 31,7% concordam completamente. Mediante o facto de o stresse relacionado com problemas pessoais afetar negativamente o desempenho dos profissionais inquiridos, 25,7% nem concordam, nem

discordam, 23,8% discordam parcialmente, 18,8% concordam completamente e 15,8% concordam parcialmente.

Observa-se ainda que 29,7% dos inquiridos concordam parcialmente com o facto de os profissionais de saúde poderem verdadeiramente ignorar os problemas pessoais quando estão a trabalhar, enquanto 23,8% nem concordam, nem discordam, 22,8% discordam parcialmente e 14,9% concordam completamente. A maioria dos profissionais (36,6%) discorda completamente em sentir-se fatigada quando se levanta de manhã e tem de enfrentar outro dia de trabalho, enquanto 26,7% discordam parcialmente.

A percentagem mais elevada, em relação ao facto de os profissionais sentirem *burnout* devido ao seu trabalho, corresponde aos que discordam completamente (32,7%), seguindo-se 23,8% que discordam parcialmente, sendo também de referir que 16,8% concordam parcialmente. Mais de metade da amostra (56,4%) discorda completamente que se sente frustrada pelo seu trabalho, enquanto 19,8% discordam parcialmente. Num lado oposto, 10,9% dos participantes concordam parcialmente que se sentem frustrados pelo seu trabalho. Por último, verifica-se que 28,7% dos participantes concordam parcialmente sentir que trabalham demasiado, enquanto 20,8% discordam completamente, 17,8% discordam parcialmente. Todavia, 14,9% dos participantes concordam completamente que sentem que o trabalho é demasiado.

Tabela 19 – Estatísticas referentes ao Reconhecimento de Fadiga e Stresse

Reconhecimento de Fadiga e Stress	NS/NA %	DC %	DP %	NCND %	CP %	CC %
16. A fadiga interfere com a minha performance em situações de emergência	1,0	5,9	11,9	7,9	31,7	41,6
25. Quando a carga de trabalho se torna excessiva a minha performance é afetada	2,0	4,0	3,0	15,8	37,6	37,6
31. Sou menos eficiente quando estou fatigado	1,0	3,0	3,0	12,9	39,6	40,6
32. Sou mais propenso a cometer erros em situações tensas ou hostis	1,0	4,0	10,9	16,8	35,6	31,7
33. O stresse relacionado com problemas pessoais afeta negativamente o meu desempenho	2,0	13,9	23,8	25,7	15,8	18,8
40. Os profissionais de saúde podem verdadeiramente ignorar os problemas pessoais quando estão a trabalhar	3,0	5,9	22,8	23,8	29,7	14,9
47. Sinto-me fatigado quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar outro dia de trabalho	1,0	36,6	26,7	18,8	9,9	6,9
49. Sinto <i>burnout</i> devido ao meu trabalho	3,0	32,7	23,8	18,8	16,8	5,0
52. Sinto-me frustrado pelo meu trabalho	1,0	56,4	19,8	9,9	10,9	2,0
53. Sinto que trabalho demasiado	1,0	20,8	17,8	16,8	28,7	14,9

NS/NA – Não sei/Não aplicável DC – Discordo Completamente DP – Discordo Parcialmente NCND – Não Concordo Nem Discordo CP – Concordo Parcialmente CC – Concordo Completamente

Órgãos de Gestão

Os resultados referentes aos Órgãos de Gestão, dimensão formada por um total de 5 questões, estão expressos na Tabela 20.

Verifica-se que 39,6% dos inquiridos discordam parcialmente que a administração da instituição está a realizar as suas funções corretamente, no entanto 21,8% concordam completamente. Em relação à administração do hospital não comprometer conscientemente a segurança dos doentes, 29,7% concordam completamente, 23,8% concordam parcialmente e 20,8% nem concordam, nem discordam. Apura-se que 36,6% dos participares concordam parcialmente que o pessoal do bloco operatório é suficiente para o número de doentes, no entanto, 10,9% discordam completamente e 14,9% concordam completamente. Constata-se que 28,7% dos participantes nem concordam, nem discordam que recebem atempadamente informação adequada sobre eventos que podem afetar o trabalho, mas 26,7% concordam parcialmente e 18,8% concordam completamente.

Tabela 20 – Estatísticas referentes aos Órgãos de Gestão

Órgãos de Gestão	NS/NA %	DC %	DP %	NCND %	CP %	CC %
9. A administração deste hospital está a fazer um bom trabalho	3,0	1,0	8,9	25,7	39,6	21,8
17. A administração do hospital não compromete conscientemente a segurança dos doentes	5,9	4,0	15,8	20,8	23,8	29,7
18. O pessoal no B.O. é suficiente para o número de doentes	5,0	10,9	20,8	11,9	36,6	14,9
22. Este hospital lida construtivamente com profissionais de saúde e funcionários problemáticos	11,9	1,0	19,8	20,8	31,7	14,9
26. Recebo atempadamente informação adequada sobre eventos no hospital que podem afetar o meu trabalho	4,0	6,9	14,9	28,7	26,7	18,8

NS/NA – Não sei/Não aplicável DC – Discordo Completamente DP – Discordo Parcialmente NCND – Não Concordo Nem Discordo CP – Concordo Parcialmente CC – Concordo Completamente

Condições Gerais de Trabalho

A análise das Condições Gerais de Trabalho, dimensão composta por um total de 4 questões, descrita na Tabela 21, permite verificar que 44,6%% da amostra concorda completamente que o bloco operatório possui níveis de trabalho elevados e 43,6% concordam parcialmente. Verifica-se que 40,6% dos participantes concordam parcialmente que a instituição faz um bom trabalho no que respeita ao treino de novo pessoal. Existe uma concordância parcial generalizada de que o equipamento médico disponível no bloco operatório é adequado (44,6%), enquanto 33,7%% concorda completamente e 34.1% concorda parcialmente. Por último, constata-se que 29,7% dos profissionais concordam parcialmente que os estagiários e os internos são bem supervisionados, enquanto 11,9% concordam completamente. Todavia, 28,7% não revelam possuir conhecimento sobre o assunto.

Tabela 21 – Estatísticas referentes às Condições Gerais de Trabalho

Condições Gerais de Trabalho	NS/NA %	DC %	DP %	NCND %	CP %	CC %
1. Este B.O. tem níveis de trabalho elevados	2,0	2,0	7,9	-	43,6	44,6
6. Este hospital faz um bom trabalho no treino de novo pessoal	5,9	3,0	10,9	23,8	40,6	15,8
23. O equipamento médico disponível no B.O. é adequado	3,0	9,9	-	8,9	44,6	33,7
42. Os Estagiários e internos, na minha especialidade são bem supervisionados	28,7	2,0	7,9	19,8	29,7	11,9

NS/NA – Não sei/Não aplicável DC – Discordo Completamente DP – Discordo Parcialmente NCND – Não Concordo Nem Discordo CP – Concordo Parcialmente CC – Concordo Completamente

Em síntese, os resultados revelam que:

- na dimensão *Clima de Equipa*, os valores percentuais mais elevados de concordância total recaíram nos seguintes itens: indicações dos enfermeiros serem bem recebidas no bloco operatório (50,5%); o pessoal Médico e de Enfermagem trabalham em conjunto como uma equipa bem coordenada (41,6%); sei o primeiro e o último nome de toda a equipa com quem trabalhei no último turno (51,5%); todo o pessoal no bloco operatório assume responsabilidade pela segurança dos doentes (56,4%).

- na dimensão *Clima de segurança*, o grau de concordância máximo recaiu nos itens: sentir-me-ia seguro se fosse um doente aqui (50,5%); os *briefings* prévios às intervenções cirúrgicas com a equipa de B.O. são importantes para a segurança dos doentes (74,3%); a cultura no bloco operatório permite aprender rapidamente com os erros dos outros (36,6%); o cirurgião chefe e o cirurgião assistente estão a realizar um bom trabalho (32,7%); a segurança dos doentes é constantemente reforçada como prioridade no bloco operatório (49,5%); informação obtida através de relatórios de incidentes é usada para tornar os cuidados prestados mais seguros no bloco operatório (32,7%).

- na dimensão *Satisfação Profissional*, 86,1% dos profissionais revelam-se completamente concordante com o facto de gostarem do seu trabalho; 46,5% concordam parcialmente com a afirmação de que trabalhar no seu hospital é como fazer parte de uma grande família; 48,5% concordam completamente que sentem orgulho em trabalharem no atual hospital.

- na dimensão *Reconhecimento de Fadiga e Stresse*, 41,6% dos inquiridos concordam completamente que a fadiga poder interferir com a sua performance em situação de emergência; 37,6% dos profissionais concordam parcialmente com o facto de a sua performance ser afetada, quando a carga de trabalho se torna excessiva e 37,6% concordam completamente; 35,6% dos profissionais concordam parcialmente estarem mais propensos a cometer erros em situações tensas ou hostis; 56,4% discordam completamente que se sentem frustrados pelo seu trabalho.

- na dimensão *Órgãos de Gestão*, 39,6% dos inquiridos discordam parcialmente que a administração da instituição está a realizar as suas funções corretamente; 29,7% concordam completamente que a administração do hospital não compromete conscientemente a segurança dos doentes; 36,6% concordam parcialmente que o pessoal do bloco operatório é suficiente para o número de doentes; 28,7% nem concordam, nem discordam que recebem atempadamente informação adequada sobre eventos que podem afetar o trabalho.

- na dimensão *Condições Gerais de Trabalho*, 44,6% da amostra concorda completamente que o bloco operatório possui níveis de trabalho elevados; 40,6% concordam parcialmente que a instituição faz um bom trabalho no que respeita ao treino de novo pessoal; existe uma concordância parcial generalizada de que o equipamento médico disponível no bloco operatório é adequado (44,6%); 29,7% concordam parcialmente que os estagiários e os internos são bem supervisionados.

2.4. Atitudes de segurança em bloco operatório: valores médios por dimensão

As estatísticas relativas às atitudes de segurança em bloco operatório mostraram um valor médio mais elevado no fator *satisfação profissional* (média=4,29±0,584), onde o mínimo encontrado é 3,00 e o máximo 5,00, seguindo-se o fator *condições gerais de trabalho* (média=3,52±0,850), sendo o valor mais baixo o obtido no fator *reconhecimento de fadiga e stresse* (média=3,10±0,637). Os coeficientes de variação indiciam uma dispersão moderada face às médias encontradas (cf. Tabela 22).

