



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
MESTRADO EM DIREÇÃO E CHEFIA DE SERVIÇOS DE
ENFERMAGEM

ESTRATÉGIAS DO ENFERMEIRO GESTOR PARA A
SEGURANÇA DO DOENTE NO BLOCO OPERATÓRIO:
REVISÃO SCOPING

NURSE MANAGER STRATEGIES FOR PATIENT SAFETY
IN THE OPERATING ROOM: SCOPING REVIEW

DISSERTAÇÃO

Rita Ester Nunes dos Santos

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem

**ESTRATÉGIAS DO ENFERMEIRO GESTOR
PARA A SEGURANÇA DO DOENTE NO
BLOCO OPERATÓRIO: REVISÃO SCOPING**

**NURSE MANAGER STRATEGIES FOR
PATIENT SAFETY IN THE
OPERATING ROOM: SCOPING REVIEW**

Dissertação orientada pelo Professor Doutor
Carlos Vilela e coorientada pela Professora
Doutora Ana Paula Prata

Porto, 2024

AGRADECIMENTO

Expresso a minha profunda gratidão ao Professor Doutor Carlos Vilela e à Professora Doutora Ana Paula Prata pela orientação, dedicação, disponibilidade e paciência, ao longo de todo o processo de trabalho, que marca o encerramento de uma fase importante. Sem o apoio deles, nada disso teria sido possível.

Ao meu marido e minhas filhas, agradeço pelo amor, amizade e companheirismo constante, além do encorajamento que sempre me deram para acreditar em mim mesma em todos os momentos.

RESUMO

Introdução: O bloco operatório constitui-se como um dos locais mais complexos de prestação de cuidados e onde ocorre o maior número de eventos adversos. Desta forma, é imprescindível posicionar o enfermeiro gestor como um profissional de destaque na promoção da segurança do doente, que tem sido também um foco de atenção da Organização Mundial de Saúde. **Objetivo:** mapear a evidência sobre as estratégias do enfermeiro gestor para a segurança do doente no bloco operatório. **Métodos:** realizada revisão scoping (ScR), segundo o método do Joanna Briggs Institute (JBI), onde foram considerados estudos quantitativos, qualitativos, mistos, nos idiomas português, inglês e espanhol, sem limite temporal. A pesquisa foi efetuada nas bases de dados Medline®, CINAHL®, MedicLatina®, Academic Search Complete® via EBSCO, SCOPUS® e Web of Science, Portal da Biblioteca Virtual em Saúde, OpenAir e RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal). A seleção da fonte, triagem por título, resumo e texto completo foi conduzida por dois revisores independentes. As divergências foram resolvidas por consenso ou por decisão do terceiro revisor. Os resultados foram organizados seguindo as orientações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). Foram incluídos estudos sobre estratégias utilizadas pelo enfermeiro gestor que promovam a segurança do doente no bloco operatório. Na mnemónica PCC, foram considerados como participantes os enfermeiros gestores, o conceito enquadró as estratégias para a segurança do doente e o contexto foi o de bloco operatório. Foram excluídos todos os artigos que não cumpriram os critérios referidos. **Resultados:** A revisão efetuada permitiu identificar algumas estratégias do enfermeiro gestor para a segurança do doente no bloco operatório, entre as quais se destacam: o apoio do enfermeiro gestor e da gestão de topo, a garantia de equipas adequadas e ambientes de trabalho saudáveis, uma cultura que não penaliza erros, uma comunicação clara, programas de formação, a liderança do enfermeiro gestor e uma abordagem centrada no doente. **Conclusão:** os resultados encontrados pretendem ser um contributo para melhorar a segurança do doente no bloco operatório. É essencial a prevenção de eventos adversos e promoção de um ambiente de trabalho eficiente e satisfatório para os profissionais de saúde. A intervenção do enfermeiro gestor é determinante na implementação de estratégias.

Palavras-chave: Enfermagem Perioperatória; Enfermeiros Administradores; Gestão do Risco; Segurança do Doente; Gestão da Segurança

ABSTRACT

Introduction: The operating theatre is one of the most complex places in which care is provided and where the greatest number of adverse events occur. It is therefore essential to position the nurse manager as a leading professional in promoting patient safety, which has also been a focus of attention for the World Health Organisation. **Objective:** To map the evidence on nurse managers' strategies for patient safety in the operating theatre. **Methods:** A scoping review (ScR) was carried out using the Joanna Briggs Institute (JBI) method, which considered quantitative, qualitative and mixed studies in Portuguese, English and Spanish, with no time limit. The search was carried out in the Medline®, CINAHL®, MedicLatina®, Academic Search Complete® via EBSCO, SCOPUS® and Web of Science databases, the Virtual Health Library Portal, OpenAir and RCAAP (Portuguese Open Access Scientific Repository). Source selection, screening by title, abstract and full text was conducted by two independent reviewers. Disagreements were resolved by consensus or by decision of the third reviewer. The results were organised following the guidelines of the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). Studies on strategies used by nurse managers to promote patient safety in the operating theatre were included. In the PCC mnemonic, nurse managers were considered as participants, the concept included strategies for patient safety and the context was the operating theatre. All articles that did not fulfil the above criteria were excluded. **Results:** The review made it possible to identify some of the nurse manager's strategies for patient safety in the operating theatre, among which the following stand out: support from the nurse manager and top management, ensuring adequate teams and healthy working environments, a culture that does not penalise errors, clear communication, training programmes, the nurse manager's leadership and a patient-centred approach. **Conclusion:** The results found are intended as a contribution to improving patient safety in the operating theatre. It is essential to prevent adverse events and promote an efficient and satisfactory working environment for healthcare professionals. The intervention of the nurse manager is decisive in implementing strategies.

