



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica 7ª Edição

Trabalho de Projeto

Incidentes adversos no bloco operatório: que realidade?

Paula Maria Moço da Cruz

Viseu, julho de 2021



Trabalho de Projeto

Incidentes adversos no bloco operatório: que realidade?

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica 7ª Edição

Orientação:

Professor Doutor Olivério Ribeiro

Viseu, julho de 2021

“A persistência realiza o impossível”
(Provérbio chinês)

Agradecimentos

Na elaboração deste trabalho, várias pessoas contribuíram para o seu desenvolvimento, sem as quais a sua concretização não teria sido possível. A todos, expresso a minha profunda gratidão.

Um agradecimento especial ao Professor Doutor Olivério Ribeiro, meu orientador, pelo seu profissionalismo e apoio, acompanhando e pelo estímulo concedido para que esta etapa fosse alcançada com sucesso.

À minha família, pelo incentivo constante, pelas palavras de apoio, por ser o meu porto de abrigo.

A todos, muito obrigada.

Resumo

Introdução: O interesse em alargar o conhecimento sobre os incidentes adversos que ocorrem no Bloco Operatório constitui-se o foco do presente Trabalho de Projeto, tendo por finalidade contribuir para o aumento da segurança do doente, constituindo-se igualmente como uma oportunidade para disponibilizar ao Serviço essa informação.

Objetivo: Verificar quais os incidentes adversos mais prevaletentes no Bloco Operatório.

Métodos: Estudo quantitativo correlacional-descritivo e transversal. A amostra será composta por todos os enfermeiros que exercem num Bloco Operatório Central da região centro do país. Trata-se de uma amostra do tipo não probabilístico por conveniência. Como instrumento de recolha de dados, aplicar-se-á um protocolo constituído por um questionário sociodemográfico, de caracterização profissional e pelo questionário “Perceção dos Enfermeiros sobre Notificação de Incidentes e Segurança dos doentes” (Antunes, 2015), que contém três escalas adaptadas.

Resultados/conclusão: Espera-se que os resultados apurados sirvam de ponto de partida para minimizar os eventos adversos e incentivar à sua notificação, sem medo de punição por parte dos enfermeiros, mas como um meio de melhorar a segurança do doente e garantir a qualidade dos cuidados prestados.

Palavras-chave: Bloco Operatório; Eventos adversos; Notificação; Enfermeiros.

Abstract

Introduction: The interest in broadening the knowledge about adverse incidents that occur in the surgical unit is the focus of this Project Work, aiming to contribute to the increase of patient safety, also constituting an opportunity to make available to the Service that information.

Objective: Verify which adverse incidents are most prevalent in the surgical unit.

Methods: Quantitative correlational-descriptive and cross-sectional study. The sample will consist of all nurses who work in a Central Surgical Unit in the central region of the country. This is a non-probabilistic convenience sample. As a data collection instrument, a protocol will be applied consisting of a sociodemographic, professional characterization questionnaire and the questionnaire "Nurses' Perceptions on Incident Notification and Patient Safety" (Antunes, 2015), which contains three adapted scales.

Results/conclusion: The results obtained are expected to serve as a starting point to minimize adverse events and encourage their notification, without fear of punishment by nurses, but as a means of improving patient safety and ensuring quality of the care provided.

Keywords: Surgical unit; Adverse events; Notification; Nurses.

Sumário

Introdução	17
Parte I – Trabalho de projeto verificação dos eventos adversos no Bloco Operatório	21
1. Caracterização do contexto	23
2. Diagnóstico de situação	27
3. Enquadramento teórico	29
3.1. Bloco Operatório	29
3.2. Incidentes no Bloco Operatório e segurança do doente	31
4. Metodologia do trabalho de projeto	35
4.1. Projeto de investigação	35
4.1.1. Objetivos	35
4.1.2. Planeamento de intervenção	36
4.1.3. Execução e avaliação	37
4.1.4. Divulgação	38
Parte II – Projeto de Investigação	39
5. Método	41
5.1. Tipo de estudo	41
5.2. Variáveis	42
5.3. Participantes no estudo	43
5.4. Instrumento de colheita de dados	43
5.5. Procedimentos éticos e legais	46
5.4. Procedimentos estatísticos	47
Conclusão	49
Referências bibliográficas	51
Anexos	53
Anexo I – Instrumento de recolha de dados	

Lista de figuras

Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica	43
--	----

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

BO - Bloco Operatório

BOC - Bloco Operatório Central

DGS - Direção-Geral da Saúde

et al. - e outros autores

p - página

UCPA - Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

Introdução

A segurança do doente é um sério problema de saúde pública global que é definido como a prevenção de danos aos doentes com ênfase no sistema de prestação de cuidados que evita erros, aprender com os erros que ocorrem e é construída sobre uma cultura de segurança que envolve a saúde dos profissionais de saúde, organizações e doentes. A segurança do doente é um componente crítico da qualidade dos cuidados de saúde. Mesmo que as estimativas do tamanho do problema sejam escassas, particularmente em países em desenvolvimento e em transição, é provável que milhões de doentes em todo o mundo sofram de défices, lesões ou morte em cada ano devido a cuidados de saúde inseguros (Kumbi, Hussien, Lette, Nuriye & Morka, 2020).

A cultura de segurança do doente é definida como os valores compartilhados entre os membros da organização hospitalar sobre o que é importante, as suas crenças sobre como as coisas funcionam na organização e a interação dessas dentro da unidade de trabalho, estruturas e sistemas organizacionais, que juntos produzem normas de comportamento na organização que promovem a segurança. Alcançar uma cultura de segurança requer uma compreensão dos valores, crenças e normas sobre o que é importante numa organização hospitalar e quais as atitudes e os comportamentos relacionados com a segurança do doente são esperados e apropriados. A qualidade e a segurança são reconhecidas como questões-chave no estabelecimento de sistemas de saúde acessíveis, eficazes e responsivos (*World Health Organization*, 2009).

O Bloco Operatório (BO) “é reconhecido como um ambiente de alto risco e elevado custo, cujos recursos são frequentemente percebidos como mal utilizados” (Fernandes, 2019, p. 19). De acordo com a mesma autora, objetivo da gestão do BO consiste em

“criar um ambiente seguro, eficiente e estruturado a um custo mínimo. A sua gestão é responsável pela coordenação dos componentes do conjunto cirúrgico para otimizar o acesso do doente e equipa de saúde e minimizar os riscos, maximizando a eficiência dos recursos (pessoal, equipamentos e tempo) e manter um local de trabalho eficaz para toda a equipa” (Fernandes, 2019, p. 19).

A sua gestão eficaz é crucial para se garantir a solidez da cultura de segurança do doente.

Desde 2010, a Direcção-Geral da Saúde (DGS), através da sua Circular Normativa n.º 16/2010, consignou que se implementasse o programa Cirurgia Segura Salva Vidas, instituído pela Organização Mundial de Saúde, em todos os BO do Sistema Nacional de Saúde de Portugal, tendo como parte integrante o preenchimento da Lista de Verificação de

Segurança Cirúrgica, cuja finalidade é fortalecer as práticas de segurança e fomentar uma melhor comunicação e trabalho da equipa multidisciplinar. Todavia, embora muitos dos passos declarados na lista estejam incluídos como prática de rotina no BO, nem sempre, esta é aplicada na totalidade e de forma sistemática (DGS, 2010), sendo precisamente neste âmbito que emerge a preocupação com a questão da segurança dos doentes a quem se prestam cuidados. Esta preocupação pessoal tem-se intensificado face à responsabilidade que se assume ao cuidar-se dos doentes. Por outro lado, o facto de os eventos adversos que ocorrem no BO, ou seja, erros e incidentes associados aos fatores humanos e da equipa, fatores organizacionais, complexidade das tarefas, as influências do ambiente e o puro acaso, a infeção cirúrgica, interrupções do fluxo cirúrgico, erros em anestesia, erros relacionados com o ato cirúrgico, erros com a “Check list” do BO, erros relacionados com a complexidade dos processos, das tecnologias e dos fatores humanos, que a prestação de cuidados envolve, também se assumiu como preocupação o que levou à necessidade da elaboração de um Trabalho de Projeto acerca da temática dos erros em BO, principalmente porque estas situações ocorrem no serviço onde se exerce funções, sobretudo por que se trata de um BO de grandes dimensões. Em suma, prevalência de erros e acidentes, que vão desde as interrupções do fluxo cirúrgico, sem perturbações para os doentes, a acidentes *minor* e até a eventos dramáticos, com danos irreversíveis para o doente ou mesmo a morte (Fragata, 2010), constituiu-se como uma preocupação *major*.