Tabela 22 - Estatísticas relativas às atitudes de segurança em bloco operatório

Atitudes de segurança em bloco operatório	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Satisfação profissional	101	3,00	5,00	4,29	0,584	13,61	-2,57	-0,89
Condições gerais de trabalho		1,25	5,00	3,52	0,850	24,14	-2,37	-0,21
Clima de equipa		0,59	4,65	3,51	0,628	17,89	-4,41	7,24
Clima de segurança		1,53	5,00	3,35	0,591	16,64	-1,46	1,58
Perceções e noções dos órgãos de gestão		,80	5,00	3,28	0,866	26,40	-0,54	-0,63
Reconhecimento de fadiga e stresse		1,50	4,50	3,10	0,637	20,54	-0,22	-0,21

Fazendo-se uma comparação das médias obtidas no presente estudo em relação às atitudes de segurança em bloco operatório com as médias encontradas por Pinheiro (2013) no seu estudo, confirma-se que em ambos os estudos a dimensão mais valorizada é a *satisfação profissional*, todavia, mais baixa no estudo de Pinheiro (2013), resultando em diferença estatisticamente significativa ($t=8,846$; $p=0,000$). Em segundo lugar, surge a dimensão *condições gerais de trabalho* e, em terceiro lugar, o *clima de equipa*, sem diferenças estatisticamente significativas entre os resultados dos dois estudos. Constatam-se ainda relevância estatística entre o *clima de segurança* ($t=4,133$; $p=0,000$) e o *reconhecimento de fadiga e stresse* ($t=3,980$; $p=0,001$) (cf. Tabela 23).

Tabela 23 - Estatísticas relativas às atitudes de segurança em bloco operatório: comparação das médias do presente estudo com as médias do estudo de Pinheiro (2013)

Atitudes de segurança em bloco operatório	Presente estudo			Pinheiro (2013)			t	p
	N	M	DP	N	M	DP		
Satisfação profissional	101	4,29	0,584	67	3,78	0,57	8,846	0,000
Condições gerais de trabalho		3,52	0,850	78	3,52	0,74	0,085	0,932
Clima de equipa		3,51	0,628	53	3,40	0,41	1,808	0,740
Clima de segurança		3,35	0,591	48	3,11	0,44	4,133	0,000
Perceções e noções dos órgãos de gestão		3,28	0,866	74	3,29	0,64	-0,79	0,937
Reconhecimento de fadiga e stresse		3,10	0,637	64	2,88	0,64	3,980	0,001

Em síntese, a análise por dimensões traduz que relativamente às atitudes de segurança em bloco operatório, o valor médio mais elevado corresponde à *satisfação profissional* (média=4,29±0,584). Da análise da comparação entre o presente estudo e o de Pinheiro (2013), constata-se que em ambos os estudos a dimensão mais valorizada pelos profissionais de saúde é a *satisfação profissional*.

2.5. Análise inferencial

A primeira questão de investigação tinha em vista adquirir suportes nas **variáveis sociodemográficas que fundamentassem a perceção dos profissionais de saúde sobre o clima de segurança no bloco operatório**. Apresentam-se de seguida os resultados que permitem responder a esta questão de investigação.

Considerou-se importante saber se o sexo influencia as atitudes de segurança em bloco operatório, tendo-se constatado, pelos valores médios, que os profissionais de saúde do sexo feminino revelam uma atitude de segurança em bloco operatório mais elevada em relação ao clima de equipa, clima de segurança, satisfação profissional e reconhecem mais fadiga e stresse, enquanto os profissionais do sexo masculino revelam mais perceções e noções dos órgãos de gestão e consideram que as condições gerais de trabalho são favoráveis à segurança do bloco operatório. Todavia, não se registam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (cf. Tabela 24).

Tabela 24 – *T-Test* Relação entre o sexo e as atitudes de segurança em bloco operatório

Atitudes de segurança em bloco operatório	Sexo		Masculino		t	p
	Feminino		Média	Dp		
Clima de equipa	3,54	0,561	3,46	0,721	0,579	0,564
Clima de segurança	3,39	0,559	3,29	0,638	0,796	0,428
Satisfação profissional	4,27	0,522	4,32	0,671	-0,405	0,686
Reconhecimento de fadiga e stresse	3,12	0,640	3,07	0,638	0,375	0,708
Perceções e noções dos órgãos de gestão	3,20	0,840	3,40	0,899	-1,169	0,245
Condições gerais de trabalho	3,47	0,791	3,60	0,935	-0,745	0,458

Os profissionais de saúde com menos idade (≤ 40 anos) apresentam melhor percepção acerca da segurança em bloco operatório, considerando o clima de equipa e as perceções e noções dos órgãos de gestão, como principais fatores contributivos de segurança em bloco operatório. Ao nível do reconhecimento de fadiga e stresse, pontuaram mais os profissionais com idade $>40 \geq 50$ anos. No entanto, não há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários (cf. Tabela 25).

Tabela 25- Teste *Kruskal-Wallis* para a relação entre a idade e as atitudes de segurança em bloco operatório

Atitudes de segurança em bloco operatório	Idade			χ^2	p
	≤ 40 anos	$>40 \geq 50$ anos	>50 anos		
Clima de equipa	59,44	42,55	49,18	5,468	0,065
Clima de segurança	54,10	48,80	49,65	0,639	0,726
Satisfação profissional	53,19	45,43	53,08	1,437	0,488
Reconhecimento de fadiga e stresse	47,63	53,34	52,51	0,757	0,685
Perceções e noções dos órgãos de gestão	57,88	47,16	47,22	3,096	0,213
Condições gerais de trabalho	53,33	50,13	49,39	0,369	0,832

Os resultados do Teste *Kruskal-Wallis*, para a relação entre as habilitações académicas e as atitudes de segurança em bloco operatório, indicam que os profissionais com habilitações académicas até ao 12.º ano consideram a satisfação profissional e as perceções e noções dos órgãos de gestão os fatores mais contributivos para a segurança em bloco operatório, sendo também estes a reconhecerem a fadiga e o stresse com um fator que pode interferir na segurança dos doentes. Os profissionais com a licenciatura percecionam o clima de equipa, o clima de segurança e as condições gerais de trabalho como os fatores que mais contribuem para a segurança no bloco operatório. Importa referir que se registam diferenças estatisticamente significativas no fator clima de equipa ($X^2=6,965$; $p=0,031$) e no reconhecimento da fadiga e do stresse ($X^2=11,884$; $p=0,003$), sugerindo que as habilitações académicas interferem nas atitudes dos profissionais em relação à segurança no bloco operatório (cf. Tabela 26).

Tabela 26 - Teste *Kruskal-Wallis* para a relação entre as habilitações académicas e as atitudes de segurança em bloco operatório

Habilitações académicas	Até aos 12.º ano	Licenciatura	Mestrado/ doutoramento	X ²	p
Atitudes de segurança em bloco operatório	OM	OM	OM		
Clima de equipa	29,18	53,94	49,83	6,965	0,031
Clima de segurança	46,00	52,36	41,08	1,191	0,551
Satisfação profissional	53,27	51,07	45,92	0,253	0,881
Reconhecimento de fadiga e stresse	79,09	48,15	39,42	11,884	0,003
Perceções e noções dos órgãos de gestão	53,45	50,85	48,58	0,121	0,941
Condições gerais de trabalho	49,05	51,67	45,25	0,327	0,849

A segunda questão de investigação procurou avaliar de que **modo as variáveis socioprofissionais influenciam a perceção sobre o clima de segurança no bloco operatório**, cujos resultados se apresentam seguidamente.

Pelas ordenações médias, verifica-se que, na globalidade, são os enfermeiros que revelam uma perceção mais positiva das atitudes de segurança no bloco operatório, com valores médios mais elevados no clima de equipa e clima de segurança. No entanto, são os médicos que consideram a satisfação profissional e as perceções e noções dos órgãos de gestão como os fatores que podem potenciar melhores atitudes na segurança no bloco operatório. Existe relevância estatística no fator clima de equipa ($X^2=12,334$; $p=0,002$) (cf. Tabela 27).

Tabela 27 - Teste *Kruskal-Wallis* para a relação entre a função e as atitudes de segurança em bloco operatório

Função	Médico(a)	Enfermeiro(a)	Outro(a) técnico(a)	X ²	p
Atitudes de segurança em bloco operatório	OM	OM	OM		
Clima de equipa	50,99	58,30	28,69	12,334	0,002
Clima de segurança	48,89	56,48	38,97	4,606	0,100
Satisfação profissional	57,43	44,58	56,19	4,704	0,095
Reconhecimento de fadiga e stresse	47,10	50,21	62,19	3,017	0,221
Perceções e noções dos órgãos de gestão	56,90	48,24	46,16	2,344	1,835
Condições gerais de trabalho	51,04	53,78	42,41	0,310	0,399

Considerando as ordenações médias, verifica-se que os profissionais que trabalham há menos tempo na especialidade (≤ 10 anos) apresentam valores mais elevados no clima de equipa, perceções e noções dos órgãos de gestão e nas condições gerais de trabalho, sugerindo que são estes os fatores que mais contribuem para uma atitude mais positiva para a garantia de segurança no bloco operatório. Os profissionais que trabalham na

especialidade há >10 <20 anos consideram o clima de segurança e o reconhecimento de fadiga e de stresse como os fatores mais relevantes para a segurança em bloco operatório, enquanto os profissionais com mais antiguidade na especialidade (≥ 20 anos) apontam a satisfação profissional. Todavia, não há registo de relevância estatística (cf. Tabela 28).