Keywords : Perioperative Nursing ; Nurse Administrators ; Risk Management ; Patient Safety ; Safety Management

CHAVE DE SIGLAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

AEORN - *Association of Operating Room Nurses*

AESOP - Associação de Enfermeiros das Salas de Operações Portuguesas

AHRQ - *Agency for Healthcare Research and Quality*

BO - Bloco Operatório

CISD - Classificação Internacional Segurança do Doente

CS - Cultura de Segurança

DGS - Direção Geral da Saúde

EA - Eventos Adversos

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

EUA - Estados Unidos América

HSOPSC - *Hospital Survey on Patient Safety Culture*

INE - Instituto Nacional de Estatística

IoM - *Institute of Medicine*

JBI - *Joanna Briggs Institute*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNS - Plano Nacional de Segurança

PNSD - Plano Nacional de Segurança do Doente

RH - Recursos Humanos

SD - Segurança do Doente

SNS - Serviço Nacional de Saúde

INDÍCE

INTRODUÇÃO	19
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
1.1 Segurança do Doente	23
1.2 Bloco Operatório	35
1.3 Competências do Enfermeiro Gestor	41
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	51
2.1 Tipo de Estudo	51
2.2 Objetivo do Estudo	53
2.3 Questão de Investigação.....	53
2.4 Critérios de Inclusão.....	54
2.5 Estratégia de Pesquisa.....	57
2.6 Seleção dos Estudos.....	60
2.7 Extração de Dados.....	62
3. RESULTADOS.....	63
4. DISCUSSÃO	69
5. CONCLUSÃO	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
ANEXOS	95
ANEXO I - Caraterização dos estudos incluídos na revisão scoping	

ÍNDICE TABELAS

Tabela 1: Conceitos em segurança do doente	26
Tabela 2: Objetivos Estratégicos do PNSD 2015-2020	28
Tabela 3: Recomendações do PNS 2021-2030.....	29
Tabela 4: Meta s do PNS 2021-2030.....	32
Tabela 5: Dinâmica da Equipa da Sala Operatória.....	40
Tabela 6: Competências Acrescidas Avançadas em Gestão por Domínios	44
Tabela 7: Competências do Enfermeiro Gestor.....	47
Tabela 8: Formulação da questão de investigação segundo o método PCC ..	54
Tabela 9: Termos de pesquisa utilizados nas bases de dados.....	58
Tabela 10: Estratégia de pesquisa nas fontes e bases de dados e artigos obtidos.....	59
Tabela 11: Caracterização dos estudos incluídos	63
Tabela 12: Estratégias do enfermeiro gestor, consideradas contributos para a segurança do doente no bloco operatório	65

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Componentes de um Plano de Saúde de base Populacional	31
Figura 2: Ciclo Planeamento Estratégico em Saúde, de base populacional. ...	32
Figura 3: Orientação da JBI na elaboração de uma scoping review	53
Figura 4: Diagrama de Fluxo PRISMA, Scopin Review.....	61

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, os serviços de saúde tornaram-se mais complexos e eficazes, criando novos desafios para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados. Apesar dos avanços tecnológicos e das altas exigências das administrações de saúde, que nem sempre são acompanhadas das melhores condições para os profissionais, é indiscutível que o doente e a qualidade dos cuidados prestados, com ênfase na segurança, devem estar no centro do sistema de saúde.

Segundo vários autores e pensadores, a expressão “errar é humano” é, de facto, um reconhecimento importante da nossa imperfeição como seres humanos e no contexto da saúde torna-se ainda mais pertinente. Os profissionais de saúde são humanos e, por isso, suscetíveis a erros. Todavia, é crucial entender que esses erros não são geralmente o resultado de negligência ou intenção de prejudicar, mas sim, o resultado de falhas diversas nos sistemas de saúde instituídos. Um dos principais desafios é reconhecer que a segurança dos doentes e dos profissionais de saúde é de extrema importância, e que a ocorrência de incidentes não deve ser vista como uma falha individual, mas sim como uma falha do sistema. Assim, é fundamental que os sistemas de saúde sejam organizados e seguros para minimizar a ocorrência de eventos adversos. Profissionais de saúde competentes podem ser prejudicados por sistemas inseguros e desorganizados. Logo, o foco deve estar em melhorar os sistemas e processos, em vez de culpar os profissionais (Institute of Medicine, 2000).

Neste contexto, conforme apresentado no Plano de Ação Global para a Segurança do Doente para 2021-2030 publicado em agosto de 2020, a reflexão que todos os esforços e descobertas das duas últimas décadas, no âmbito da segurança do doente, deverão agora ser aplicados em todos os momentos em que são prestados cuidados de saúde para avançarmos na direção de “Zero

Danos Evitáveis”, garantindo desta forma cuidados de saúde mais seguros (Organização Mundial de Saúde, 2020). Este Plano apresenta uma visão de um mundo, onde ninguém deverá sofrer danos ao receber cuidados de saúde e que todos os doentes sejam atendidos com segurança e respeito, num determinado momento e lugar.

Anualmente, calcula-se que mais de 281 milhões de cirurgias sejam realizadas globalmente, levando a 7 milhões de complicações graves e a 1 milhão de mortes relacionadas com esses procedimentos (OMS, 2009). Especificamente falando do contexto do bloco operatório, este é um espaço dedicado à prestação de cuidados de saúde, onde, devido à particularidade das intervenções realizadas, existem diversos tipos de riscos. Este contexto assume uma importância primordial em qualquer hospital, devendo aproximar-se da perfeição e garantir uma prestação de cuidados de excelência (Associação de Enfermeiros Sala Operações Portuguesa, 2006). Por isso, a manutenção e a segurança do ambiente cirúrgico são funções centrais realizadas pelos enfermeiros no contexto perioperatório (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

A gestão de um bloco operatório é uma tarefa extremamente desafiadora, devido à complexidade do fluxo de trabalho. Além disso, as partes envolvidas, tais como os cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e gestores, possuem perspetivas bastante distintas sobre os processos de melhoria. A atuação do enfermeiro gestor na prevenção de riscos, complicações e danos ao doente é fundamental no ambiente cirúrgico. Ele desempenha um papel de extrema importância no processo, implementando protocolos e *checklists* para garantir a continuidade e segurança dos cuidados prestados. Além disso, a colaboração da equipa é essencial para alcançar esses objetivos (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018).