Assim, face ao exposto, formulou-se a seguinte questão de investigação:

- “Quais os eventos adversos mais prevaletentes no BO?”.

Desta questão de partida, delinearam-se os seguintes objetivos:

- Verificar quais os incidentes adversos mais prevaletentes no BO;
- Averiguar a opinião dos enfermeiros acerca da comunicação de eventos adversos no BO;
- Averiguar com que frequência os enfermeiros procedem à notificação de eventos adversos;
- Constatar quais os determinantes que influenciam a notificação de eventos adversos.

Neste Trabalho de Projeto, para se dar resposta à questão de investigação, recorrer-se-á a uma metodologia de estudo quantitativo, descritivo-correlacional, transversal.

A aplicação da metodologia de Projeto em contexto da realidade profissional possibilita que se otimizem as competências profissionais, almejando-se uma prática

baseada na evidência, o que possibilita a tomada de decisão fundamentada em evidências científicas.

Parte I – Trabalho de projeto verificação dos eventos adversos no Bloco Operatório

1. Caracterização do contexto

Seja qual for a natureza de um projeto, o mesmo deve começar com a delimitação de um problema, a partir do qual se pode organizar os objetivos. Assim, um Trabalho de Projeto pressupõe que se conjugue o saber com a experiência, proporcionando a possibilidade de se estudar a realidade concreta. Como tal, centra-se na análise e na resolução de problemas (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Neste sentido, passa-se a fazer uma descrição da estrutura física, dinâmica, funcional e organizacional do BO Central, que se constitui como *locus* de estudo, como forma de se contextualizar o problema.

O BOC é uma unidade orgânica dotada de instalações próprias, onde são prestados cuidados de saúde diferenciados a utentes com indicação cirúrgica ou necessitando de tratamentos ou exames que exijam um elevado nível de cuidados, assepsia e anestesia. É um serviço no qual se exerce funções há 21 anos, mas deve dizer-se que, desde o reconhecimento, pela Organização Mundial de Saúde, da doença pelo novo coronavírus (COVID-19) como pandemia e com as várias medidas que têm sido adotadas para prevenir e conter a transmissão do vírus SARS-CoV-2, este serviço está irreconhecível. As medidas incluíram a implementação de um modelo inovador de abordagem aos doentes suspeitos ou confirmados com COVID-19 no Serviço Nacional de Saúde e que assenta numa resposta adequada, atempada e articulada de todo o sistema. Atualmente, o espaço físico do BOC teve de ser alterado de forma a dar resposta a todas as medidas necessárias devido à pandemia.

Relativamente à estrutura física do BOC, este encontra-se instalado no 1º piso do hospital, no mesmo piso do Serviço de Medicina Intensiva, tendo no piso inferior em relação de proximidade vertical, o Serviço de Urgência, de acordo com o documento Recomendações Técnicas para instalação de bloco operatório - RT 05/2011 da ACSS. É constituído por uma área livre que permite a passagem de pessoal e materiais, onde estão os gabinetes de gestão, copa, vestiários, zona de receção de doentes provenientes do internamento e urgência, assim como o acesso à Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos UCPA. A área semi-restrita dá acesso às áreas de apoio das salas de operações, gabinetes, armazéns de medicação de material limpo e estéril. As áreas restritas estão limitadas aos profissionais e doentes, sendo necessário farda do bloco, cabelos protegidos, calçado anti estático e máscara. No corredor da zona suja faz-se a recolha do instrumental cirúrgico utilizado nas salas operatórias e o seu transporte para a sala onde é descontaminado e depois colocado noutra sala ao lado para que os enfermeiros do BOC o possam acondicionar nas respetivas caixas e contentores, de acordo com as listas de verificação

que cada instrumental possui, para que as assistentes operacionais que estão alocadas à esterilização para que o possam embalar e colocar a esterilizar. Após a esterilização, este sai na zona limpa semi-restrita onde é acondicionado. A área restrita inclui a sala de operações, sala de indução, sala de desinfecção e sala de apoio, nesta área é obrigatório fardamento, touca, calçado e máscara cirúrgica.

O BOC é constituído por 14 salas operatórias, 12 salas no piso (1) cada uma com a sua sala de indução anestésica, sala de desinfecção e sala de apoio. No piso (-1) temos duas salas operatórias em que só uma está a ser utilizada para dar resposta a doentes críticos com COVID 19 e que tenham de ser operados com urgência ou que não tenham o resultado do teste COVID em tempo útil para poderem ser operados no piso (1). Com os casos de COVID 19 a aumentar o Conselho de Administração delibera uma circular normativa para suspensão da atividade cirúrgica programada. As medidas impostas da expansão máxima do plano de contingência vieram suspender toda a atividade cirúrgica programada não prioritária no BOC para se poder dar resposta a esta crise pandémica. Com esta situação apenas ficaram cinco ou seis salas operatórias a funcionar diariamente das (8h às 15h) e/ou (8h às 20h), com as diversas especialidades que habitualmente ocupam o BOC sendo elas: Urologia Ginecologia, Plástica, Cirurgia Maxilo Facial, Otorrino, Dermatologia, Neurocirurgia, Cirurgia Vasculuar, Cirurgia Geral, Ortopedia, Gastroenterologia, etc., alternadamente entre as salas 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7 que funcionam com cirurgia programada. A sala 8 encontra-se atualmente a servir para arrumos de equipamentos, as salas 9 e 12 ficaram disponíveis só para urgências que funciona 24h, as salas operatórias 10 e 11, como estão preparadas para passar a pressão negativa, foram organizadas para poderem receber doentes com COVID 19, na qual participei com a realização das sinaléticas dos percursos a cumprir para os doentes e profissionais. Atualmente funcionam todas as salas operatórias no piso 1, com a exceção das salas 10 e 11 que ficaram destinadas para a urgência e para doentes COVID-19. No piso (-1) mantém-se uma sala operatória para doentes COVID-19 de urgência e a outra sala serve de apoio.

No que concebe à equipa de enfermagem, esta é composta por 115 elementos, em horário rotativo por vários turnos ao longo das 24 horas. Na distribuição diária, os enfermeiros estão distribuídos por salas operatórias e as funções acrescidas. Da mesma forma, os assistentes operacionais também são distribuídos previamente pelo que antes de iniciarem o turno os profissionais já sabem quais as suas funções para o dia em questão. Considera-se esta questão organizativa uma mais-valia para os profissionais, uma vez que, tendo acesso ao plano cirúrgico atempadamente, poderão preparar-se de antemão para alguma intervenção mais específica ou de que não estejam tão seguros, resultando em cuidados de maior qualidade e segurança para o doente.

Com a necessidade de mobilizar os recursos humanos necessários ao reforço do plano de contingência COVID 19 e de reduzir a pressão sobre os serviços de internamento e com a suspensão da atividade cirúrgica programada (convencional) no BOC, foi solicitado a alguns profissionais (enfermeiros e assistentes operacionais) para prestarem colaboração noutros serviços, até que esta crise pandémica melhorasse e os serviços pudessem voltar à sua normalidade de funcionamento, como se verifica atualmente.

2. Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação principia com a primeira etapa da metodologia de projeto com a finalidade de elaborar “um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar” (Ruivo et al., 2010, p. 10).

Como já referenciado anteriormente, o presente Trabalho de Projeto será desenvolvido num BO Central da zona centro do país. Assim sendo, identificou-se como fatores que parecem justificar o projeto a desenvolver:

- A constatação de eventos adversos que colocam em risco a segurança do doente;
- Pouco tempo para facultar ao enfermeiro em integração as informações que lhe possibilitem ter conhecimento da dinâmica funcional do BO;
- Ausência de um estudo anterior neste BO.