Tabela 28 - Teste *Kruskal-Wallis* para a relação entre a antiguidade na especialidade e as atitudes de segurança em bloco operatório

Antiguidade na especialidade Atitudes de segurança em bloco operatório	≤ 10 anos	>10 <20 anos	≥ 20 anos	χ^2	p
	OM	OM	OM		
Clima de equipa	52,82	47,69	51,69	0,500	0,779
Clima de segurança	46,69	56,98	50,63	1,870	0,393
Satisfação profissional	52,43	44,78	53,99	1,758	0,415
Reconhecimento de fadiga e stresse	47,91	54,78	51,08	0,830	0,660
Perceções e noções dos órgãos de gestão	55,21	48,20	49,31	1,085	0,581
Condições gerais de trabalho	53,10	49,87	49,98	0,267	0,875

Constata-se, através dos valores de ordenação média, que os profissionais com menos tempo de serviço no atual hospital (≤ 10 anos) consideram a satisfação profissional e as perceções e noções dos órgãos de gestão os fatores que mais podem contribuir para atitudes de segurança no bloco operatório, enquanto os profissionais que trabalham no hospital atual há >10 <20 anos referem o clima de equipa, o clima de segurança e o reconhecimento de fadiga e stresse. Por sua vez, os profissionais com mais antiguidade no hospital (≥ 20 anos) apontam as condições gerais de trabalho, mas sem relevância estatística entre os grupos (cf. Tabela 29).

Tabela 29- Teste *Kruskal-Wallis* para a relação entre a antiguidade no hospital e as atitudes de segurança em bloco operatório

Antiguidade no hospital Atitudes de segurança em bloco operatório	≤ 10 anos	>10 <20 anos	≥ 20 anos	χ^2	p
	OM	OM	OM		
Clima de equipa	50,87	55,45	48,76	0,645	0,724
Clima de segurança	46,59	58,63	52,79	2,490	0,288
Satisfação profissional	53,64	51,45	47,21	0,994	0,608
Reconhecimento de fadiga e stresse	48,64	53,89	52,60	0,597	0,742
Perceções e noções dos órgãos de gestão	53,70	48,21	48,89	0,758	0,684
Condições gerais de trabalho	48,31	48,66	55,89	1,507	0,471

Constata-se que são os profissionais de saúde que já frequentaram formação sobre segurança do doente os que apresentam valores de ordenação média mais elevados em todos os fatores, sugerindo que são estes os que mais perceção têm sobre as atitudes sobre a segurança em bloco operatório, resultando em diferenças estatisticamente significativas no clima de equipa ($p=0,013$), no clima de segurança (0,041) e nas perceções

e noções dos órgãos de gestão ($p=0,035$), indicando que a formação em segurança do doente interfere nas atitudes sobre a segurança em bloco operatório (cf. Tabela 30).

Tabela 30 - Teste *U de Mann-Whitney* para a relação entre a formação sobre segurança do doente e as atitudes de segurança em bloco operatório

Formação sobre segurança do doente Atitudes de segurança em bloco operatório	Sim	Não	UMW	p
	OM	OM		
Clima de equipa	55,61	39,55	712,000	0,013
Clima de segurança	54,78	41,62	772,000	0,041
Satisfação profissional	51,50	49,76	1008,000	0,784
Reconhecimento de fadiga e stresse	51,92	48,71	977,500	0,617
Perceções e noções dos órgãos de gestão	54,89	41,34	764,000	0,035
Condições gerais de trabalho	53,89	43,83	836,000	0,117

Considerando os valores de ordenação média, verifica-se que os profissionais que referem que o seu hospital tem algum profissional afeto à segurança do doente que apresentam, na globalidade, valores mais elevados, excetuando a satisfação profissional e perceções e noções dos órgãos de gestão, onde pontuaram mais os profissionais que referem a não existência de um profissional afeto à segurança do doente no hospital, mas sem relevância estatística (cf. Tabela 31).

Tabela 31 - Teste *U de Mann-Whitney* para a relação entre a existência de um profissional afeto à segurança do doente e as atitudes de segurança em bloco operatório

Existência de um profissional afeto à segurança do doente Atitudes de segurança em bloco operatório	Sim	Não	UMW	p
	OM	OM		
Clima de equipa	52,10	45,16	586,500	0,384
Clima de segurança	52,69	42,03	536,500	0,182
Satisfação profissional	50,75	52,31	659,000	0,843
Reconhecimento de fadiga e stresse	51,48	48,44	639,000	0,702
Perceções e noções dos órgãos de gestão	50,98	51,13	678,000	0,985
Condições gerais de trabalho	52,48	43,16	554,500	0,241

Os profissionais que referem que o hospital dispõe de normas de segurança do doente apresentam valores de ordenação média mais elevados em todos os fatores que constituem as atitudes de segurança em bloco operatório, com diferenças estatisticamente significativas no clima de equipa ($p=0,006$) e no clima de segurança ($p=0,003$) (cf. Tabela 32).

Tabela 32 - Teste *U de Mann-Whitney* para a relação entre a existência de normas de segurança do doente no hospital à segurança do doente e as atitudes de segurança em bloco operatório

Existência de normas segurança do doente no hospital	Sim	Não	UMW	p
	OM	OM		
Atitudes de segurança em bloco operatório				
Clima de equipa	53,36	23,56	152,500	0,006
Clima de segurança	53,56	21,25	134,000	0,003
Satisfação profissional	51,18	48,94	355,500	0,834
Reconhecimento de fadiga e stresse	51,69	43,00	308,000	0,420
Percepções e noções dos órgãos de gestão	52,48	33,81	234,500	0,083
Condições gerais de trabalho	52,01	39,31	278,500	0,237

Constata-se que os profissionais que admitem a existência de um sistema de notificação de eventos adversos no hospital são os que pontuaram mais em todos os fatores das atitudes de segurança em bloco operatório, registando-se diferenças estatisticamente significativas no clima de segurança ($p=0,029$) e na satisfação profissional ($p=0,009$) (cf. Tabela 33).

Tabela 33 - Teste *U de Mann-Whitney* para a relação entre a existência de um sistema de notificação de eventos adversos no hospital e as atitudes de segurança em bloco operatório

Existência de um sistema de notificação de eventos adversos no Hospital	Sim	Não	UMW	p
	OM	OM		
Atitudes de segurança em bloco operatório				
Clima de equipa	52,33	37,44	292,000	0,146
Clima de segurança	52,99	30,61	230,500	0,029
Satisfação profissional	53,37	26,78	196,000	0,009
Reconhecimento de fadiga e stresse	52,02	40,56	320,000	0,262
Percepções e noções dos órgãos de gestão	52,01	40,72	321,500	0,269
Condições gerais de trabalho	51,12	49,78	403,000	0,895

Verifica-se que os profissionais com um estatuto a tempo integral consideram que o reconhecimento de fadiga e stresse é um fator que contribuiu para a segurança em bloco operatório, enquanto os participantes que têm um estatuto de tempo parcial ponderam mais o clima de segurança e as condições gerais de trabalho, tendo os que são prestadores externos pontuado mais no clima de equipa, na satisfação profissional e nas percepções e noções dos órgãos de gestão, com diferenças estatisticamente significativas na satisfação profissional ($X^2=15,644$; $p=0,000$) e no reconhecimento de fadiga e stresse ($X^2=8,639$; $p=0,013$), sugerindo que o estatuto profissional interfere nas atitudes de segurança em bloco operatório (cf. Tabela 34).

Tabela 34 - Teste *Kruskal-Wallis* para a relação entre o estatuto profissional e as atitudes de segurança em bloco operatório

Estatuto profissional	Tempo integral	Tempo parcial	Prestador externo	X ²	p
	OM	OM	OM		
Atitudes de segurança em bloco operatório					
Clima de equipa	48,88	47,63	54,10	0,810	0,667
Clima de segurança	51,22	62,50	49,62	0,714	0,700
Satisfação profissional	41,10	45,88	64,45	15,644	0,000
Reconhecimento de fadiga e stresse	58,80	44,88	41,37	8,639	0,013
Perceções e noções dos órgãos de gestão	47,85	57,63	54,50	1,449	0,485
Condições gerais de trabalho	52,00	61,75	48,67	0,878	0,645

Os resultados revelam que são os profissionais cujo turno habitual é de dia que percecionam o reconhecimento de fadiga e stresse como um fator mais favorável à segurança em bloco operatório, enquanto os que têm o turno da manhã pontuaram mais nas perceções e noções dos órgãos de gestão. Por sua vez, os participantes que têm habitualmente o turno da tarde apresentam valores de ordenação média mais elevados no clima de equipa, clima de segurança, satisfação profissional e condições gerais de trabalho. Todavia, não há relevância estatística (cf. Tabela 35).

Tabela 35 - Teste *Kruskal-Wallis* para a relação entre o turno habitual e as atitudes de segurança em bloco operatório

Turno habitual	Dia	Manhã	Tarde	Variável	X ²	p
	OM	OM	OM	OM		
Atitudes de segurança em bloco operatório						
Clima de equipa	50,46	47,65	58,50	50,61	0,738	0,864
Clima de segurança	49,38	53,60	60,17	49,73	1,130	0,770
Satisfação profissional	35,96	56,40	58,06	51,90	4,194	0,241
Reconhecimento de fadiga e stresse	58,33	48,90	45,11	50,80	1,174	0,759
Perceções e noções dos órgãos de gestão	35,25	62,90	59,72	50,88	5,947	0,114
Condições gerais de trabalho	54,38	47,95	57,44	50,03	0,788	0,852

Considerando-se as médias encontradas, os profissionais que exercem num hospital público apresentam valores mais elevados na satisfação profissional, reconhecimento de fadiga e de stresse e condições gerais de trabalho, enquanto os que exercem num hospital privado percecionam mais o clima de equipa, a satisfação profissional e as perceções e noções dos órgãos de gestão como fatores potenciais de atitudes de segurança em bloco operatório, tendo resultado em diferenças estatisticamente significativas na satisfação profissional ($p=0,000$), no reconhecimento de fadiga e de stresse ($p=0,013$) e nas perceções e noções dos órgãos de gestão ($p=0,023$), sugerindo eu o tipo de instituição hospitalar, onde os profissionais exercem, interfere nas atitudes de segurança em bloco operatório (cf. Tabela 36).