Sendo a segurança do doente fundamental para a confiança da população no sistema de saúde e para a eficácia geral do sistema de saúde, surge a

questão: Que estratégias o enfermeiro gestor implementa para promover a segurança do doente no bloco operatório? Deste modo, esta interrogação está na base da principal razão para a escolha do tema de investigação.

Perante o exposto, no âmbito do Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), no ano letivo 2023/2024, e integrado no projeto "Qualidade e Segurança nos Cuidados de Saúde" - QSCare, ESEP/Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), Rede de Investigação em Saúde (RISE), surgiu a possibilidade de realizar um estudo nesta área.

Ancorados na finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados e segurança do doente no bloco operatório, definiu-se o objetivo de mapear a evidência sobre as estratégias do enfermeiro gestor para a segurança do doente no bloco operatório. Considerando que o conhecimento sobre o tema ainda não é suficientemente consolidado, avançámos para uma revisão *scoping*.

O trabalho está estruturado em cinco grandes capítulos. O primeiro capítulo aborda o enquadramento teórico, explorando conceitos fundamentais relacionados com o tema em desenvolvimento, tais como: a definição de segurança do doente, a segurança no bloco operatório, o papel do enfermeiro gestor e suas competências. O segundo capítulo apresenta as opções metodológicas, de acordo com o modelo de revisão *scoping* estabelecido pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI). No terceiro são apresentados os resultados obtidos e, num quarto capítulo, a discussão. No quinto capítulo, são expostas principais conclusões, as limitações do estudo e as suas implicações. No final do documento, apresentam-se as referências bibliográficas e os anexos.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo, serão discutidos os conceitos essenciais relacionados ao tema, nomeadamente, a definição de segurança do doente, assim como a segurança no bloco operatório, o papel do enfermeiro gestor e as suas competências. Será, ainda, explorada a relação entre a segurança do doente cirúrgico e o papel adotado pelo enfermeiro gestor na criação de um ambiente cirúrgico seguro e de alta qualidade durante a prestação de cuidados ao doente.

1.1 Segurança do Doente

A segurança do doente (SD) é um princípio fundamental na prestação de cuidados de saúde, que remonta aos tempos de Hipócrates, pai da medicina, que introduziu o princípio "*Primum non nocere*" e significa, "primeiro, não prejudicar" e de *Florence Nightingale*, pioneira da enfermagem moderna, que implementou a lavagem das mãos e outras práticas de higiene nos hospitais do exército britânico durante a Guerra da Crimeia (Wachter, 2010). Estes princípios fundamentais de SD continuam a ser uma parte integral da prestação de cuidados de saúde até hoje. Na última década do século XX, surge a percepção de que os hospitais não eram locais tão seguros como anunciado até então, os doentes estavam suscetíveis a riscos e a sofrerem danos decorrentes da prestação de cuidados não relacionados com a sua condição de doença subjacente (Emanuel et al., 2008).

O início do novo milénio trouxe consigo desafios significativos, no contexto dos cuidados de saúde e da SD, exigindo uma reflexão contínua e a implementação de estratégias eficazes para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e garantir a segurança. O Relatório "*To Err is Human: Building a Safer Health System*" publicado pelo *Institute of Medicine* (IoM) dos Estados Unidos da América (EUA) em 1999, foi um marco importante nesse processo. Aqui destacou-se a prevalência de erros médicos e a necessidade urgente de melhorar a segurança do doente, assim como, a taxa de mortalidade anual,

que variou entre 44.000 a 98.000 pessoas como consequência desses incidentes clínicos evitáveis, resultando num enorme impacto em termos de qualidade de vida e custos económicos, além dos custos sociais (Institute of Medicine [IoM], 2000).

A qualidade em saúde é um conceito multifacetado que envolve várias dimensões, tais como a efetividade (eficácia e eficiência), a satisfação/expectativas do doente e a segurança dos cuidados. Embora distintas, encontram-se interligadas e todas contribuem para a qualidade geral dos cuidados de saúde (Fragata, 2012). Salienta-se que a segurança na prestação de cuidados está intrinsecamente ligada à qualidade, pois a qualidade não pode existir sem segurança. Quanto maior a segurança, maior o padrão de qualidade alcançado. A busca pela qualidade para a prestação de cuidados ao doente, traduz um esforço conjunto que envolve profissionais, doentes e gestores, baseando-se em fundamentos de ordem social, quando a crescente exigência e expectativas dos doentes impõem a procura contínua pela excelência nos cuidados prestados; ordem ética, quando a formação profissional e o compromisso com boas práticas são essenciais para garantir a qualidade (Despacho nº 14223/2009).

A expressão “errar é humano” é, de facto, um reconhecimento importante da nossa imperfeição como seres humanos e no contexto da saúde, torna-se ainda mais relevante. Os profissionais de saúde são humanos e, por isso, suscetíveis a erros. Todavia, é crucial entender que esses erros não são geralmente o resultado de negligência ou intenção de prejudicar, mas sim, o resultado de falhas diversas nos sistemas de saúde instituídos. Um dos principais desafios é reconhecer que a segurança dos doentes e dos profissionais de saúde é de extrema importância, e que a ocorrência de incidentes não deve ser vista como uma falha individual, mas sim como uma falha do sistema. Assim, é fundamental que os sistemas de saúde sejam organizados e seguros para minimizar a ocorrência de eventos adversos.

Profissionais de saúde competentes podem ser prejudicados por sistemas de saúde inseguros e desorganizados. Logo, o foco deve estar em melhorar os sistemas e processos, em vez de culpar os profissionais (IoM, 2000).