3. Enquadramento teórico

Neste capítulo faz-se uma contextualização teórica da área em que se insere o presente Trabalho de Projeto.

3.1. Bloco Operatório

O BO consiste numa unidade com grande impacto no funcionamento hospitalar, tanto ao nível das receitas, como dos custos “representa o maior custo do centro hospitalar, estima-se em mais de 40% das despesas totais (Fernandes, 2019, p. 25). De acordo com a mesma autora, o BO dispõe de uma equipa multidisciplinar e compreende os vários departamentos hospitalares. O trabalho no BO abarca cirurgias programadas, não programadas e urgentes, com ou sem internamento.

A Associação dos Enfermeiros das Salas das Operações Portugueses (AESOP, 2006, p. 20) refere que o BO consiste numa “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”. Este constituiu-se por salas de operações, que são

“unidades imobiliárias com o fim de realizar intervenções cirúrgicas, sendo parte integrante de uma sala operatória, juntamente com o local de desinfeção, salas de apoio e sala de indução anestésica. Sala cirúrgica ou sala operatória como uma “sala equipada, integrada em Bloco Operatório, que permite a execução de intervenções cirúrgicas e de exames que requeiram anestesia geral ou loco regional e elevado nível de assepsia (opcionalmente poder-se-ão usar as designações “sala cirúrgica,” “sala de intervenção cirúrgica” ou “sala de operações” (Fernandes, 2019, p. 25).

Trata-se de um serviço caracterizado pela constante evolução das técnicas cirúrgicas e anestésicas, bem como pela especificidade do doente cirúrgico com múltiplas patologias associadas e que são potenciadoras de situações que resultam em níveis elevados de stresse para os doentes e seus familiares. A conjugação destes fatores exige da parte do enfermeiro perio-peratório uma constante atualização da teoria e da prática para uma eficaz melhoria na prestação de cuidados (AESOP, 2006).

Sendo um serviço com muitos consumos e que tem alocados muitos profissionais de saúde, o BO tem custos fixos associados que, segundo Pereira (2014, p. 18), são “custos

independentes da produção”, não sendo, como tal, passíveis de “transformação a curto prazo”. Por tanto, a mesma autora refere que se deve ter em atenção que o BO exige “uma equipa humana multiprofissional com um elevado nível de especialização”. Segundo a mesma autora, existem também os custos variáveis, que dependem da produção, tornando-o num setor no qual “se pode atuar com mais facilidade, em termos de prevenção de gastos desnecessários, sendo paradigmático os consumíveis usados pela cirurgia, ou até o tipo de tecnologia utilizada” (Pereira, 2014, p. 18).

No BO, tal como já referenciado anteriormente, registam-se os dados da Lista de Verificação da Cirurgia Segura numa plataforma informática, que é disponibilizada pelo Ministério da Saúde, compreendendo determinadas atividades (Direção-Geral da Saúde, 2010, pp. 3-4):

“a. Na fase pré-operatória, a obtenção do consentimento informado, a confirmação da identidade do doente, do local da cirurgia e do procedimento a ser realizado, a verificação da integridade dos equipamentos anestésicos e da disponibilidade de medicamentos de emergência, assim como a adequada preparação para o desenrolar da cirurgia, são todos itens merecedores de atenção.

b. Durante a cirurgia, o uso adequado e criterioso de antibióticos, a disponibilidade de exames imagiológicos e outros essenciais, a monitorização adequada do doente, o trabalho de equipa eficiente, as decisões anestésicas e cirúrgicas competentes, a técnica cirúrgica meticulosa e a boa comunicação entre cirurgiões, anestesistas e enfermeiros são aspetos a observar necessariamente para garantir um bom resultado.

c. Após a intervenção, um plano claro de cuidados, a compreensão dos eventos intra-operatórios e o compromisso com uma monitorização de alta qualidade podem favorecer a abordagem cirúrgica, promovendo assim a segurança do doente e a melhoria dos resultados”.

Cada BO tem “processos que são únicos, pelo que cada hospital deve estudar as melhores práticas desenvolvidas neste âmbito, de modo a poder determinar qual a que melhor se adequa à sua realidade. O alto grau de variabilidade verificada entre blocos de diferentes hospitais quer em processos, quer em custos por procedimento cirúrgico, demonstram o grande potencial de melhoria” (Pereira, 2014, p. 20).

No universo hospitalar, o BO tem um papel de grande importância, 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, sendo que a sua atividade gera um grande impacto na instituição de saúde pelo volume importante de interações com o resto do hospital (Nobre, 2017, p. 21). Ainda que o BO, embora se trate de uma área protegida, na qual são prestados cuidados especializados a doentes de elevado risco que necessitam de isolamento, para que se possam minimizar os riscos de infeção, assume-se

como um serviço com significativo “fluxo interno e externos de doentes, pessoal e materiais” (Nobre, 2017, p. 21). A mesma autora refere ainda que toda a atividade exercida no BO consiste numa “prática complexa, interdisciplinar, com forte dependência da atuação individual (*human technical skills*), exercida no seio de organizações complexas, onde os fatores de equipa (*human non technical skills*) e os fatores organizacionais (*system*) desempenham um papel fundamental, numa constante interação entre humanos, máquinas e equipamentos”. Por tal, toda a atividade compreende “tarefas complexas, plenas de variação e de incerteza, exercidas em condições ambientais dominadas pela pressão e pelo *stress*” (Nobre, 2017, p. 22).

3.2. Incidentes no Bloco Operatório e segurança do doente

O erro é um evento que está intimamente associado ao Homem, o que faz com que as falhas humanas sejam uma ameaça que devem ser tidas em consideração nos sistemas complexos, como é exemplo o BO (Silva, 2019). Em termos mundiais, ainda que tenham aumentado os conhecimentos relativos à segurança do doente, continua a verificar-se que as complicações cirúrgicas evitáveis levam a um significativo número de lesões e mortes, estando estimados de “3 a 16% de eventos adversos em todos os doentes internados, metade dos quais ocorre durante o ato cirúrgico e são considerados evitáveis”, o que se reflete numa “taxa de 3% de eventos adversos peri-operatórios” e numa “taxa de 0,5% de mortalidade global”, com “7 milhões de doentes cirúrgicos” a terem “complicações significativas em cada ano, 1 milhão dos quais morrerá durante ou imediatamente após a cirurgia” (WHO, 2010, cit. por Silva, 2019, p. 24).

O autor supracitado realizou um estudo cujo objetivo consistiu em analisar os fatores que estão associados à perceção dos profissionais de saúde que exercem funções num BO de um hospital da região Norte do Serviço Nacional de Saúde, quanto à cultura de segurança do doente. Os resultados do estudo indicam que a dimensão com maior número de respostas positivas foi o *Trabalho em equipa dentro das unidades* (64,38%). Nas dimensões *Transições*, *Abertura da comunicação*, *Trabalho em equipa entre unidades*, o número de respostas positivas oscilou entre os 40-50%, 20-30% de respostas positivas para as dimensões *Expetativas do supervisor/gestor* e *ações que promovam a segurança do doente*, *Perceção geral da segurança do doente*, *Aprendizagem organizacional – melhoria contínua*, *Resposta não punitiva ao erro*, *Dotação de profissionais*, *Comunicação e feedback acerca do erro* e *Apoio da gestão hospitalar para a segurança do doente*. A dimensão com

valor mais baixo de respostas positivas foi a *Frequência da notificação de eventos/ocorrências* (12,98%).

Antunes (2015) realizou uma investigação para conhecer a percepção dos enfermeiros acerca da notificação de incidentes e da segurança do doente, tendo constatado que todos os enfermeiros referiram que os incidentes devem ser notificados, todavia, a frequência de notificação era baixa e diminuía com a gravidade do dano, 65,0% dos enfermeiros não tinham registado qualquer ocorrência no último ano, com 82,3% a desconhecer o sistema de notificação. Ficou demonstrado que os principais obstáculos à notificação eram “o receio de punição” e os principais fatores facilitadores “os benefícios que advêm da notificação para o doente, a ausência de retaliações no trabalho, uma relação positiva com os superiores hierárquicos, o anonimato e a percepção de resultados da notificação”. O autor constatou que 60,0% dos enfermeiros revelaram uma percepção geral positiva da segurança do doente. Tendo por base estes dados, o autor concluiu que a percepção que os enfermeiros tinham acerca da notificação dos incidentes sugere desconhecimento, um significativo receio de punição, o que leva a uma redução da frequência de notificação dos eventos adversos.