Tabela 36 – T-Test Relação entre o tipo de instituição e as atitudes de segurança em bloco operatório

Atitudes de segurança em bloco operatório	Público		Privado		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Clima de equipa	3,45	0,546	3,55	0,674	-0,757	0,451
Clima de segurança	3,35	0,503	3,35	0,642	-0,038	0,970
Satisfação profissional	3,93	0,550	4,51	0,492	-5,461	0,000
Reconhecimento de fadiga e stresse	3,30	0,593	2,98	0,636	2,528	0,013
Perceções e noções dos órgãos de gestão	3,03	0,795	3,43	0,878	-2,315	0,023
Condições gerais de trabalho	3,55	0,693	3,50	0,937	0,292	0,771

Importa referir que nas regressões lineares múltiplas efetuadas tendo em conta as variáveis sociodemográficas e as variáveis socioprofissionais com os vários fatores que constituem as atitudes de segurança em bloco operatório apenas se constatou diferenças estatisticamente significativas em relação à satisfação profissional. Como tal, apenas se apresenta a regressão para este fator, onde as variáveis em estudo são preditoras da satisfação profissional.

Foi efetuada uma correlação entre algumas variáveis sociodemográficas e as variáveis socioprofissionais com a satisfação profissional, verificando-se valores correlacionais inversos entre o sexo ($r = -0,041$) e na antiguidade no hospital ($r = -0,175$). A idade e a antiguidade na especialidade estabelecem uma correlação positiva, registando-se apenas diferença estatisticamente significativa na antiguidade no hospital ($p = 0,040$) (cf. Tabela 37).

Tabela 37 - Correlações de Pearson entre as variáveis independentes e a satisfação profissional

	Variáveis	r	p
Variáveis sociodemográficas	Idade	0,084	0,202
	Sexo	-0,041	0,343
Variáveis socioprofissionais	Antiguidade na especialidade	0,127	0,103
	Antiguidade no hospital	-0,175	0,040

O modelo de regressão entre as variáveis sociodemográficas e socioprofissionais com a satisfação profissional indica que as variáveis a entrar no modelo são a idade, o sexo, a antiguidade na especialidade e a antiguidade no hospital, explicando 0,9% da variação, sendo a variância explicada ajustada de 0,6%. O erro padrão de regressão é 0,56626 e o teste F ($f = 2,645$; $p = 0,038$), o valor de t ($t = 13,723$; $p = 0,000$), apresenta significância estatística, o que leva a inferir que as variáveis em estudo têm poder explicativo sobre a satisfação profissional.

Pelos coeficientes padronizados Beta assinala-se que o sexo é a que revela maior valor preditivo ($\beta = 0,058$) e a sua relação direta com a satisfação profissional permite afirmar

que, independentemente do sexo, os profissionais de saúde consideram a *satisfação profissional* como fator determinante das atitudes de segurança no bloco operatório. Consta-se também que a antiguidade no hospital estabelece uma relação inversa com a *satisfação profissional*, sugerindo que quanto menos tempo de serviço no hospital menor é a percepção dos profissionais acerca da *satisfação profissional* como fator basilar na segurança em bloco operatório (cf. Quadro 1).

Quadro 1 - Regressão linear múltipla entre as variáveis independentes e a satisfação profissional

Variável dependente: <i>Satisfação profissional</i>					
R=0,315					
R ² =0,099					
R ² Ajustado=-0,062					
Erro padrão de estimativa=0,56626					
Incremento de R ² =0,099					
F=2,645					
p=0,038					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	T	p	
Constante	4,161		13,723	0,000	
Idade	0,004	0,079	0,468	0,641	
Sexo	0,058	0,049	0,486	0,628	
Antiguidade na especialidade	0,014	0,256	1,542	0,126	
Antiguidade no hospital	-0,022	-0,355	-2,953	0,004	
Análise de variância					
	Efeito	Soma Quadrados	Média Quadrados	F	p
Regressão	3,392	4			
Residual	30,782	96	0,848	2,645	0,038
Total	34,175	100	0,321		

Em síntese, constatou-se que as variáveis independentes que interferiram na percepção sobre as atitudes de segurança no bloco operatório foram:

- as habilitações académicas (*clima de equipa* $X^2=6,965$; $p=0,031$; *reconhecimento da fadiga e do stresse* $X^2=11,884$; $p=0,003$).

As variáveis socioprofissionais com interferência estatística nas atitudes de segurança no bloco operatório foram:

- a função (*fator clima de equipa* $X^2=12,334$; $p=0,002$);
- frequentar formação sobre segurança do doente (*clima de equipa* $p=0,013$; *clima de segurança* $0,041$; *percepções e noções dos órgãos de gestão*, $p=0,035$);
- hospital dispor de normas de segurança do doente (*clima de segurança* $p=0,029$; *satisfação profissional* $p=0,009$);
- estatuto (*satisfação profissional* $X^2=15,644$; $p=0,000$; *reconhecimento de fadiga e stresse* $X^2=8,639$; $p=0,013$);

- existência de um sistema de notificação de eventos adversos no hospital (*clima de segurança* $p=0,029$; *satisfação profissional* $p=0,009$);

- tipo de hospital (*reconhecimento de fadiga e de stresse* $p=0,013$; *percepções e noções dos órgãos de gestão* $p=0,023$).

O sexo é a variável com maior valor preditivo ($\beta=0,058$), com relação direta, sugerindo que, independentemente do sexo, os profissionais de saúde consideram a *satisfação profissional* como fator determinante das atitudes de segurança em bloco operatório; a antiguidade no hospital estabelece uma relação inversa, indicando que quanto menos tempo de serviço no hospital menor é a percepção dos profissionais acerca da *satisfação profissional*.

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados revelam que o perfil sociodemográfico dos profissionais (N=101) revela ser, na maioria, mulheres (59,4%), sobressaindo os participantes com idade superior aos 50 anos (36,6%), com uma idade mínima de 28 anos e uma máxima de 73 anos, ao que corresponde a uma média de idades de 46,50 anos ($\pm 11,457$ anos), estando em maioria dos licenciados (83,2%). Estes resultados estão em conformidade com os apurados por Pinheiro (2013), cuja amostra também é maioritariamente feminina. No entanto, a média de idades revela-se inferior (M=38.7 anos) à dos profissionais do presente estudo, tendo o autor uma amostra com um máximo de 61 anos.

No que se refere ao perfil socioprofissional, constatou-se que o grupo profissional mais representativo na amostra é o dos enfermeiros (48,5%), com predomínio de profissionais de saúde com mais tempo de exercício profissional na especialidade (39,6%), verificando-se uma média 16,79 anos ($\pm 10,608$ anos). A maioria (46,5%) dos profissionais de saúde está afeto ao atual hospital há menos anos (≤ 10 anos), correspondendo a uma média de 14,50 anos ($\pm 9,245$ anos). Mais de metade da amostra (54,5%) tem estatuto de tempo integral, tendo a grande maioria dos profissionais (69,3%) tem um turno variável. De igual modo, no estudo de Pinheiro (2013), mostrou que o grupo profissional mais representativo do bloco operatório é o dos enfermeiros, o que foi corroborado no presente estudo. No estudo de Pinheiro (2013) também prevalecem os profissionais com mais antiguidade na especialidade e os profissionais que trabalham naquela instituição há menos tempo (M=12.6 anos). Comparando-se ainda o mesmo estudo em relação ao estatuto profissional da nossa amostra, constata-se que há uma similitude de resultados, ou seja, também prevalecem os profissionais contratados a tempo integral. Em relação aos turnos realizados, a maioria da nossa amostra afirma realizar turnos variáveis, tal como no estudo de Pinheiro (2013).

Constatou-se que mais de metade da amostra (71,3%) referiu que frequentou formação sobre segurança do doente, tendo a grande maioria (84,2%) admitido que no seu hospital existe algum profissional afeto à segurança do doente. A quase totalidade da amostra (92,1%) admite a existência no hospital de normas de segurança do doente. A segurança do doente tem de ser encarada numa visão abrangente, como um tema transversal na prática dos profissionais, o que implica a necessidade de formação, de modo a que os profissionais que exercem em bloco operatório possam sentir a segurança como um direito dos doentes (Fragata, 2010, p. 15).

Constatou-se que a grande maioria dos profissionais de saúde (84,2%) admite que no seu hospital existe algum profissional afeto à segurança do doente, admitindo também

quase a totalidade da amostra (92,1%) a existência no hospital de normas de segurança do doente e um sistema de notificação de eventos adversos (91,1%). Apurou-se também que a maioria dos participantes classifica a comunicação e colaboração com os vários grupos profissionais como sendo adequada, com destaque para a comunicação e colaboração com o cirurgião chefe/responsável (54,9%) e com o enfermeiro chefe/responsável (50,0%). Estes resultados mostram concordância com a literatura científica já publicada que afirma que no bloco operatório atua uma equipa multidisciplinar que presta cuidados altamente especializados aos utentes. O trabalho em equipa faz parte da dinâmica deste serviço, onde a comunicação, o bom senso e a flexibilidade são essenciais para o bom funcionamento dos vários profissionais de saúde que integram essa equipa (Soares, 2016, p.27). Rodrigues, 2008 (p.42) refere que o trabalho em equipa é essencial para as instituições de saúde, possibilita o aumento do rendimento, fomenta a comunicação interpessoal e interdisciplinar, uma vez que as equipas são compostas por vários grupos profissionais.

Apesar de haver uma equipa multidisciplinar, no bloco operatório verifica-se uma alta prevalência de erros e acidentes, desde “as interrupções do fluxo cirúrgico, a acidentes *minor* e eventos catastróficos” (Fragata, 2010, p.17). Segundo este autor, os erros que acontecem mais frequentemente devem-se essencialmente a fatores humanos e de equipa, a fatores organizacionais, à complexidade das tarefas, às influências do ambiente e ao puro acaso, sendo necessário a existência de normas de segurança do doente e de um sistema de notificação de eventos adversos, o que foi confirmado no presente estudo, tendo 91,1% dos profissionais de saúde referido a existência no hospital de normas de segurança do doente e um sistema de notificação de eventos adversos. O trabalho no bloco operatório é desenvolvido por uma equipa multidisciplinar onde deve existir uma grande cumplicidade, já que cada elemento desempenha funções específicas e devidamente definidas, contribuindo para um objetivo comum, que é cuidar/tratar do doente com qualidade e em segurança (Rodrigues, 2008, p.27; Soares, 2016, p. 30).

A equipa entende a complementaridade das ações dos diferentes elementos que a constituem, partilhando objetivos processos de decisão e responsabilidades. Mais que as necessidades individuais, estabelecem-se objetivos claros que devem ser alcançados em conjunto. O fracasso de um elemento não é apenas isso, mas implica o fracasso de todos, sendo o sucesso individual imprescindível à equipa. As relações interpessoais são vistas como valorizadoras da comunicação e da colaboração entre os vários elementos que trabalham no bloco operatório.