O compromisso para a segurança dos cuidados, levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2004, a estabelecer o desafio global “*The World Alliance for Patient Safety*”, com o objetivo principal de definir, as políticas, padrões de qualidade e normas, assim como o seu reconhecimento mundial de critérios de excelência. Neste contexto, em 2009, a OMS focou-se no desenvolvimento de uma terminologia universalmente aceite através da criação de uma estrutura conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (CISD). Esta classificação permite a categorização da informação sobre a SD, utilizando um conjunto de conceitos padronizados com definições aceites, uma terminologia própria e as relações entre eles, baseados numa ontologia de domínio explícita. O objetivo da CISD é permitir a descrição, comparação, avaliação, monitorização, análise e interpretação de informações para melhorar o atendimento ao doente (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011).

A definição de Segurança do Doente é descrita nesta Classificação Internacional, como:

“A redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo” (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017, p. 4).

A segurança do doente incide na prevenção e melhoria de eventos adversos (EA) ou lesões resultantes dos processos de cuidados de saúde, emerge da

interação das diferentes componentes do sistema, não reside numa pessoa, dispositivo ou departamento (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2011). O conceito de SD privilegia uma abordagem sistémica, focalizando as deficiências do sistema de prestação de cuidados de saúde, a sua conceção, organização e funcionamento, como principais fatores responsáveis pela ocorrência de incidentes de segurança, contrapondo-se a culpabilizar os indivíduos isoladamente. A premissa é que os seres humanos cometem falhas, pelo que, erros são esperados, sendo consequências, e não causas. Embora não se possa mudar a condição humana, é possível mudar as condições sobre as quais os seres humanos trabalham, criando defesas no sistema (Reason, 2000). É importante referir que, a importância da SD não deve ser subestimada como um tema de âmbito global e a sua abordagem pode variar de acordo com a interferência de alguns fatores, tais como a localização geográfica: na qual, diferentes regiões podem ter diferentes protocolos de SD, dependendo das suas próprias necessidades e desafios específicos. Culturais: em que as práticas culturais podem influenciar a forma como a SD é percebida e implementada. Disponibilidades económicas: onde os recursos disponíveis podem afetar a SD. Os países com mais recursos podem ter acesso a melhores instalações e equipamentos, o que pode levar a melhores resultados de SD.

No entanto, independentemente destas diferenças, o objetivo final é sempre garantir o melhor cuidado, com qualidade e segurança para todos os doentes. É essencial que continuemos a aprender uns com os outros e a adaptar as melhores práticas para melhorar a SD em todo o mundo (OMS, 2012). Para melhor explorar o conceito de “segurança do doente”, é necessário esclarecer alguns conceitos definidos na Tabela 1.

Tabela 1: Conceitos em segurança do doente

Conceitos	Definição dos conceitos
Segurança do Doente	redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável.

Dano associado aos Cuidados de Saúde	dano resultante ou que está associado a planos ou ações tomadas durante a prestação de cuidados de saúde, e não a uma doença ou lesão subjacente.
Incidente de Segurança do Doente	evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente.
Erro	falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano.
Evento	ocorrência que aconteceu ou afetou um doente.
Risco	probabilidade da ocorrência de um incidente.
Dano	prejuízo na estrutura ou funções do corpo e/ou qualquer efeito pernicioso daí resultante. Inclui doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte.
Infração	desvio deliberado de um procedimento operacional, norma ou regra.
Perigo	circunstância, agente ou ação com potencial para causar dano.

Fonte: Adaptado de DGS, 2011

Neste contexto, a reflexão que todos os esforços e descobertas durante estas duas últimas décadas, no âmbito da SD, deverão agora ser aplicados em todos os momentos em que são prestados cuidados de saúde para avançarmos na direção de “Zero Danos Evitáveis”, garantindo desta forma cuidados de saúde mais seguros, conforme apresentado no plano de ação global para a SD para 2021- 2030 publicado em agosto de 2020 (OMS, 2020). Este plano apresenta uma visão de um mundo, onde ninguém deverá sofrer danos ao receber cuidados de saúde e que todos os doentes sejam atendidos de forma segura e com respeito, em qualquer momento e em qualquer lugar.

Em Portugal, o Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) 2012-2016 clarifica a responsabilidade do sistema de saúde pela promoção da cidadania em saúde, equidade e acesso, qualidade em saúde, políticas saudáveis,

obtenção de ganhos em saúde, promoção de contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo de vida, reforço do suporte social e económico na saúde e na doença e pelo fortalecimento da participação de Portugal na saúde global (DGS, 2013). De forma a dar continuidade a essa pretensão, foi desenhado e lançado o PNSD 2015-2020 com o objetivo principal de apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde. Reconhece várias dimensões como integrantes do conceito de qualidade, incluindo a segurança, a aceitabilidade, a acessibilidade, a prestação de cuidados no momento adequado e a continuidade. Para a melhoria contínua da qualidade, o PNSD 2015-2020 recomenda a implementação de ações que incidam sobre a cultura de segurança (CS), com inclusão da partilha de conhecimentos, informações e ações dirigidas aos profissionais de saúde (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro). Este plano visa atingir nove objetivos estratégicos exposto na Tabela 2.

Tabela 2: Objetivos Estratégicos do PNSD 2015-2020

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
----------	--

Fonte: Adaptado de Despacho n.º 1400-A/2015

O PNS 2021-2030 é um marco importante na saúde pública de Portugal e é apresentado como um processo de mudança, sendo o primeiro a abranger uma década no seu horizonte temporal. O foco principal é a “Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s”, alinhado com a agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, das Nações Unidas. O PNS foi concebido, com o objetivo de recuperar e reforçar a utilidade e o carácter instrumental do processo de planeamento estratégico em saúde, de base populacional. O Plano parte da identificação das principais necessidades e expetativas de saúde da população e define estratégias de intervenção mais adequadas para alcançar objetivos de saúde sustentável para Portugal. Embora centrado em Portugal, o alinhamento com a Agenda 2030, proporcionará a contribuição adequada para os principais desafios de saúde global das próximas décadas (DGS, 2019).