No seu estudo, Zegers, Bruijne, Keizer et al. (2011) constaram que as consequências dos eventos adversos mais graves num BO resultaram em danos irreversíveis para os doentes, tratamentos extras, permanência hospitalar prolongada, readmissões não planeadas e recurso a serviços de ambulatório com mais frequência. Quase 40% dos eventos adversos cirúrgicos foram infeções e 45% lesão por causa mecânica, física ou química. Os fatores humanos estiveram envolvidos na causa de 65% dos eventos adversos e foram considerados evitáveis se houve um maior controlo da qualidade e treino.

Vinagre e Marques (2019) referem que a notificação de eventos adversos é um dos aspetos centrais para a qualidade da assistência e segurança do doente. Tendo por base esta premissa, realizaram um estudo no qual analisaram a cultura de segurança do BO em relação aos eventos adversos e sua notificação, de acordo com a percepção dos enfermeiros de um BO de um hospital privado de Lisboa. Os resultados mostram que apenas 51,2% dos eventos adversos que causaram danos aos doentes foram sempre notificados pelos enfermeiros. Dos vários eventos adversos ocorridos, 60,5% não foram notificados, justificado por “falta de tempo”. Também houve uma correlação negativa entre a experiência profissional e a frequência da notificação do evento adverso ($p < 0,05$). Os fatores referidos como os que mais contribuíram para a ocorrência de erros foram a pressão para a agilidade no trabalho (100,0%), falta de recursos humanos (86,0%), desmotivação (86,0%), inexperiência profissional e sobrecarga horária (83,7%), falta de conhecimento (74,4%) e

falhas de comunicação (65,1%). A percepção da segurança do doente foi avaliada pela maioria dos participantes como “aceitável”. Ficou evidente uma redução de notificação de eventos adversos no BO, por isso torna-se fundamental mais formação contínua dos profissionais de saúde para aumentar a cultura de segurança do doente com qualidade.

Na procura pela qualidade da assistência prestada, garantindo ao doente a sua segurança consiste num compromisso das instituições e profissionais de saúde. Nesse sentido, a redução dos riscos associados à prestação de cuidados está relacionada com as mudanças na cultura e nos métodos trabalho, na medida em que os cuidados de saúde resultam de um conjunto de intervenções que podem levar à ocorrência de erros/eventos adversos no processo de cuidar (Souza, Kawamoto, Oliveira et al., 2015). Os mesmos autores referem ainda que os eventos adversos são uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo e também podem aumentar o tempo de hospitalização, os custos de atendimento e os encargos legais e a sua notificação é uma das estratégias mais importantes para alcançar uma cultura de segurança eficaz. A cultura de segurança é desejável e é caracterizada pela soma de valores, experiências, atitudes e práticas que orientam o comportamento de um grupo (Vinagre & Marques). As mesmas autoras referem que, em Portugal, os dados disponíveis sobre os eventos adversos são escassos. Os mais significativos eventos adversos que ocorrem no contexto de BO, correspondem a 48% do total que ocorrem a nível hospitalar.

O BO, devido ao alto nível de tecnologia que apresenta e as funções específicas de que necessita, é um lugar privilegiado para o surgimento de momentos de confusão, stresse, tensões emocionais e relacionais. Esses momentos de tensão e aumento do stresse potencializam a ocorrência de erros e é fundamental definir estratégias para evitá-los (Silva & Rodrigues, 2016). De acordo com os mesmos autores, o sistema de notificação dos erros surge como uma estratégia importante para permitir a redução da morbidade e mortalidade, particularmente no BO. Um sistema de notificação dos erros associado a uma cultura não punitiva reduz consideravelmente a ocorrência de eventos adversos em BO e a frequência das notificações, *feedback* e aprendizagem com os erros são amplamente consideradas importantes estratégias para melhorar a segurança do doente. Assim, torna-se fundamental estabelecer metas, envolvendo todos os profissionais de saúde, porque é através da relação entre a qualidade e a segurança do atendimento, o comportamento dos profissionais e o suporte da instituição, que se obtém um atendimento seguro (Freitas, Silva, Minamisava et al., 2014). É fundamental sensibilizar os enfermeiros sobre a importância da notificação dos eventos adversos e o seu impacto positivo na cultura de segurança no BO, através de formação contínua (Silva & Rodrigues, 2016).

4. Metodologia do trabalho de projeto

A metodologia de projeto promove o desenvolvimento da pessoa, pois esta torna-se responsável pela construção do seu próprio saber. Por conseguinte, através desta metodologia, o investigador fica mais “atento, crítico, confiante e exigente em relação a si, aos outros e ao meio que o envolve, logo, mais capaz de intervir socialmente. Neste contexto impõe-se que o indivíduo que projeta esteja envolvido ao máximo na concretização desse projeto, sob pena do projeto não se concretizar” (Barros, 2015, p. 31). Ferrito et al. (2010, p.2) referem que a metodologia de trabalho de projeto “baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução”, o que contribuiu para uma prática baseada na evidência.

O presente Trabalho de Projeto incide, tal como já referenciado, nos eventos adversos ocorridos num BO onde se exerce funções, o que implicou ter-se um conhecimento desta realidade, traduzindo-se numa área em que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica pode intervir tendo em conta a sua área de intervenção autónoma. Como tal, a utilização da metodologia de projeto reforçou a necessidade de se estudar o tema em causa, para que se possam delinear estratégias que consigam minimizar os eventos adversos e aumentar as suas notificações.

4.1. Projeto de investigação

O projeto de investigação é apresentado na Parte II – Projeto de Investigação.

4.1.1. Objetivos

Tendo em conta a problemática em estudo, formulam-se os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Verificar quais os incidentes adversos mais prevalentes no BO.

Objetivos específicos/subsidiários:

- Averiguar a opinião dos enfermeiros acerca da comunicação de eventos adversos no BO;

- Averiguar com que frequência os enfermeiros procedem à notificação de eventos adversos;
- Constatar quais os determinantes que influenciam a notificação de eventos adversos;
- Auscultar o Enfermeiro Gestor do BO acerca das notificações dos eventos adversos.

4.1.2. Planeamento de intervenção

A fase do Planeamento de Intervenção consiste em mais uma etapa da metodologia de projeto, na qual se definem as atividades e as estratégias que se desejam desenvolver de uma forma sequencial. Esta etapa parte dos objetivos delimitados, possibilitando a definição das linhas de ação, identificação dos recursos, dos possíveis obstáculos e constrangimentos, bem como a calendarização das tarefas (Ferrito et al., 2010).

Por conseguinte e tendo por base o diagnóstico da situação, apresento algumas propostas parcelares que vão ao encontro dos objetivos delineados.

Proposta 1 – Recolha de dados

- Elaboração do instrumento de colheita de dados, a ser aplicado a todos os enfermeiros do BO;

Proposta 2 – Análise dos resultados

- Realização do tratamento estatístico dos dados e sua discussão;

Proposta 3 – Divulgação dos resultados

- Divulgar os incidentes adversos mais prevalentes no BO;
- Divulgar a opinião dos enfermeiros acerca da comunicação de eventos adversos no BO;
- Divulgar a frequência com que os enfermeiros procedem à notificação de eventos adversos;

- Divulgar os determinantes que influenciam a notificação de eventos adversos;
- Dar a conhecer os resultados ao Enfermeiro Gestor do BO, através de um documento informativo.

Proposta 4 - Auscultar o Enfermeiro Gestor

- Auscultar o Enfermeiro Gestor do BO acerca das notificações dos eventos adversos e sobre a melhor forma de estes poderem ser evitados.

Proposta 5 – Realizar formação em serviço

- Realização de formação em serviço para todos os enfermeiros do BO acerca dos eventos adversos e sobre a importância da sua notificação;
- Avaliação da formação.