As estatísticas relativas às atitudes de segurança em bloco operatório revelaram um valor médio mais elevado no fator satisfação profissional (média=4,29±0,584), bem como no

fator condições gerais de trabalho (média=3,52±0,850), sendo o valor mais baixo o obtido no fator reconhecimento de fadiga e stresse (média=3,10±0,637). Estes resultados estão em conformidade com os apurados por Pinheiro (2013), onde também ficou demonstrado que a satisfação profissional e as condições gerais de trabalho foram as dimensões que apresentaram uma média mais elevada. Todavia, Pinheiro (2013) destaca que as percepções e noções dos órgãos de gestão é o fator com menos relevância para a segurança em bloco operatório, enquanto no presente estudo os profissionais referiram com menor preponderância o reconhecimento de fadiga e stresse.

No que se refere à primeira questão de investigação, através da qual se procurou averiguar que variáveis sociodemográficas interferem na percepção sobre o clima de segurança no bloco operatório, constatou-se que apenas as habilitações académicas se constituiu como uma variável com significância estatística, tendo sido os profissionais com habilitações académicas até ao 12.º ano a considerarem a satisfação profissional e as percepções e noções dos órgãos de gestão os fatores mais contributivos para a segurança em bloco operatório, sendo também estes a reconhecerem a fadiga e o stresse com um fator que pode interferir na segurança dos doentes. Os profissionais com a licenciatura percebem o clima de equipa, o clima de segurança e as condições gerais de trabalho como os fatores que mais contribuem para a segurança no bloco operatório. Importa referir que se registam diferenças estatisticamente significativas no fator clima de equipa ($X^2=6,965$; $p=0,031$) e no reconhecimento da fadiga e do stresse ($X^2=11,884$; $p=0,003$). Neste sentido, importa referir que, segundo Soares (2016, p. 30), num bloco operatório, os profissionais de saúde deparam-se cada vez mais com situações de urgência/emergência onde, devido a técnicas mais específicas, exige deles uma maior seleção de necessidades consoante as prioridades. Estes profissionais deparam-se normalmente com situações que envolvem dor, sofrimento e ameaça de vida, podendo levar a um choque com os seus próprios valores, cultura, princípios e sentimentos, resultando em fadiga e stresse.

Importa referir que a cultura de segurança abrange as normas, valores e pressupostos básicos de uma organização inteira. As organizações hospitalares dotadas de uma boa cultura de segurança têm uma comunicação baseada na confiança mútua, percepções comuns da importância da segurança, a confiança na eficácia de medidas preventivas e de apoio para a força de trabalho, requerendo uma boa gestão por parte dos órgãos de gestão (Flin, Burns, Mearns, Yule & Robertson, 2006, p. 111). A cultura dominante influencia comportamentos de segurança e os resultados para os profissionais de saúde e doentes. É imprescindível alcançar-se um padrão de medição o mais alto possível, para que os órgãos de gestão possam usar os dados resultantes para projetar

sistemas de segurança eficazes de intervenção, garantindo a segurança do doente no bloco operatório (*Health Foundation*, 2011, p. 42).

A gestão do bloco operatório é uma atividade difícil, o seu fluxo de trabalho é demasiado complexo para controlar, e as partes interessadas (cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e administradores) possuem pontos de vista muito diferentes sobre os processos de melhoria. Como referem Flin et al. (2006, p. 112), as relações entre gestores e médicos são difíceis de regular e manter. Um dos problemas tem a ver, do lado dos gestores, com a necessidade imperiosa de racionar recursos e com o valor das medidas de efetividade que são úteis para os clínicos. Identificar, recolher e utilizar os dados disponíveis para uma boa gestão pode revelar-se uma tarefa difícil. A definição de objetivos, o seu alinhamento entre gestores de topo e gestores intermédios, bem como a transmissão de informação entre estes e os trabalhadores, assume-se como um processo que requer método e estratégia, de modo a garantir-se a segurança no bloco operatório.

Quanto à segunda questão de investigação, que previa verificar-se o modo as variáveis socioprofissionais influenciam a perceção sobre o clima de segurança no bloco operatório, constatou-se que a função exercida no bloco operatório interferiu estatisticamente na perceção sobre o clima de segurança no bloco operatório, verificando-se que os enfermeiros revelam uma perceção mais positiva das atitudes de segurança no bloco operatório, com valores médios mais elevados no clima de equipa e clima de segurança. No entanto, são os médicos que consideram a satisfação profissional e o reconhecimento de fadiga e stresse como os fatores que podem potenciar melhores atitudes na segurança no bloco operatório. Existe relevância estatística no fator clima de equipa ($X^2=12,334$; $p=0,002$).

Os profissionais de saúde que já frequentaram formação sobre segurança do doente os que apresentam valores de ordenação média mais elevados em todos os fatores, sugerindo que são estes os que mais perceção têm sobre as atitudes sobre a segurança em bloco operatório, resultando em diferenças estatisticamente significativas no clima de equipa ($p=0,013$), no clima de segurança ($0,041$) e nas perceções e noções dos órgãos de gestão ($p=0,035$), indicando que a formação em segurança do doente interfere nas atitudes sobre a segurança em bloco operatório. Neste âmbito, importa referir que os níveis de dano para o doente associados a eventos adversos 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.11). A mesma autora (p.

11) refere que relatos de incidentes tornam-se numa “janela diagnóstica” para o sistema de saúde, cuja aprendizagem que deles decorre tem permitido também desenhar planos de ação preventivos, como a criação de ações de formação sobre a segurança do doente.

Apurou-se que os profissionais que referem que o hospital dispõe de normas de segurança do doente apresentam valores de ordenação média mais elevados em todos os fatores que constituem as atitudes de segurança em bloco operatório, com diferenças estatisticamente significativas no clima de equipa ($p=0,006$) e no clima de segurança ($p=0,003$). Os profissionais que admitem a existência de um sistema de notificação de eventos adversos no hospital são os que pontuaram mais em todos os fatores das atitudes de segurança em bloco operatório, registando-se diferenças estatisticamente significativas no clima de segurança ($p=0,029$) e na satisfação profissional ($p=0,009$). Estes resultados vão ao encontro do preconizado pelo Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro de 2015, p.3882), onde se refere que “o acesso a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis da prestação, é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados, sendo que a segurança é um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde”. Como tal, as organizações hospitalares têm de possuir normas de segurança do doente para a melhoria da cultura de segurança do seu ambiente interno, sendo este um imperativo e uma prioridade consignada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro de 2015, p.3882).

Verificou-se também que os profissionais com um estatuto a tempo integral consideram que o reconhecimento de fadiga e stresse é um fator que contribuiu para a segurança em bloco operatório, enquanto os participantes que têm um estatuto de tempo parcial ponderam mais o clima de segurança e as condições gerais de trabalho, tendo os que são prestadores externos pontuado mais no clima de equipa, na satisfação profissional e nas perceções e noções dos órgãos de gestão, com diferenças estatisticamente significativas na satisfação profissional ($X^2=15,644$; $p=0,000$) e no reconhecimento de fadiga e stresse ($X^2=8,639$; $p=0,013$), sugerindo que o estatuto profissional interfere nas atitudes de segurança em bloco operatório. De acordo com o estudo de Pinheiro (2013), os profissionais de saúde também atribuem grande relevância ao reconhecimento de fadiga e stresse, ao clima de segurança e às condições gerais de trabalho. A segurança dos doentes deve ser uma preocupação fundamental dos profissionais e das organizações de saúde, o que requer a gestão de todos os fatores que possam interferir neste processo. Torna-se, assim, uma exigência cada vez maior posicionar a gestão do bloco operatório como objetivo estratégico da instituição de saúde

e, ao mesmo tempo, focando a sua atenção na melhoria da eficiência deste serviço, uma vez que os ganhos podem ser significativos (Fragata, 2010, p. 18).

Aferiu-se ainda que os profissionais que exercem num hospital público apresentam valores mais elevados no clima de segurança, reconhecimento de fadiga e de stresse e condições gerais de trabalho, enquanto os que exercem num hospital privado percebem mais o clima de equipa, a satisfação profissional e as perceções e noções dos órgãos de gestão como fatores potenciais de atitudes de segurança em bloco operatório, tendo resultado em diferenças estatisticamente significativas na satisfação profissional ($p=0,000$), no reconhecimento de fadiga e de stresse ($p=0,013$) e nas perceções e noções dos órgãos de gestão ($p=0,023$), sugerindo eu o tipo de instituição hospitalar, onde os profissionais exercem, interfere nas atitudes de segurança em bloco operatório.

Por fim, constatou-se que o sexo, a idade, a antiguidade na especialidade e a antiguidade no hospital são variáveis preditoras da satisfação profissional como fator contributivo da segurança no bloco operatório. A variável sexo é a que revela maior valor preditivo ($\beta= 0,058$) e a sua relação direta com a satisfação profissional permite afirmar que, independentemente do sexo, os profissionais de saúde consideram a satisfação profissional como fator determinante das atitudes de segurança no bloco operatório. Constata-se também que a antiguidade no hospital estabelece uma relação inversa com a satisfação profissional, sugerindo que quanto os profissionais de saúde com menor antiguidade no hospital relatam menor satisfação profissional como fator basilar na segurança em bloco operatório. A satisfação no trabalho tem-se constituído um tópico de interesse crescente em Saúde para os que se preocupam com a qualidade de vida dos cuidados prestados aos clientes, o sucesso das organizações e com as consequências do esforço de cada profissional nos cuidados de saúde. Paralelamente, a segurança do doente, definida como um componente estruturante, uma meta constante e um indicador referencial do desempenho e qualidade do sistema de saúde, é um fator que também depende do grau de satisfação profissional. Ângelo (2015, p.33) refere que, quanto maior forem as expectativas do trabalhador e maior o reconhecimento do seu trabalho, maior será a satisfação. Se isto não acontecer, surge a insatisfação, podendo esta assumir consequências importantes na satisfação dos utentes e na imagem social da organização.