O PNS 2021-2030 apresenta dez recomendações, explícitas na Tabela 3, destacando a importância de uma abordagem integrada das necessidades de saúde da população em Portugal.

Tabela 3: Recomendações do PNS 2021-2030

1	A sua implementação através da participação e das ações “de tod@s para tod@s”
2	A sua utilização como um instrumento de alinhamento e de governação em saúde
3	A articulação, de um modo integrado, com o planeamento em saúde de nível subnacional
4	A adoção de uma nova tipologia de problemas
5	A aplicação de um novo paradigma na abordagem dos problemas de saúde e na intervenção em saúde

6	A valorização da informação, da comunicação, da ciência, do conhecimento e da inovação
7	A ação trans e multisectorial sobre os determinantes demográfico-sociais e económicos, como fundamental para o alcance de saúde sustentável
8	O reforço do investimento, pela sua importância crescente, nos determinantes relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde
9	O desenvolvimento de uma nova abordagem ao financiamento e contratualização em saúde
10	A construção de um “Pacto Social para a Década”, centrado na saúde sustentável e na redução das iniquidades em saúde

Fonte: Adaptado de DGS, 2019

O processo de construção do PNS 2021-2030, segue o modelo lógico do planeamento estratégico em saúde, de base populacional, sendo os seus principais componentes apresentados na Figura 1 (DGS, 2019).

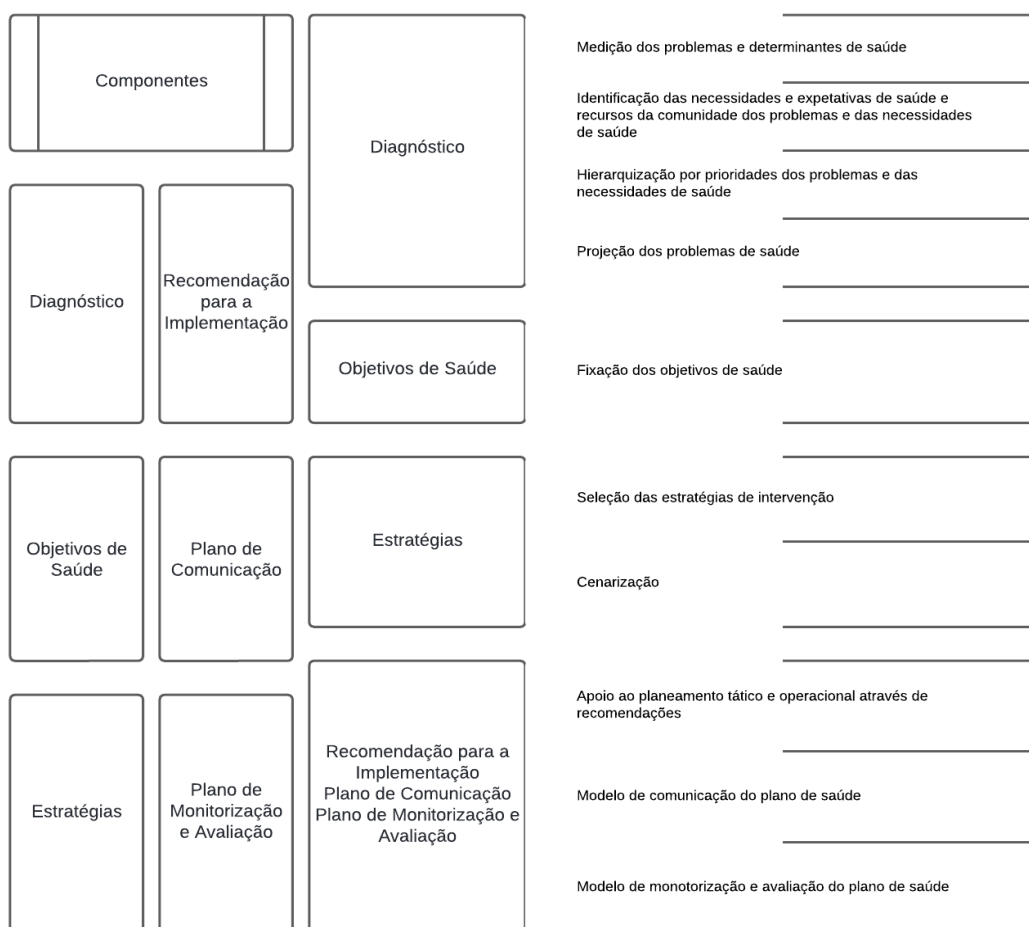


Figura 1: Componentes de um Plano de Saúde de base Populacional.

Fonte: Garcia, A. C., Felício, M. M., & Teixeira, C. (2010). *PNS 2021-2030: Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*.

Este modelo, ilustrado sob a forma de um ciclo na Figura 2, enfatiza não apenas a ordem lógica das etapas fundamentais do processo, mas também outros elementos essenciais, como o seu componente central, as Pessoas (individuais ou coletivas), e o seu envolvimento e comprometimento em todas as fases.