Proposta 6 – Promover uma melhor integração dos novos enfermeiros no BO

- Proporcionar aos enfermeiros em integração informações sobre a dinâmica funcional do BO, com a elaboração de um Protocolo de Integração para servir como instrumento de consulta para que os novos enfermeiros possam esclarecer as suas dúvidas;
- Informar os novos enfermeiros sobre o procedimento de integração vigente no BO;
- Ajudar na uniformidade de atuação ao longo do programa de integração;
- Demonstrar a importância da cultura de segurança do doente.

4.1.3. Execução e avaliação

A fase de execução coloca em prática tudo quanto foi planeado. É uma fase em que o delineamento do propósito começa a tornar-se numa situação real construída (Ferrito et al., 2010). Para a realização desta etapa, serão contempladas a reflexão e a análise crítica, possibilitando fazer uma avaliação de todo o percurso efetuado e, caso seja necessário, reformularem-se estratégias, para que se possam alcançar os objetivos delineados. As atividades planeadas, acima referenciada, serão concretizadas até ao final de outubro de 2021.

Para que se possam alcançar os resultados pretendidos, executar-se-á:

- a distribuição dos questionários pelos enfermeiros;
- a determinação dos incidentes adversos mais prevalentes no BO, a opinião dos enfermeiros acerca da comunicação de eventos adversos no BO, com que frequência os enfermeiros procedem à notificação de eventos adversos;
- a constatação dos determinantes que influenciam a notificação de eventos adversos;
- o envolvimento de todos os enfermeiros e do Enfermeiro Gestor do BO para que se possam debater estratégias sobre como evitar os eventos adversos e acerca da importância das suas notificações, ou seja, formar e treinar a equipa no que se refere a esta temática.

4.1.4. Divulgação

A divulgação consiste na última etapa da metodologia de Projeto, ou seja, é a fase da divulgação do projeto desenvolvido, o que serve para assegurar o conhecimento externo do Projeto e a análise das estratégias adotadas para a resolução do problema (Ferrito et al., 2010). Esta fase corresponde à divulgação dos resultados do Projeto.

Parte II – Projeto de Investigação

5. Método

O trabalho de projeto a ser desenvolvido tem como objetivo geral verificar quais os incidentes adversos mais prevalentes no BO.

5.1. Tipo de estudo

Com o intuito de se alcançarem os objetivos delineados, optar-se-á por um estudo quantitativo, com corte transversal, descritivo e correlacional, com o recurso a uma metodologia quantitativa uma vez que os dados proporcionam realidades objetivas no que respeita 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, 2021, p. 277).

É um estudo descritivo pois procura descobrir a incidência e a distribuição de determinados traços ou atributos de uma determinada população, sem que o investigador os procure explicar. Assim, o presente estudo pode ser caracterizado como tal, porque estuda a distribuição do traço (variável) numa amostra representativa de enfermeiros do BO (Coutinho, 2021). Assume-se como um estudo transversal, porquanto os dados serão recolhidos num só momento no tempo numa amostra representativa enfermeiros do BO, quer para descrever, quer para detetar possíveis relações entre as variáveis (Coutinho, 2021).

Assim, definiram-se como objetivos:

- Verificar quais os incidentes adversos mais prevalentes no BO.
- Averiguar a opinião dos enfermeiros acerca da comunicação de eventos adversos no BO;
- Averiguar com que frequência os enfermeiros procedem à notificação de eventos adversos;
- Constatar quais os determinantes (variáveis sociodemográficas e profissionais) que influenciam na ocorrência de incidentes adversos e sua notificação.

5.2. Variáveis

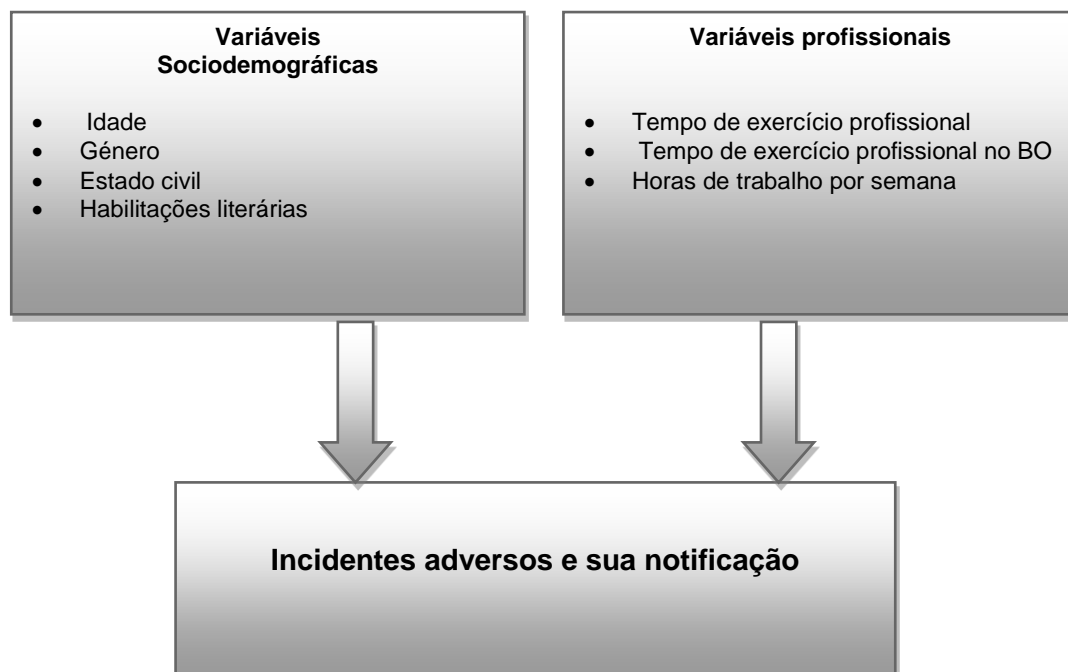
Uma variável independente “pode ser uma situação, característica ou um fenómeno que possa assumir pelos menos 2 níveis por forma a comparar grupos”, ou seja, “é aquela que o investigador manipula” (Coutinho, 2021, p. 73).

Assim, serão consideradas variáveis independentes: idade, género, estado civil, habilitações literárias, tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional no BO, horas de trabalho por semana.

A variável dependente define-se como “a variável que o investigador vai medir para avaliar diferenças nos sujeitos derivados da exposição (ou não) ao tratamento” (Coutinho, 2021, p. 73). Como variável dependente deste estudo definiu-se a perceção que os enfermeiros têm acerca dos incidentes adversos e acerca da notificação dos mesmos.

Assim sendo, realizou-se uma representação esquemática, que procura dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis independentes (idade, género, estado civil, habilitações literárias, tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional no BO, horas de trabalho por semana) e variável dependente (incidentes adversos e sua notificação).

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



5.3. Participantes no estudo

A amostra será composta por todos os enfermeiros que exercem no BO. Trata-se de uma amostra do tipo não probabilístico por conveniência, porque nem todos os elementos da população têm uma probabilidade igual, conhecida e diferente de zero de pertencer à amostra, porque os indivíduos são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado e no momento preciso (Coutinho, 2021).

5.4. Instrumento de colheita de dados

Para se poderem alcançar os objetivos formulados para este estudo, escolheu-se como métodos de colheita de dados o questionário (cf. Anexo I). O mesmo é constituído por três partes:

Parte 1 – Questionário de caracterização sociodemográfica que permite recolher informações sobre a idade, género, estado civil, habilitações literárias.

Parte 2 – Questionário de caracterização profissional, que contempla o tempo de exercício profissional, o tempo de exercício profissional no BO e as horas de trabalho por semana.

Parte 3 – Contém questões de três questionários, que foram adaptados de Antunes (2015), que solicitou autorização aos autores das três escalas, nomeadamente: “Escala de “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais”, uma versão portuguesa do “*Hospital Survey on Patient Safety Culture*”, concebido e validado pela *Agency for Healthcare Research and Quality*, tendo sido traduzido e validado para a população portuguesa Eiras e Escoval (2008, cit. por Antunes, 2015). Antunes (2015) utilizou as seguintes dimensões: *Feedback* e comunicação acerca do erro; - Abertura na comunicação; - Resposta ao erro não punitiva; - Perceções gerais sobre a segurança do doente; - Grau de segurança do doente. Contém também o instrumento desenvolvido por Bruno (2010) acerca do registo de incidentes e eventos adversos que permite avaliar a ocorrência, o respetivo registo de incidentes e os eventos adversos mais frequentes; a frequência da notificação relacionada com a gravidade do dano, o número de incidentes, bem como os eventos adversos registados no último ano. Contém ainda uma escala, que foi validada por Raimundo e Ribeiro (2012, cit. por Antunes, 2015), cujo objetivo consiste em avaliar as perceções dos enfermeiros acerca do relato dos erros de medicação, tendo sido selecionadas por Antunes (2015) as questões relacionadas com: os obstáculos à notificação de erros; os fatores facilitadores da notificação; a causa primária dos erros; a comunicação do erro e publicação dos relatórios.