CONCLUSÃO

O estudo reflete as características de uma amostra de 101 profissionais a exercerem em bloco operatório, na maioria, mulheres, com idade superior aos 50 anos, correspondendo uma média de idades de 46,50 anos ($\pm 11,457$ anos), maioritariamente licenciados. Em termos socioprofissionais, o grupo profissional mais representativo na amostra é o dos enfermeiros, com predomínio de profissionais de saúde com mais tempo de exercício profissional na especialidade, com predomínio dos profissionais com estatuto de tempo integral e em turno variável. Mais de metade da amostra frequentou formação sobre segurança do doente, confirmando que no seu hospital existe algum profissional afeto à segurança do doente e a presença de normas de segurança do doente.

Aferiu-se que a maioria dos profissionais classifica a comunicação e a colaboração com os vários grupos profissionais como sendo adequada, com destaque para a comunicação e colaboração com o cirurgião chefe/responsável e com o enfermeiro chefe/responsável.

Os resultados relativos à primeira questão de investigação revelaram que as habilitações académicas constituíram-se como única variável sociodemográfica com interferência estatística nas atitudes dos profissionais sobre a segurança em bloco operatório, com diferenças estatisticamente significativas no fator clima de equipa e no reconhecimento da fadiga e do stresse.

No que diz respeito à segunda questão de investigação, constatou-se que as variáveis socioprofissionais que interferiram nas atitudes de segurança em bloco operatório foram a função, frequentar formação sobre segurança do doente, o hospital dispor de normas de segurança do doente, existência de um sistema de notificação de eventos adversos no hospital, o estatuto e o tipo de instituição.

Deste modo, aferiu-se que:

- os enfermeiros revelam uma perceção mais positiva das atitudes de segurança no bloco operatório, destacando o clima de equipa e clima de segurança. Todavia, os médicos consideram a satisfação profissional e o reconhecimento de fadiga e stresse como os fatores mais importantes para a segurança em bloco operatório;

- os profissionais de saúde com formação sobre segurança do doente têm mais perceção das atitudes sobre a segurança em bloco operatório, resultando em diferenças estatisticamente significativas no clima de equipa, no clima de segurança e nas perceções e noções dos órgãos de gestão;

- os profissionais cujo hospital dispõe de normas de segurança do doente apresentam valores de ordenação média mais elevados em todos os fatores que constituem as atitudes de segurança em bloco operatório, com diferenças estatisticamente significativas no clima de equipa e no clima de segurança;

- os participantes que admitem a existência de um sistema de notificação de eventos adversos no hospital pontuaram mais em todos os fatores das atitudes de segurança em bloco operatório, com diferenças estatisticamente significativas no clima de segurança e na satisfação profissional;

- os profissionais com um estatuto a tempo integral identificam o reconhecimento de fadiga e stresse como um fator que mais contribuiu para a segurança em bloco operatório, enquanto os que têm um estatuto de tempo parcial consideram mais o clima de segurança e as condições gerais de trabalho, tendo os que são prestadores externos pontuado mais no clima de equipa, na satisfação profissional e nas perceções e noções dos órgãos de gestão, com diferenças estatisticamente significativas na satisfação profissional e no reconhecimento de fadiga e stresse.

- os participantes que exercem num hospital público ponderam principalmente o clima de segurança, o reconhecimento de fadiga e de stresse e as condições gerais de trabalho, enquanto os que exercem num hospital privado percecionam mais o clima de equipa, a satisfação profissional e as perceções e noções dos órgãos de gestão como fatores potenciais de atitudes de segurança em bloco operatório, com diferenças estatisticamente significativas na satisfação profissional, no reconhecimento de fadiga e de stresse e nas perceções e noções dos órgãos de gestão.

Apurou-se que o género, a idade, a antiguidade na especialidade e a antiguidade no hospital são variáveis preditoras da satisfação profissional como fator contributivo da segurança no bloco operatório. Independentemente do género, mais os profissionais de saúde consideram a satisfação profissional como fator determinante das atitudes de segurança no bloco operatório e quanto menor a antiguidade no hospital menos é a perceção dos profissionais acerca da satisfação profissional como fator basilar na segurança em bloco operatório.

Limitações do estudo

O estudo empírico realizado, enquanto investigação com enfoque descritivo e correlacional, permite equacionar predições na análise da inter-relação entre as variáveis independentes e a variável dependente, tendo permitido alcançar evidências sobre as atitudes da segurança em bloco operatório, fundamentando orientações práticas futuras. Tem em conta estes pressupostos, a seleção da população alvo em estudo foi planeada de forma criteriosa, com a finalidade de assegurar a representatividade dos diferentes grupos profissionais. Destaca-se também o facto do tipo de amostra ser de natureza não probabilística por conveniência, o que poderá ter resultado em vieses nas implicações na validade dos resultados do estudo, em decorrência da natureza não aleatória na seleção dos profissionais de saúde.

Ressalva-se ainda as limitações que podem decorrer do tipo de instrumentos de medida, nomeadamente no que se refere à Escala de Atitudes de Segurança em Bloco Operatório que era extensa, o que pode ter resultado em subjetividade inerente à sinceridade das informações fornecidas pelos participantes, resultantes de respostas eventualmente dirigidas mais a condutas desejáveis e nem sempre às da sua realidade quotidiana.

Outra limitação prende-se com o facto de ser escassa em Portugal a literatura que trate da relação entre as variáveis independentes estudadas nesta investigação e as atitudes de segurança em bloco operatório, o que se repercutiu em capítulos sobre o estado de arte, apresentados neste relatório.

Implicações do estudo

Os resultados deste estudo permitem reforçar o pressuposto de que a comunicação é a base de todos os processos e que as situações de trabalho de equipa possibilitam a articulação entre os diferentes membros e fortalece as trocas de comunicação. Desta forma, pelos resultados obtidos na análise do clima de equipa, considera-se pertinente a formação específica na temática, para que se consiga um clima de segurança de qualidade para o doente em bloco operatório.

Sugestões

Os resultados obtidos sustentam a necessidade das instituições de saúde promoverem a formação dos seus profissionais em contexto do local de trabalho. Colaborar com a Comissão de Gestão de Risco da instituição onde se exercem funções na elaboração de protocolos de comunicação, os quais devem incluir estratégias dinâmicas promotoras de comunicação eficaz. Promover reuniões para permitir a comunicação entre os diversos profissionais das equipas, de modo a garantir-se a segurança em bloco operatório.

Tendo em conta os resultados do clima de segurança, no qual os profissionais deveriam reconhecer os seus erros, considera-se importante direcionar estratégias de melhoria, com o intuito de melhorar o reconhecimento do erro de forma alargada, almejando o clima de segurança do doente. Num ambiente de clima de segurança “ótimo” esperar-se-á que o profissional considere a sua falibilidade, como característica humana. Num sistema de saúde centrado no erro, a capacidade de resiliência deverá apoiar-se na aprendizagem com o erro, na não repetição do mesmo e na valoração do risco de recorrência e prevenção. Neste sentido, dado ter-se constatado que a maioria dos profissionais já frequentaram formação em segurança do doente sugere-se a formação no local de trabalho com sessões práticas de implementação de protocolos de cirurgia segura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ângelo, S.V. (2015). *Segurança do doente no intraoperatório competências do enfermeiro circulante*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido em <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=37567>.
- Associação dos Enfermeiros das Salas das Operações Portuguesa (2006). *Enfermagem Perioperatória: da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lisboa: Lusodidata.
- Bilbao, M., & Fragata, I. (2006). Gestão do Bloco Operatório. In Fragata, J., *Risco Clínico - complexidade e performance* (pp. 277-296). Coimbra: Edições Almedina. ISBN 978-972-402-835-4.
- Campos, L., Saturno, P., & Carneiro, A.V. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: a qualidade dos cuidados e dos serviços*. ACSS. Acedido em <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>
- Conselho da União Europeia (2014). *Key findings and recommendations on Education and training in patient safety across Europe Work of Education and Training in Patient Safety Subgroup of the Patient Safety and Quality of Care Working Group of the European Commission*. Acedido em: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/guidelines_psqcwg_education_training_en.pdf
- Despacho nº 1400-A/2015, de 10 de fevereiro. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República n.º 28/2015, 1º Suplemento, Série II de 2015-02-10. Acedido em http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Fevereiro/Desp_1400A_2015.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016 - 3.3 Eixo Estratégico - Qualidade em Saúde*. Acedido em <https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/uploads/2015/10/Plano-Nacional-de-Saude-2012-2016-DGS.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Norma n.º 025/2013 - Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais*. Departamento da Qualidade na Saúde. Direção Geral da Saúde, Ministério da Saúde.

- Direção-Geral da Saúde (2013). *Segurança do Doente - Programas e Projectos*. Acedido em <file:///C:/Users/Moggy/Downloads/i017515.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários*. Departamento da Qualidade na Saúde. Direção Geral da Saúde, Ministério da Saúde.
- Eiras M. (2011). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio hospitalar: investigação ação numa Unidade de Radioterapia*. [Tese de Doutoramento]. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Acedido em <http://run.unl.pt/bitstream/10362/13667/1/Tese%20de%20Doutoramento%20-%20Margarida%20Eiras.pdf>
- Faria, P.L., Moreira, P.S., & Pinto, L.S. (2014). *Direito e segurança do paciente In Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. Organizado por Paulo Sousa e Walter Mendes. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Fernandes, A.M.M.L., & Queirós, P.J.P. (2011). Cultura de Segurança do Doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, 4, 37-48. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn4/serIIIIn4a04.pdf>.
- Flin, R., Burns, C., Mearns, K., Yule, S., & Robertson, E.M. (2006). Measuring safety climate in health care. *Qual Saf Health Care*; 15, 109-115.
- Fragata J. (2006). *Risco clínico: complexidade e performance*. Coimbra: Edições Almedina.
- Fragata J. (2010). Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. *Rev. Port. Saúde Pública*; 10, 17-26. Acedido em <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2010-t%20seg%20doente/3-erros%20e%20acidentes%20no%20bloco%20operat%C3%B3rio.pdf>
- Garcia, C.R.F. (2015). *Cultura de segurança da criança hospitalizada num centro hospitalar da zona centro: percepção dos enfermeiros*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu; Instituto Politécnico de Viseu. Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2838/1/GARCIA%2C%20CatarinaRaquelFerreira%20DM.pdf>
- Gomes, M.J.A.Q. (2012). *Cultura de Segurança do Doente no Bloco Operatório*. (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra. Acedido em <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24068&code=9>