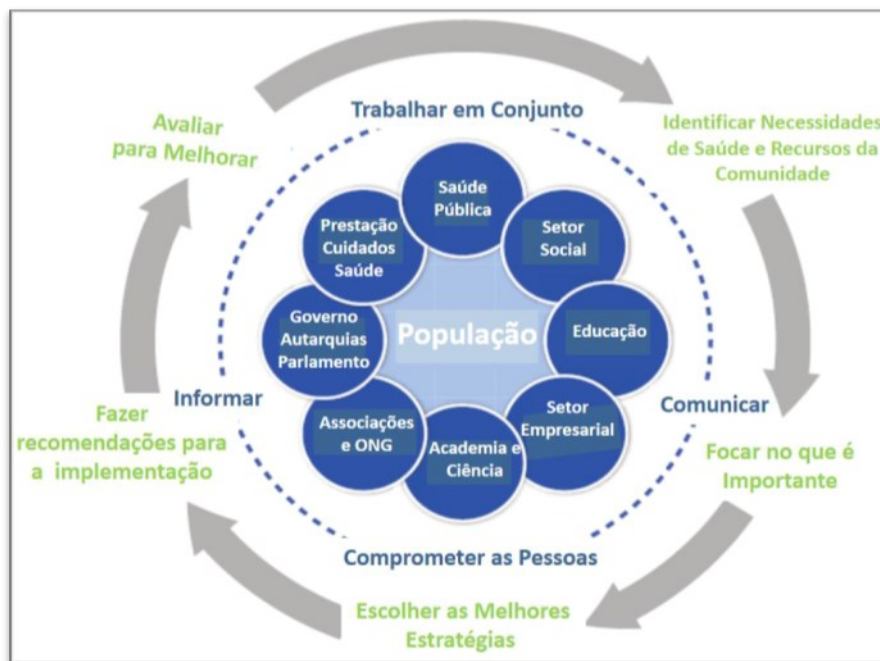


Figura 2: Ciclo Planeamento Estratégico em Saúde, de base populacional.

Fonte: Institute of Population Health. (2014). *County Health Rankings*. University of Wisconsin. *PNS 2021-2030: Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*.

O PNS 2021-2030 não é apenas um documento de orientação, ele possui uma utilidade prática na governação em saúde, direcionando para as prioridades, facilitando as melhores decisões, promovendo a cooperação e o alinhamento, adotando uma comunicação estratégica e fomentando o compromisso social. O documento define metas até 2030 ao nível da promoção da saúde, prevenção da doença e melhoria do estado de saúde da população. Considerando os compromissos delineados para fomentar comportamentos saudáveis em todas as etapas da vida e em todos os contextos, o PNS para esta década prioriza as áreas descritas na Tabela 4 (DGS, 2019).

Tabela 4: Metas do PNS 2021-2030

1	Proporcionar a cada criança o melhor começo de vida
2	Prevenir todas as formas de violência interpessoal
3	Proteger ativamente as populações que vivem em situação de maior vulnerabilidade

4	Caminhar na eliminação de todas as mortes evitáveis e prematuras, muito em particular relacionadas com o cancro e as doenças cérebro cardiovasculares
5	Preparar o país para responder às emergências em saúde
6	Garantir a efetiva participação da comunidade
7	Modernizar o contributo e a extensão das funções da saúde pública
8	Readequar as competências e a dimensão da força de trabalho em saúde
9	Identificar capacidades de liderança em saúde global

Fonte: Adaptado de DGS, 2019

Desta forma, a SD é sem dúvida uma garantia de sustentabilidade do Serviço Nacional de saúde (SNS) e do sistema de saúde português (Despacho nº 5613/2015 de 27 de maio), assim como, uma obrigação ética e legal para garantir a prestação de cuidados de saúde de alta qualidade. A SD é essencial para a confiança do público no sistema de saúde e para a eficácia geral do sistema de saúde.

Os serviços de saúde tornaram-se mais complexos e eficazes, criando novos desafios para garantir a qualidade e a segurança do atendimento prestado. Apesar dos avanços tecnológicos e das altas exigências das administrações de saúde, que nem sempre são acompanhadas das melhores condições para os profissionais, é indiscutível que o doente e a qualidade dos cuidados prestados, com ênfase na segurança, devem estar no centro do sistema de saúde. A atividade cirúrgica é, de facto, um processo complexo que envolve uma série de desafios. A interação de uma equipa multiprofissional, em que cada membro possui uma perspetiva única sobre o cuidado ao doente, contribui para essa complexidade. Além disso, as atividades realizadas são complexas e interdependentes, com um grau significativo de variação e incerteza. O ambiente cirúrgico é muitas vezes dominado pela pressão da

produção cirúrgica e pelo stress associado ao risco do processo. Mesmo as atividades mais simples podem ter implicações significativas para a SD. Assim, é crucial garantir que todos os aspetos do processo cirúrgico sejam geridos de forma eficaz e eficiente, para minimizar o risco de complicações e melhorar os resultados para os doentes.

Os desafios para SD no contexto de BO são de natureza diversa, onde se destaca: a prevenção da infeção do local cirúrgico, da hemorragia, do tromboembolismo, da hipotermia, das úlceras de pressão, das quedas, da retenção inadvertida de dispositivos médicos, de erros de medicação, da cirurgia efetuada no lado errado, no doente errado, ou procedimento cirúrgico errado (OMS, 2009). Esta complexidade exige uma gestão de risco concertada e sistematizada de todos os fatores que podem comprometer a SD. A coexistência dos vários riscos permite a ocorrência de EA, dependendo da sua maior ou menor frequência da CS organizacional (Heideveld-Chevalking et al., 2014). A OMS, ao abordar a complexidade da segurança cirúrgica, considera este o segundo maior desafio para a SD. Para combater esta dificuldade, incentiva o uso da lista de verificação de segurança cirúrgica. A estratégia visa reduzir a ocorrência de EA, implementar práticas seguras e melhorar a comunicação na equipa (OMS, 2009). No entanto, esta transformação paradigmática, fundamentada numa abordagem organizada e sistemática que inclui todos os membros da equipa cirúrgica, tem enfrentado alguma resistência no âmbito nacional e internacional (Despacho n.º 1400-A/2015; Mota, 2015). A implementação desta estratégia exige uma mudança cultural significativa e a presença de uma cultura robusta de segurança do doente (DGS, 2018). A AEORN (2006), promove e enuncia uma CS, baseada numa diversidade de características tais como; a comunicação aberta e honesta; a valorização do trabalho em equipa; as normas e práticas desenvolvidas de forma multidisciplinar; os membros da equipa apoiarem-se mutuamente com confiança; a equipa cirúrgica manter uma relação amigável e aberta, com ênfase na credibilidade e atenção; o ambiente resiliente, encorajando a criatividade e presença de foco no fluxo de trabalho e nos processos. Estes

atributos devem ser sustentados por uma cultura informada, que aprende e evolui perante a comunicação de acidentes e incidentes.