Assim, as escalas que constam do questionário são:

Perceção sobre o erro e notificação - constituída por 6 questões que possibilitam caracterizar a amostra no que se refere à sua prática de registo/notificação de incidentes e eventos adversos e a sua perceção sobre a notificação. A primeira questão é constituída por 25 eventos/ocorrências, selecionados depois da análise realizada aos formulários de registo de incidentes em instituições sujeitas às normas do *Health Quality Service* e da *Joint Commission International* (Bruno, 2010). Esta questão avalia a frequência de registo dos referidos eventos. É uma questão dicotómica e de resposta dupla. A questão número dois permite avaliar a frequência da notificação de uma ocorrência de acordo com as consequências para o doente, contém 5 itens numa escala de tipo *Likert* de cinco pontos: (5) sempre; (4) a maioria das vezes; (3) por vezes; (2) raramente; (1) nunca, podendo ser obtida uma pontuação que varia de 5 a 25, sendo que o 5 corresponde a ausência de notificação de ocorrências e 25 à notificação total das ocorrências existentes (Antunes, 2015). O mesmo autor obteve para esta questão um Coeficiente alpha de Cronbach global de 0,49. Na questão número três é solicitado que se indiquem quantas ocorrências

(incidentes ou eventos adversos) foram notificadas nos últimos 12 (pergunta aberta). Antunes (2015) obteve um Coeficiente alpha de Cronbach global de 0,80. A questão quarto, constituída por 9 itens, avaliados numa escala de tipo *Likert* de quatro pontos: (1) Grande obstáculo; (2) Obstáculo moderado; (3) Obstáculo menor; (4) Não é obstáculo, avalia como são classificados os obstáculos à notificação de erros (incidentes e eventos adversos) no local de trabalho. Assim, uma pontuação de 9 revela que todos os itens são um grande obstáculo à notificação, no extremo oposto (36 pontos), encontra-se a fraca oposição destes itens à notificação. Possui ainda uma questão aberta para identificação de outro obstáculo não definido nos itens anteriores. No que se refere à questão cinco, com 6 itens, avalia-se a probabilidade de cada um desses 6 itens aumentar a hipótese de relatar um erro cometido pelo respondente ou por outra pessoa, numa escala de tipo *Likert* de cinco pontos: (1) Elevada; (2) Média; (3) Indeciso; (4) Baixa; (5) Muito baixa. Uma pontuação mínima de 6 revela uma elevada probabilidade de relato caso os fatores estejam presentes, os 30 pontos revelam uma probabilidade muito baixa. Possui ainda um item de resposta aberta para a indicação de outros fatores facilitadores. Antunes obteve um Coeficiente alpha de Cronbach global de 0,84. A questão seis é formada por 10 itens, numa escala de tipo *Likert* de cinco pontos: (1) Nunca; (2) Raramente; (3) Às vezes; (4) Frequentemente; (5) Sempre, avalia com que frequência são considerados os fatores descritos como causa primária dos erros. Pontua de 10 a 50, sendo a maior pontuação a que corresponde a uma maior frequência dos fatores descritos na causa primária de erro. Possui ainda uma questão aberta para que se especifiquem outros fatores relacionados com causa primária de erro. Antunes (2015) obteve, para o estudo da fiabilidade desta escala, um alpha de Cronbach global de 0,77.

Comunicação de ocorrências: compreende 4 questões que possibilitam caracterizar a percepção dos enfermeiros acerca da comunicação dos eventos adversos. A primeira questão avalia duas dimensões: o “*feedback* e comunicação acerca do erro”, através dos itens 1, 3 e 5, a “abertura na comunicação”, itens, 2, 4 e 6. A escala é de tipo *Likert* constituída por 6 itens com cinco pontos: (5) sempre; (4) a maioria das vezes; (3) por vezes; (2) raramente; (1) nunca. O item número 6 é classificado de forma inversa. Esta escala pontua de 6 a 30, quanto maior a pontuação, maior a abertura e o *feedback* na comunicação. O autor obteve um Coeficiente alpha de Cronbach global de 0,78 para a comunicação acerca do erro e uma consistência interna do *feedback* e comunicação acerca do erro de $\alpha=0,71$ (Antunes, 2015). A questão 2 contém uma escala de tipo *Likert* de 5 pontos: (1) Concordo totalmente; (2) Concordo; (3) Indeciso; (4) Discordo; (5) Discordo totalmente, para classificar o grau de concordância ou discordância em relação aos 3 itens de que é formada. Pontua de 3 a 15 e avalia a percepção sobre a divulgação dos erros ao

doente, à família e sobre a sua publicação, sendo que a menor pontuação corresponde a maior concordância. Os resultados psicométricos desta escala, obtidos pelo mesmo autor, revelam um coeficiente de alpha de Cronbach global de 0,69. Seguem-se duas questões (3 é solicitado que o respondente refira se concorda com a existência de um Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos adversos, 4 é questionado se conhece o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos adversos desenvolvido pela Direção-Geral da Saúde) são variáveis cognitivas, sendo ambas dicotómicas (Sim/Não).

Segurança do doente/resposta ao erro: adaptada do “*Hospital Survey on Patient Safety Culture*”, na sua versão portuguesa. A primeira questão avalia 2 dimensões: a perceção geral sobre a segurança do doente e a perceção de punição em relação aos erros comunicados. Existem 5 opções de resposta: (5) concordo totalmente; (4) concordo; (3) não concordo nem discordo; (2) discordo; (1) discordo totalmente. A primeira dimensão - perceção geral sobre a segurança do doente - tem os itens 1 e 3 invertidos, pontuando de 3 a 15, sendo a perceção acerca da segurança do doente tanto maior quanto mais perto de 15 for a pontuação. Antunes (2015) obteve um Coeficiente alpha de Cronbach global de 0,61. Na segunda dimensão - perceção de punição em relação aos erros comunicados - todos os itens da escala estão invertidos sendo o sentimento de punição maior quando a pontuação global se aproxima do valor máximo de 15. Antunes (2015) obteve um Coeficiente alpha de Cronbach global de 0,67. A questão seguinte avalia a perceção acerca da segurança do doente no serviço/unidade de cada enfermeiro, com as seguintes opções de resposta: (1) Excelente, (2) Muito bom, (3) Aceitável, (4) Fraco, (5) Muito fraco.

5.5. Procedimentos éticos e legais

Este projeto será submetido à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu (IPV) e à Comissão de Ética do Hospital *locus* de estudo. Será feito um pedido de autorização ao autor (Antunes, 2015) da adaptação das escalas do questionário para que conceda autorização do seu uso no presente estudo. A recolha de dados decorrerá entre setembro e outubro de 2021. Serão garantidos os procedimentos éticos e deontológicos que se referem à confidencialidade e ao anonimato das respostas, bem como a natureza voluntária da participação, podendo os participantes desistir em qualquer momento da investigação. Toda a informação recolhida será sujeita a anonimização, não dispondo de elementos de identificação pessoal, sendo assegurado o tratamento confidencial dos dados. Os dados serão codificados e utilizados para fins de tratamento estatístico, após o qual serão destruídos.

5.4. Procedimentos estatísticos

A análise da informação contará previamente com uma primeira apreciação de todos os questionários, no intuito de serem eliminados aqueles que porventura se encontrem incompletos ou mal preenchidos. Após proceder-se à sua tabulação para se preparar o tratamento estatístico, será efetuado com recurso ao programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 26.0 para Windows.