- Health Foundation (2011). *Does improving safety culture affect patient outcomes?* London: The Health Foundation. Acedido em <http://www.health.org.uk/public/cms/75/76/313/3078/Does%20improving%20safety%20culture%20affect%20outcomes.pdf?realName=fsu8Va.pdf>
- Joint Commission International [JCI] (2010). Padrões de acreditação da *Joint Commission International* para Hospitais. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde – Rio de Janeiro. ISBN 978-85-61459-07-9. Acedido em http://www.joint-commission.org/Portals/0/Assets/Files/2010/Fourth_Edition_Hospital_Manual_Portuguese_Translation.pdf
- Lage, M.J. (2010). *Segurança do doente: da teoria à prática*. Acedido em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sectorpublicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/2->
- Lima, S. (2011). *Sistema de Notificação de Eventos Adversos: contributos para a melhoria da segurança do doente*. (Dissertação de Mestrado), Universidade Nova de Lisboa. Lisboa. Portugal. Acedido em <http://run.unl.pt/bitstream/10362/9417/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Mestrado%20-%20Sara%20Lima.pdf>
- Madeira, A.M. (2013). *A cultura de segurança no bloco operatório como cuidamos da segurança dos doentes*. (Dissertação de Mestrado). ISCTE Business School. Instituto Universitário de Lisboa. Acedido em <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/4672/1/A%20cultura%20de%20Seguran%C3%A7a%20no%20bloco%20operat%C3%B3rio.pdf>
- Martins, M. (2014). *Qualidade do cuidado em saúde. In Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. Organizado por Paulo Sousa e Walter Mendes. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Mohammadreza, A., Sogand, T., & Omid, B. (2010). Measuring Safety Culture and Setting Priorities for Action at an Iranian Hospital. *Al Ameen Journal of Medicine Sciences*, 3(3), 237-245. Acedido em http://ajms.alameenmedical.org/article_Vol03-3-Jul-Sep-2010/AJMS.3.3.2010.237-245.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2004). *Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante*. Revista da Ordem dos Enfermeiros, pp. 1-2.
- Organização Mundial de Saúde (2008) *Better Knowledge for Safer Care. Global Priorities for Research in Patient Safety (first edition) The Research Priority Setting Working Group December 2008*. Acedido em http://www.who.int/patientsafety/research/priorities/global_priorities_patient_safety_research.pdf

- Organização Mundial de Saúde (2010). *Ethical issues in Patient Safety Research Interpreting existing guidance*. Acedido em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85371/1/9789241505475_eng.pdf
- Peralta, T.J.A. (2012). *Segurança do doente - Perspetiva dos profissionais de um hospital da região centro*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra. Acedido em <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24072&code=32>
- Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2014). *Descobrimo regressão: com a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Silabo.
- Pinheiro, J.P.A. (2013). *Perceções sobre o clima de segurança em bloco operatório*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Nova de Lisboa. Acedido em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/11243/3/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20Jo%C3%A3o%20Pedro%20Pinheiro.pdf>
- Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro de 2015. Diário da República, 2.ª série - N.º 28 - 10 de fevereiro de 2015. Acedido em <https://www.dgs.pt/...saude/.../plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-202>.
- Ramos, S., & Trindade, L. (2013). Incidentes de Segurança do Doente. Porquê relatar? *Tecno hospital*, 60, 10-16. Acedido em: <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1662/1/Revista%20TecnoHospitalArtigo%20Gest%C3%A3o%20de%20Risco.pdf>
- Rodrigues, M. (2008). *Stress e burnout na equipa multidisciplinar cirúrgica*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Aberta, Lisboa. Acedido em <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/710/1/LC417.pdf>
- Soares, L.A.S. (2016). *A gestão do stresse em profissionais de saúde no bloco operatório*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Acedido em https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/5954/1/msc_lassoares.pdf
- Sousa, P. (2006). Patient Safety – A Necessidade de uma Estratégia Nacional. *Ata Médica Portuguesa*, 19, 309-318. Acedido em <https://pdfs.semanticscholar.org/d2c2/e269e9fd4c3de49ebe90d75c8c233b2d9cde.pdf>

- Sousa, P. (2014). *Segurança do Paciente: um panorama europeu*. Acedido em http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_5887432.pdf
- Vogus, T.J., Sutcliffe, K.M., & Weick, K.E. (2010). Doing No Harm: Enabling, Enacting, and Elaborating a Culture of Safety in Health Care. *Academy of Management Perspectives*, 60-77. Acedido em <http://owen.vanderbilt.edu/vanderbilt/data/research/2267full.pdf>

ANEXOS

Anexo I

Instrumento de recolha de dados



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde e da Educação (UNICISE)

Departamento: Enfermagem

Investigador Responsável: Madalena Cunha, ESSV, IPV

Investigador Colaborador: Nuno Ribeiro

Ano: 2017

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Exm^o (º). Senhor (a):

Sou enfermeiro, a frequentar o V Curso V Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Encontro-me a realizar um trabalho sobre a Cultura de Segurança percebida por profissionais do bloco operatório.

A segurança do doente tem sido nos últimos anos alvo das políticas internacionais na área da saúde, tendo origem no importante Movimento de Segurança do Doente com origem em dados publicados sobre eventos adversos em cuidados de saúde. Pelas características específicas e especiais inerentes à prestação de cuidados de saúde em ambiente hospitalar, o referido movimento gerou uma inevitabilidade de as organizações de saúde dirigirem a sua atenção para as questões de segurança nos cuidados. A rutura com o pensamento de que os cuidados são seguros possibilitou a adoção paulatina de uma cultura de segurança e de estratégias preventivas e corretivas.

Este trabalho pretende conhecer a perceção dos profissionais de bloco operatório no que reporta à cultura de segurança institucional e, enriquecer o entendimento na área. É por isso **fundamental a sua colaboração**.

Grato pela sua participação

PARTE I

Leia atentamente e coloque um (X) no círculo correspondente à sua resposta, ou complete os espaços, considerando as funções que exerce nesta instituição.

Caracterização Sociodemográfica e Laboral					
1. Género <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino		4. Função <input type="radio"/> Cirurgião Graduado <input type="radio"/> Cirurgião Assistente <input type="radio"/> Anestésista <input type="radio"/> Enfermeiro <input type="radio"/> Chefe/Responsável <input type="radio"/> Enfermeiro <input type="radio"/> Técnico de Diagnóstico <input type="radio"/> Assistente Operacional <input type="radio"/> Outro		5. Há quantos anos trabalha nesta especialidade? ____	
2. Idade ____				6. Há quantos anos trabalha neste hospital? ____	
		7. Estado profissional <input type="radio"/> Tempo Integral <input type="radio"/> Tempo Parcial <input type="radio"/> Prestador Externo		8. Turno Habitual <input type="radio"/> Dia <input type="radio"/> Manhã <input type="radio"/> Tarde <input type="radio"/> Noite <input type="radio"/> Variável	
3. Habilitações Académicas <input type="radio"/> 12º Ano <input type="radio"/> Bacharelato <input type="radio"/> Licenciatura <input type="radio"/> Pós-Licenciatura Designação: _____ <input type="radio"/> Especialização Designação: _____ <input type="radio"/> Mestrado Designação: _____ <input type="radio"/> Doutoramento <input type="radio"/> Outra				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
		9. Alguma vez frequentou formação sobre segurança do doente?		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
		10. O seu hospital tem algum profissional afeto à segurança do doente?		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
		11. O seu hospital dispõe de normas de segurança do doente?		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
		12. O seu hospital tem algum sistema de notificação de eventos adversos?		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	

Parte II

Leia cuidadosamente cada questão e responda verdadeira, espontânea e rapidamente a cada uma delas, considerando as suas experiências no Bloco Operatório desta instituição. Coloque um (X) na letra correspondente.

	A	B	C	D	E	X
	Muito Baixo	Baixo	Adequado	Alto	Muito Alto	Não sei/Não aplicável

Use a escala para descrever a qualidade da comunicação e colaboração que tem com:

1. Cirurgião Chefe/Responsável	A	B	C	D	E	X
2. Cirurgiões e Internos de Cirurgia	A	B	C	D	E	X
3. Anestésista	A	B	C	D	E	X
4. Enfermeiro Chefe/Responsável	A	B	C	D	E	X
5. Enfermeiro	A	B	C	D	E	X
6. Técnico de Diagnóstico	A	B	C	D	E	X
7. Assistente Operacional	A	B	C	D	E	X
8. Outro	A	B	C	D	E	X

A	B	C	D	E	X
Discordo Completamente	Discordo Parcialmente	Não concordo nem concordo	Concordo Parcialmente	Concordo Completamente	Não sei/ Não aplicável



Use a escala para responder às questões:

Questionário de Atitudes de Segurança em Bloco Operatório					
1. Este B.O. tem níveis de trabalho elevados	A	B	C	D	E X
2. Gosto do meu trabalho	A	B	C	D	E X
3. Indicações por parte das enfermeiras sobre os cuidados com o paciente são bem recebidas no B.O.	A	B	C	D	E X
4. Sentir-me-ia seguro se fosse um paciente aqui	A	B	C	D	E X
5. Os Erros Clínicos* são resolvidos apropriadamente neste hospital	A	B	C	D	E X
6. Este hospital faz um bom trabalho no treino do novo pessoal	A	B	C	D	E X
7. Toda a informação necessária está disponível antes de iniciar a intervenção	A	B	C	D	E X
8. Trabalhar neste hospital é como fazer parte de uma grande família	A	B	C	D	E X
9. A administração deste hospital está a fazer um bom trabalho	A	B	C	D	E X
10. A administração do hospital apoia os meus esforços diários	A	B	C	D	E X
11. Recebo o feedback apropriado sobre o meu desempenho	A	B	C	D	E X
12. É difícil discutir erros clínicos no B.O.	A	B	C	D	E X
13. Os Briefings** prévios às intervenções cirúrgicas com a equipa de B.O. são importantes para a segurança dos doentes	A	B	C	D	E X
14. Os Briefings** são frequentes no B.O.	A	B	C	D	E X
15. Este hospital é um bom local para trabalhar	A	B	C	D	E X
16. A fadiga interfere com a minha performance em situações de emergência	A	B	C	D	E X
17. A administração do hospital não compromete a segurança dos doentes	A	B	C	D	E X
18. O Pessoal no B.O. é suficiente para o número de doentes	A	B	C	D	E X
19. As tomadas de decisão no B.O. usam indicações de profissionais relevantes nesse domínio	A	B	C	D	E X
20. Sou encorajado pelos colegas a reportar qualquer preocupação que tenha relacionada com a segurança dos doentes	A	B	C	D	E X
21. A cultura no B.O. permite rapidamente aprender com os erros dos outros	A	B	C	D	E X
22. Este hospital lida construtivamente com profissionais de saúde e funcionários problemáticos	A	B	C	D	E X
23. O equipamento médico no B.O. é adequado	A	B	C	D	E X
24. Neste B.O. é difícil falar se me apercebo de um problema relacionado com o doente	A	B	C	D	E X
25. Quando a carga de trabalho se torna excessiva a minha performance é afetada	A	B	C	D	E X
26. Recebo atempadamente informação adequada sobre eventos no hospital que podem afetar o meu trabalho	A	B	C	D	E X
27. Já vi cometerem-se erros com potencial de danos nos doentes	A	B	C	D	E X
28. Sei quais são os canais apropriados para direcionar questões relacionadas com a segurança dos doentes no B.O.	A	B	C	D	E X
29. Sinto orgulho em trabalhar neste hospital	A	B	C	D	E X
30. Desacordos no B.O. são resolvidos apropriadamente (ex: não quem está certo mas o que é melhor para o doente)	A	B	C	D	E X
31. Sou menos eficiente quando estou fatigado	A	B	C	D	E X
32. Sou mais propenso a cometer erros em situações tensas ou hostis	A	B	C	D	E X
33. O stress relacionado com problemas pessoais afeta negativamente o meu desempenho	A	B	C	D	E X
34. Tenho o apoio necessário de outros colegas para me preocupar com os doentes	A	B	C	D	E X
35. É fácil para os profissionais no B.O. colocarem questões quando existe algo que não compreendem	A	B	C	D	E X
36. Interrupções na continuidade dos cuidados (ex. mudanças de turno, transferências de doentes) podem prejudicar a segurança do doente	A	B	C	D	E X
37. Durante situações de emergência, consigo prever o que os outros profissionais vão realizar de seguida	A	B	C	D	E X

38. O pessoal Médico e de Enfermagem trabalham em conjunto como uma equipa coordenada	A	B	C	D	E	X
39. Sou frequentemente incapaz de expressar a minha discordância com o cirurgião chefe/cirurgião assistente	A	B	C	D	E	X
40. Os profissionais de saúde podem verdadeiramente ignorar os problemas pessoais quando estão a trabalhar	A	B	C	D	E	X
41. A moral é elevada no B.O. desta instituição	A	B	C	D	E	X
42. Os estagiários e internos, na minha especialidade são bem supervisionados	A	B	C	D	E	X
43. Sei o primeiro e último nome de toda a equipa com quem trabalhei no último turno	A	B	C	D	E	X
44. Cometi erros com risco potencial de provocar dano nos doentes	A	B	C	D	E	X
45. O cirurgião chefe e o cirurgião assistente estão a realizar um bom trabalho	A	B	C	D	E	X
46. Todo o pessoal no B.O. assume responsabilidade pela segurança dos doentes	A	B	C	D	E	X
47. Sinto-me fatigado quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar outro dia de trabalho	A	B	C	D	E	X
48. A segurança dos doentes é constantemente reforçada como prioridade no B.O.	A	B	C	D	E	X
49. Sinto burnout devido ao meu trabalho	A	B	C	D	E	X
50. Assuntos importantes são bem comunicados nas mudanças de turno	A	B	C	D	E	X
51. Há adesão generalizada às normas de orientação e critérios baseados na evidência relativos à segurança dos doentes	A	B	C	D	E	X
52. Sinto-me frustrado pelo meu trabalho	A	B	C	D	E	X
53. Sinto que trabalho demasiado	A	B	C	D	E	X
54. Informação obtida através de relatórios de incidentes é usada para tornar os cuidados prestados mais seguros no B.O.	A	B	C	D	E	X
55. Durante situações de emergência (ex. reanimações), a minha performance não é afetada por trabalhar com pessoal menos experiente ou menos capaz	A	B	C	D	E	X
56. Os profissionais ignoram frequentemente as regras ou normas de orientação (ex. lavagem das mãos, protocolos de tratamento/percursos clínicos, zonas estéreis) que são estabelecidos no B.O.	A	B	C	D	E	X
57. O cirurgião chefe e o cirurgião assistente devem estar formalmente encarregues da equipa de B.O. durante os procedimentos cirúrgicos	A	B	C	D	E	X
58. Falhas de comunicação que levam a atrasos do início dos procedimentos são frequentes	A	B	C	D	E	X
59. Alguma vez realizou este questionário	Sim	Não	Não sei			

PROJETO

Perceção do Clima de Segurança pelos profissionais do bloco operatório

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO AO PARTICIPANTE

Cara/o Colega,

No âmbito do projeto de investigação intitulado "Perceção do Clima de Segurança pelos profissionais do bloco operatório" solicita-se a sua participação no referido estudo, cujos objetivos principais são:

Conhecer a perceção dos profissionais de bloco operatório sobre o clima de segurança na sua organização;

Analisar a influência das variáveis sociodemográficas e das variáveis socioprofissionais na perceção sobre Clima de Segurança;

Comparar a perceção sobre o Clima de Segurança dos diferentes grupos profissionais.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Qualquer informação obtida durante este estudo será confidencial. Todos os dados pessoais serão armazenados de modo a que os participantes não possam ser identificados. Os dados serão codificados e apenas o investigador principal terá acesso a esta informação. Assegura-se que neste estudo serão concretizados os procedimentos descritos, será mantido o anonimato e a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores envolvidos no projeto consagram como obrigação e dever, o sigilo profissional.

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Agradecemos a sua colaboração nesta investigação.
Bem haja!

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO AO PARTICIPANTE

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;

- Declaro ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido respostas esclarecedoras;

- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;

- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízos dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informado(a) **autorizo a participação** neste estudo:

Nome: _____ / ____ / 2017.

Assinatura do participante:

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Nome do Investigador Responsável: Madalena Cunha

Nome do Investigador Principal: Nuno Ribeiro

Assinatura: _____

Anexo II

Autorização ao autor da escala para a utilização da mesma

2017-5-20

Gmail - Pedido autorização



Nuno Ribeiro Ribeiro <enfnumoribeiro@gmail.com>

Pedido autorização

João Pinheiro <jppinheiro@ualg.pt>
Para: Nuno Ribeiro Ribeiro <enfnumoribeiro@gmail.com>
Cc: asuva@ensp.unl.pt

7 de maio de 2017 às 09:31

Bom dia

Caro Nuno, peço desculpa pelo atraso na minha resposta, pois estive ausente em trabalho e só agora estou a responder aos e-mails.

Agradeço o contacto e o interesse pelo trabalho realizado e claro que dou autorização para o uso do questionário referido para a elaboração da sua tese!

Desejo-lhe sorte e qualquer dúvida ou questão que tenha em relação ao mesmo poderá contactar-me à vontade.

Cumprimentos

João Pedro Alexandre Pinheiro
Área Departamental de IMR
Universidade do Algarve

Av. Dr. Adelino da Palma Carlos, 8000-510 Faro – Portugal
Tel.: (+351) 289 800 100 (Ext.:8302) 916969537
Email: jppinheiro@ualg.pt

[Citação ocultada]

Autorizado
Alf. J. Ribeiro

Ex. mo. Administrador Executivo
Hospital da Luz Aveiro e Clínica de Oiã
Sr. Enf.º José Loreto da Costa

No âmbito do plano curricular do V Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, encontro-me a desenvolver um projecto de investigação cuja temática central é a Cultura de Segurança no Bloco Operatório. Área que me desperta interesse, diretamente relacionada com a minha prática clínica e que contribui de forma muito significativa para a qualidade dos cuidados prestados. A Cultura de Segurança de uma organização de saúde espelha a abertura da mesma para a mudança, para a melhoria contínua e para uma aprendizagem constante. Uma forte Cultura de Segurança revela a proficiência de uma organização saudável e segura, capaz de apresentar lideranças ativas, ambiente justo, comunicação transparente e de dar ênfase à segurança. Esta última, fundamental e indissociável, da tão desejada qualidade. Pelo doente, pela organização e pela sociedade em geral.

O tema central da dissertação reflete os objetivos gerais:

- ✓ Conhecer a perceção dos profissionais de bloco operatório sobre o clima de segurança na sua organização;
- ✓ Analisar a influência das variáveis sociodemográficas e as variáveis socioprofissionais na perceção sobre clima segurança.
- ✓ Comparar a perceção sobre o clima de segurança dos diferentes grupos profissionais.

O estudo terá como instrumento de recolha de dados um questionário com duas partes: uma de caracterização sociodemográfica e profissional, e outra, com um questionário já validado para Portugal, o Questionário de Atitudes de Segurança em Bloco Operatório (2013).

Esta investigação tem toda a adequação e conveniência à realidade e valores da organização Hospital da Luz Aveiro e Hospital Clínica de Oiã, podendo ser um importante contributo para os ambientes de trabalho e a segurança dos cuidados.

Os resultados da investigação, que está a ser orientada pela Professora Doutora Madalena Cunha, docente da Escola Superior de Saúde de Viseu, vão ser apresentados no segundo semestre de 2017. Caso haja interesse por parte da instituição, a informação resultante do tratamento dos dados poderá ser colocada à disposição dos participantes no estudo e da instituição à qual se refere o mesmo.

Como anexo a este documento encontra-se o questionário a aplicar cujo tempo de preenchimento será inferior a 15 minutos.

Neste contexto, venho solicitar a autorização de V.Ex.ª para efetuar a recolha de dados junto dos profissionais do bloco operatório da instituição.

Sem outro assunto de momento, agradeço a disponibilidade e atenção.
Sinceros e cordiais cumprimentos

Aveiro, 02 de Setembro de 2017

(Mestrando: Nuno João Caçador Ribeiro, Contato: njribeiro@clia.pt)
Escola Superior de Saúde de Viseu