Devido ao elevado nível de tecnologia e às funções específicas que exige, a sala de operatória é um ambiente propenso a momentos de confusão, stresse, tensões emocionais e relacionais. Estes fatores aumentam a probabilidade de erros, sendo fundamental implementar estratégias para preveni-los. Segundo Silva & Rodrigues (2016), um sistema de notificação de erros é uma estratégia vital para reduzir a morbilidade e mortalidade, especialmente na sala de operações. Quando associado a uma cultura não punitiva, esse sistema diminui significativamente a ocorrência de eventos adversos. A frequência das notificações, o feedback e aprendizagem com os erros, é amplamente reconhecido como importante para melhorar a segurança do doente. Portanto, é essencial estabelecer metas que envolvam todos os profissionais de saúde, pois a relação entre qualidade e segurança do atendimento, comportamento dos profissionais e apoio institucional resulta num atendimento seguro (Freitas et al., 2014). É fundamental consciencializar os enfermeiros sobre a importância da notificação de EA e o impacto positivo da CS na sala operatória, promovendo a aquisição de conhecimentos através da formação contínua.

1.2 Bloco Operatório

O conceito de sala de operações evoluiu significativamente desde o século XIX. Inicialmente, as salas de operações eram apenas espaços anexos às enfermarias onde os procedimentos cirúrgicos eram realizados. Naquela época, não havia controle das condições ambientais e o conhecimento sobre as fontes de infeção era limitado. Isso restringia os procedimentos a intervenções superficiais e amputações. Após a fase inicial das salas anexas às enfermarias, a criação de salas operatórias em espaço aberto, também conhecidas como “teatros de operação”, marcou um avanço significativo. Estas salas proporcionavam melhores condições de luminosidade e isolamento acústico, permitindo uma realização mais eficaz dos procedimentos cirúrgicos.

A transição de salas anexas às enfermarias para unidades dedicadas, conhecidas como Bloco Operatório (BO), reflete o progresso na compreensão da medicina e da necessidade de controlar as condições ambientais para prevenir infeções (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2011).

A primeira guerra mundial foi um catalisador para o desenvolvimento de salas operatórias dedicadas, onde todas as especialidades cirúrgicas eram centralizadas para melhorar a funcionalidade e o acesso a outros serviços. A segunda guerra mundial, por sua vez, impulsionou a evolução tecnológica, levando ao aumento do tamanho do BO para acomodar compartimentos extras necessários para a anestesia e desinfeção. Nesta fase, também surgiram os primeiros departamentos cirúrgicos, marcando um avanço significativo na organização e especialização da cirurgia. Além disso, a assepsia do cirurgião tornou-se um princípio globalmente estabelecido, com a adoção de práticas como a esterilização, o uso de luvas, a touca e a utilização de máscara cirúrgica (ACSS, 2011).

Com o avanço da ciência e da medicina, as salas de operações tornaram-se espaços altamente controlados e esterilizados para minimizar o risco de infeções. Além disso, o desenvolvimento de anestésicos e técnicas cirúrgicas mais avançadas permitiu a realização de cirurgias mais complexas. Atualmente, são tecnologicamente avançadas, contam com equipas de cirurgia altamente qualificadas e embora exijam investimentos significativos, potenciem resultados positivos.

Os serviços no BO abarcam uma equipa multidisciplinar e o envolvimento de diferentes departamentos hospitalares, onde o trabalho divide-se em cirurgias ou procedimentos programados, não programados e urgentes, com ou sem internamento, assumindo uma importância primordial em qualquer hospital, devendo aproximar-se da perfeição e garantir uma prestação de cuidados de excelência (Associação de Enfermeiros Sala Operações Portuguesa [AESOP], 2006). De acordo com a OE (2004), o BO é uma unidade de cuidados de saúde onde, devido à natureza específica dos cuidados prestados, há uma

concentração de diversos riscos. Por isso, a manutenção e a segurança do ambiente cirúrgico são funções centrais realizadas pelos enfermeiros no contexto perioperatório. As salas operatórias fazem parte de uma “*suíte* operatória”, que também inclui áreas de desinfeção, salas de apoio e uma sala de indução anestésica. Alternativamente, podem ser utilizados os termos "sala cirúrgica", "sala de intervenção cirúrgica" ou "sala de operações" (AESOP, 2006; DGS, 2015; Instituto Nacional de Estatística [INE], 2004).

Um BO, possui características físicas e estruturais próprias, é multidisciplinar e tecnológico, oferecendo cuidados de saúde especializados ao doente cirúrgico. É uma unidade complexa e completa com atividade altamente especializada, que se traduz num centro de custos que faz uso intensivo de recursos humanos (RH), materiais, tecnológicos, económicos e principalmente, de tempo (Bilbao & Fragata, 2006). É importante entender que um bloco operatório não pode ser visto isoladamente. Ele está inserido num contexto hospitalar e numa política organizacional específica. Cada unidade é única e possui processos distintos que são moldados pelas suas necessidades específicas. Deste modo, é fundamental que cada hospital, público ou privado, adquira conhecimentos com as melhores práticas desenvolvidas noutras instituições. A variabilidade entre os BO de diferentes hospitais, tanto em termos de processos como de custos por procedimento cirúrgico, indica que há um grande potencial para melhorias. Estas melhorias podem ser alcançadas através da implementação de práticas eficientes, da otimização dos processos existentes e da redução dos custos operacionais (Pereira, 2014). Representa uma parcela significativa dos custos atribuídos a materiais de consumo clínico, salários e benefícios dos funcionários e ainda, despesas relacionadas com o funcionamento do bloco. Os custos associados à inovação tecnológica e à contratação de pessoal altamente especializado são significativos (Pereira, 2014). No entanto, estes investimentos são essenciais para garantir a prestação de cuidados de saúde de alta qualidade. A inovação tecnológica, embora onerosa, pode levar a melhorias significativas na eficiência e na

qualidade dos cuidados prestados ao doente. Além disso, a formação e a retenção de pessoal altamente especializado são fundamentais para garantir que os procedimentos cirúrgicos sejam realizados de forma segura e eficaz.