A estatística descritiva permitirá estabelecer as frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central, designadamente as médias e as medidas dispersão, como a amplitude de variação, o coeficiente de variação e o desvio padrão, contemplando-se também as medidas de assimetria, achatamento e as medidas de associação, designadamente o coeficiente de correlação de Pearson.

Em relação à estatística inferencial, utilizar-se-ão testes paramétricos ou não paramétricos, dependendo dos critérios que se possam reunir para os mesmos.

Serão utilizados os seguintes níveis de significância na análise estatística: $p < 0.05$ * - 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 (Marôco, 2018).

Conclusão

O erro é uma característica inevitável do ser humano, por isso é fundamental que os enfermeiros assumam essa condição. A notificação dos eventos adversos que ocorrem no BO é uma estratégia importante para garantir a qualidade dos cuidados prestados e, acima de tudo, para se garantir a segurança do doente. O presente trabalho de projeto pretende demonstrar que se tem de minimizar a subnotificação dos eventos adversos no BO, bem como demonstrar que os enfermeiros devem notificar os eventos adversos principalmente se causaram algum tipo de dano ao doente.

O BO é um local com maior propensão para os eventos adversos, devido às características inerentes deste serviço em si. Assim, considera-se fundamental desenvolver formações em serviço que elucidem quais são os eventos adversos mais prevalentes, discutir cenários para as causas desses eventos adversos com sugestão de propostas de melhoria. A formação contínua deverá ter um carácter obrigatório, bem como trabalhar no erro, transformando-o em oportunidade de aprendizagem para prevenir novos erros associados à mesma causa. Além disso, será importante o apoio do Enfermeiro Gestor, o que pode significar um estímulo para que os eventos adversos sejam notificados, analisados e corrigidos, evitando a sua repetição.

Espera-se com este Trabalho de Projeto, mediante os resultados apurados, propor um sistema de notificação que atenda às necessidades do contexto e que se baseie numa lógica de aprendizagem e mudança e não de forma persecutória ou numa perspetiva penalizante.

Termina-se com a certeza que este Trabalho de Projeto contribuiu para o desenvolvimento do conhecimento, através da pesquisa, procurando-se sempre a excelência na prática profissional da enfermagem, pois os resultados dos estudos de investigação contribuem para uma dimensão reflexiva e integrativa da relação teoria-prática.

Referências bibliográficas

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006). *Enfermagem Perioperatória: da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lisboa: Lusodidata.
- Antunes, N.S. (2015). *Notificação de incidentes e segurança do doente: perceção dos enfermeiros*. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em file:///E:/NelsonSerranoAntunes%20DM.pdf
- Barros, M.E. (2015). *Relatório de Trabalho de Projeto. Monitorização e Gestão da Dor na UCPA*. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/8352/1/relatorio%20de%20trabalho%20projeto.pdf>
- Bruno, P. (2010). *Registo de Incidentes e Eventos Adversos: Implicações Jurídicas da Implementação em Portugal*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Coutinho, C. P. (2021). *Metodologias de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática* (2ª ed. reimpressão). Coimbra: Edições Almedina, S. A.
- Direção-Geral da Saúde (22 de junho de 2010). *Cirurgia Segura Salva Vidas*. Circular Normativa N°:16/DQS/DQCO. Portugal.
- Fernandes, P.R.M. (2019). *Gestão no bloco operatório: metodologia Lean*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/6274>
- Fragata, J. (2010). Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Lisboa. ISSN 0870-9205. Vol. 10, 3, 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>
- Freitas, J., Silva, A., Minamisava, R. et al. (2014). Quality of nursing care and satisfaction of patients attended at a teaching hospital. *Rev. Latino Am. Enferm.*; 22(3), 454-460.
- Kumbi, M., Hussien, A., Lette, A., Nuriye, S., & Morka, G. (2020). Patient Safety Culture and Associated Factors Among Health Care Providers in Bale Zone Hospitals, Southeast Ethiopia: An Institutional Based Cross-Sectional Study. *Drug, Healthcare and Patient Safety*; Vol. 12, 1-14. DOI <https://doi.org/10.2147/DHPS.S198146>
- Marôco, J. (2018). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (6ª ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.

- Nobre, P.I.R. (2017). *Riscos no Bloco Operatório Implicações na gestão*. [Dissertação de Mestrado]. Covilhã: Universidade da Beira Interior. Acedido em https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/9570/1/5640_11613.pdf
- Pereira, H.C.M. (2014). *Modelo de gestão do bloco operatório*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Autónoma de Lisboa. Departamento de Ciências Económicas, Empresariais e Tecnológicas. Acedido em <http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/440/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Helen%20Pereira.pdf>
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*. Setúbal; 15, 1-37.
- Silva, E., & Rodrigues, F. (2016). Segurança do doente e os processos sociais na relação com enfermeiros em contexto de bloco operatório. *Cult. Cuid.*; 45, 134-145.
- Silva, R.L.A.P. (2019). *Cultura de segurança do doente no bloco operatório: subsídios para a qualidade dos cuidados de saúde*. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Escola Superior de Saúde. Acedido em http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2272/1/Ricardo_Silva.pdf
- Souza, V., Kawamoto, A., Oliveira, J. et al. (2015). Erros e eventos adversos: A interface com a cultura de segurança dos profissionais de saúde. *Cogitare Enfermagem*; 20(3), 475-482.
- Vinagre, T., & Marques, R. (2019). Safety culture in the context of operating room: Nurses' perception regarding notification of errors/adverse events. *Journal of Nursing Education and Practice*; Vol. 9, 3, 40-46. DOI: <https://doi.org/10.5430/jnep.v9n3p40>
- World Health Organization (WHO). (2009). *Human factors in patient safety; review of topics and tools; report for methods and measures*. Working Group of WHO Patient Safety.
- Zegers, M., de Bruijne, M.C., de Keizer, B. et al. (2011). The incidence, root-causes, and outcomes of adverse events in surgical units: implication for potential prevention strategies. *Patient Saf Surg*, 13. <https://doi.org/10.1186/1754-9493-5-13>

Anexos

Anexo I – Instrumento de recolha de dados

IPV - Escola Superior de Saúde de Viseu

Investigadores: Enfermeira Paula Cruz; Professor Doutor Olivério Ribeiro.

Estudo: Incidentes adversos no bloco operatório: que realidade?

(Não preencher este quadrado)

Nº Quest.

--	--	--	--

Ex.^{ma} Senhora Enfermeira/ Ex.^{mo} Senhor Enfermeiro

Cara/o Colega,

No âmbito da investigação sobre o tema **“Incidentes adversos no bloco operatório: que realidade?”**, solicitamos a sua colaboração para o preenchimento do presente questionário. Este é de carácter **anónimo** e de participação **voluntária**. As respostas são **confidenciais** e todas são válidas pois traduzem a **sua opinião**.

Nas afirmações onde existir uma quadrícula (□), deve assinalar com uma cruz (X) a(s) opção(ões) que considera correta(s). Nas questões onde encontrar um espaço em branco (____), deve responder claramente, e de forma legível, ao que lhe é pedido.

Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos que **não deixe nenhuma questão por responder**.

Agradecemos a sua colaboração nesta investigação.

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
AO PARTICIPANTE**

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

Ex.^{ma} Senhora Enfermeira/ Ex.^{mo} Senhor Enfermeiro

Cara/o Colega,

Estamos a realizar um estudo sobre Incidentes adversos no bloco operatório: que realidade? que tem como objetivos verificar quais os incidentes adversos mais prevalentes no BO; averiguar a opinião dos enfermeiros acerca da comunicação de eventos adversos no BO; averiguar com que frequência os enfermeiros procedem à notificação de eventos adversos; constatar quais os determinantes que influenciam a notificação de eventos adversos.

Assume elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário. Asseguramos que neste estudo será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- 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-se 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:

Viseu, ___ / ___ / 2021

Nome: _____

Assinatura do participante:

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

Nome dos Investigadores: -----

Assinatura: _____

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Parte I

Questionário de dados sociodemográficos

1 – Idade _____ (anos)

2 - Sexo

- Masculino
- Feminino

3 - Estado Civil

- Solteiro União de facto
- Casado Viúvo
- Divorciado

4 – Habilitações literárias

- Bacharelato
- Licenciatura
- Pós-graduação
- Mestrado
- Doutoramento

Parte II

Questionário de dados profissionais

5 – Tempo de exercício profissional _____ (anos completos)

6 – Tempo de exercício profissional no Bloco Operatório _____ (anos completos)

7 – Horas de trabalho por semana _____

Parte III

Questionário “Perceção dos Enfermeiros sobre Notificação de Incidentes e Segurança dos doentes” (Antunes, 2015)

PERCEÇÃO SOBRE O ERRO

1 - Dos incidentes e eventos adversos que a seguir se discriminam, identifique aqueles que já aconteceram no seu local de trabalho e se os registou por escrito	Já aconteceu	registei por escrito
1. Quedas dos doentes	1	2
2. Avaria ou defeito de material/dispositivos médicos.	1	2
3. Falta de material/roupa/alimentos.	1	2
4. Falta de material clínico e medicamentos.	1	2
5. Disfunções do sistema informático.	1	2
6. Desaparecimento de valores/objetos pessoais do doente.	1	2
7. Conflitos com o doente.	1	2
8. Falta do processo do doente nas consultas	1	2
9. Erro da identificação do doente	1	2
10. Erro na avaliação do estado de saúde do doente.	1	2
11. Esquecimento de exame, análise ou preparação do doente	1	2
12. Transmissão da informação médica errada.	1	2
14. Erro na administração de produto ou fármaco (dose/produto/frequência).	1	2
15. Prescrição incorretamente preenchida ou mal legível.	1	2

16. Erro na interpretação de um exame	1	2
17. Troca de relatório do exame	1	2
18. Infecções associadas aos cuidados de saúde.	1	2
19. Contagem incorreta de compressas numa cirurgia	1	2
20. Lesão de outros órgãos numa cirurgia	1	2
21. Corpo estranho retido pós cirurgia (compressas, pinças)	1	2
22. Erro do local a operar.	1	2
23. Erro relacionado com a anestesia.	1	2
24. Erro de administração de sangue	1	2
25. Morte inesperada	1	2

2 – Indique a frequência de notificação de uma ocorrência no seu serviço/unidade de trabalho, se:	Nunca	Raramente	Por vezes	A maioria das vezes	Sempre
1. É detetada e corrigida antes de afetar o doente.	1	2	3	4	5
2. Não têm perigo potencial para o doente.	1	2	3	4	5
3. Poderia causar dano para o doente mas isso não acontece.	1	2	3	4	5
4. Provoca danos moderados	1	2	3	4	5
5. O dano é trágico (morte, incapacidade).	1	2	3	4	5

3 - Nos últimos 12 meses, quantas ocorrências (incidentes ou eventos adversos) notificou? (Escreva o número no espaço seguinte) _____

4 – Como classifica os seguintes obstáculos à notificação de erros (incidentes e eventos adversos) no seu local de trabalho?	Grande obstáculo	Obstáculo moderado	Obstaculo menor	Não é obstáculo
1. Na nossa instituição/serviço a culpa é centrada no indivíduo em vez de se pensar no sistema como um potencial causador de erro.	1	2	3	4
2. Os outros vão pensar que os enfermeiros são incompetentes	1	2	3	4
3. Os enfermeiros pensam que a maioria dos erros não tem importância suficiente para serem notificados	1	2	3	4
4. Se algo acontece com o doente em resultado de um erro, a culpa será atribuída ao enfermeiro	1	2	3	4
5. Desconheço o sistema de notificação.	1	2	3	4
6. O ato/sistema de notificação é demasiado detalhado e moroso.	1	2	3	4
7. Os enfermeiros têm receio das advertências se notificarem o erro cometido.	1	2	3	4
8. Os enfermeiros têm receio das consequências que possam resultar se notificarem um erro.	1	2	3	4
9. Se um erro for detetado antes de atingir o doente (erro potencial), não existe necessidade de o notificar.	1	2	3	4
10. Identifique outro obstáculo à notificação de erros e classifique-o: _____	1	2	3	4

5 - Qual a probabilidade de cada um dos seguintes fatores aumentar a hipótese de relatar um erro cometido por si ou por outra pessoa?	Elevada	Média	Indeciso	Baixa	Muito baixa
1. Se o processo de relato for anónimo	1	2	3	4	5
2. Se o doente for lesado ou pudesse ter sido lesado.	1	2	3	4	5
3. Se existirem benefícios no relatar, tais como, a prevenção dos erros futuros, a melhoria das práticas ou o aumento da responsabilização.	1	2	3	4	5
4. Se os enfermeiros não sentirem medo de retaliações no ambiente de trabalho.	1	2	3	4	5
5. Se os enfermeiros tiverem uma relação positiva com o superior hierárquico ou com o diretor clínico.	1	2	3	4	5
6. Se os enfermeiros tiverem uma relação positiva com os médicos do serviço	1	2	3	4	5
7. Identifique outro obstáculo à notificação de erros e classifique-o: _____	1	2	3	4	5

6 - Com que frequência considera os fatores abaixo descritos como causa primária dos erros?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1. Falta de conhecimentos do enfermeiro/necessidade de formação.	1	2	3	4	5
2. O enfermeiro não está familiarizado com o serviço.	1	2	3	4	5
3. Falta de enfermeiros.	1	2	3	4	5
4. Interrupções durante um procedimento.	1	2	3	4	5
5. Sobrecarga horária.	1	2	3	4	5
6. O enfermeiro tem conhecimentos limitados da prática clínica.	1	2	3	4	5

7. Desmotivação.	1	2	3	4	5
8. Ambiente de trabalho hostil.	1	2	3	4	5
9. Procedimentos mal definidos e não regulamentados.	1	2	3	4	5
10. Errada concepção do espaço físico.	1	2	3	4	5
11. Outra (especifique e classifique)_____	1	2	3	4	5

COMUNICAÇÃO DE OCORRÊNCIAS

1 - Com que frequência acontece este tipo de situações no seu serviço/unidade de trabalho?	Nunca	Raramente	Por vezes	A maioria das vezes	Sempre
1. É-nos fornecido feedback acerca das mudanças a efetuar, baseadas nos relatórios de ocorrências.	1	2	3	4	5
2. Os profissionais falarão livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente	1	2	3	4	5
3. Somos informados acerca de erros que aconteçam neste serviço/unidade.	1	2	3	4	5
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos que têm maior autoridade.	1	2	3	4	5
5. Neste serviço/unidade discutimos modos de prevenção de repetição de erros.	1	2	3	4	5
6. Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo.	1	2	3	4	5

2 - Classifique o seu grau de concordância ou discordância com as seguintes afirmações:	Concordo totalmente	Concordo	Indeciso	Discordo	Discordo totalmente
1. Os erros, quando ocorrem, devem ser comunicados ao doente.	1	2	3	4	5

2. Os erros devem ser comunicados à família, quando o doente não está capaz de compreender o que aconteceu.	1	2	3	4	5
3. Os relatórios relativos a incidentes e eventos adversos dos hospitais devem ser publicados.	1	2	3	4	5

3 - Concorda com a existência de um Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos adversos?

Sim Não

4 - Conhece o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos adversos desenvolvido pela Direção-Geral da Saúde?

Sim Não

SEGURANÇA DO DOENTE/RESPOSTA AO ERRO

1 - Indique, por favor, se concorda ou discorda com as seguintes afirmações acerca do seu serviço/unidade de trabalho. Utilize para isso a escala indicada.	Discordo totalmente	Discordo	Nao concordo Nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste serviço/unidade.	1	2	3	4	5
2. Nunca se sacrifica a segurança do doente, mesmo quando há muito trabalho.	1	2	3	4	5
3. Neste serviço/unidade, temos problemas com a segurança do doente.	1	2	3	4	5
4. Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros.	1	2	3	4	5
5. Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles.	1	2	3	4	5
6. Quando um incidente ou evento adverso é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si.	1	2	3	4	5
7. Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal.	1	2	3	4	5

2 - Por favor atribua ao seu serviço/unidade de trabalho neste hospital, um grau sobre a segurança do doente (assinale apenas uma resposta).

Excelente	Muito bom	Aceitável	Fraco	Muito fraco
1	2	3	4	5

Gratos pela colaboração.