A gestão eficiente do BO é fundamental para o desenvolvimento organizacional e a contenção de despesas hospitalares. Isto implica maximizar a utilização da capacidade instalada e dos recursos disponíveis, o que pode ser um desafio considerável (Pereira, 2014). Embora o BO possa representar um investimento significativo para um hospital, o seu papel na prestação de cuidados de saúde eficazes e de alta qualidade é inestimável. A gestão eficaz deste serviço é, portanto, de extrema importância.

A configuração e as necessidades específicas de um ambiente cirúrgico, podem variar significativamente com base no tipo de hospital e nas diretrizes clínicas. Assim, o BO central, geralmente está localizado num hospital central onde ocorrem cirurgias programadas e urgentes. O BO periférico, normalmente está localizado em hospitais regionais, clínicas ou outras instalações de saúde e prestam cuidados a doentes que não necessitam de ser encaminhados ao BO central. (Ministério da Saúde, 2015). O BO de ambulatório destina-se a cirurgia de ambulatório que objetiva uma estadia hospitalar inferior a 24h e que cumpre os requisitos estipulados no Despacho n.º 30114/2008 para a cirurgia de ambulatório.

A estruturação do serviço, os recursos disponíveis, a inteligência artificial e a gestão de riscos, formam a base essencial do moderno BO, garantindo a integração e implementação de padrões de boa gestão. É necessário identificar e analisar individualmente os elementos presentes no BO, considerando a dinâmica de suas interações e a influência que exercem no desempenho geral. Também, é importante entender como os recursos são utilizados, como são tomadas as decisões sobre os cuidados a serem prestados e avaliar os resultados obtidos. É fundamental estabelecer a prática ideal contra a qual o desempenho possa ser medido, o que exige um entendimento do processo pelo qual os recursos utilizados são convertidos em resultados (Barros, 2006).

Explorar a organização do BO é de extrema importância, para garantir a qualidade dos cuidados cirúrgicos e a segurança do doente. Para alcançar esse objetivo, é necessário considerar diversos fatores e estratégias, tais como: a efetividade, que em contexto de BO, implica realizar procedimentos cirúrgicos com sucesso, minimizar complicações e promover a recuperação do doente; a otimização dos processos de trabalho em que a estrutura física deve garantir um ambiente organizado, limpo e equipado com os recursos necessários; os recursos humanos, devem ter equipas com treino e ser eficientes, com comunicação clara e boa colaboração entre profissionais, ainda a nível de recursos materiais, evitar desperdícios e garantir a disponibilidade de stock sempre que necessário; o agendamento e planeamento cirúrgico é outra estratégia essencial para evitar cancelamentos de cirurgias, otimizar o tempo e garantir a disponibilidade de recursos; igualmente a presença de equipas efetivas, profissionais com experiência, formação e motivação, contribuem para melhores resultados; por fim seguir as melhores práticas de qualidade e segurança utilizando as normas e protocolos instituídos (Barros, 2006).

Considerando o impacto nas despesas e receitas de um hospital, a gestão do BO define modelos de rentabilidade e garantia de qualidade. Fatores como a incerteza no agendamento cirúrgico, a necessidade de partilhar recursos, principalmente materiais, a gestão de circuitos e atividades variáveis, fortemente dependente da organização institucional, fazem com que a avaliação da organização no BO siga um padrão de condições não replicáveis. Assim, de acordo com o modelo de gestão da instituição, encontramos serviços com objetivos distintos, onde aspetos como custo-benefício, produtividade ou satisfação do doente podem ser percebidos de maneiras diferentes (Barros, 2006). A organização no BO envolve diferentes grupos de profissionais que, trabalhando de forma coordenada, realizam o processo de cuidados cirúrgicos ao doente. Devidamente organizada, a equipa cirúrgica intervém de acordo

com objetivos e funções específicas, seguindo um processo de planeamento de trabalho, distribuição de tarefas e tomada de decisões para resolver qualquer evento, conforme explicado na Tabela 5.

Tabela 5: Dinâmica da Equipa da Sala Operatória

Anestesistas	São responsáveis por anestésiar o doente, monitorizar os sinais vitais durante o procedimento cirúrgico e assegurar o conforto e segurança do paciente. A comunicação eficaz com os cirurgiões e enfermeiros é essencial para sincronizar a administração da anestesia com o início da cirurgia
Cirurgiões	Os cirurgiões lideram a equipa e realizam a intervenção cirúrgica propriamente dita. Eles dependem da colaboração eficiente dos outros membros da equipa para executar o procedimento com precisão. A comunicação clara entre os cirurgiões e os enfermeiros é essencial para garantir que os instrumentos corretos sejam entregues no momento certo
Enfermeiros	São responsáveis pela preparação do doente antes da cirurgia, organização dos materiais necessários e a documentação dos procedimentos. Além disso, monitorizam o doente durante todo o procedimento cirúrgico e contribuem para manter um ambiente cirúrgico seguro e limpo
Assistentes Operacionais	São responsáveis por higienizar e preparar o ambiente do bloco operatório antes de cada cirurgia, auxiliar a equipa médica e de enfermagem, limpar e descontaminar os dispositivos e equipamentos cirúrgicos e manter o bloco operatório organizado

Fonte: Adaptado de Barros, 2006

Dado que as equipas representam um dos maiores ativos do BO, é essencial destacar o papel do elemento humano e a importância do seu trabalho, especialmente como um fator chave na prevenção e correção de erros. O conhecimento, a experiência e a habilidade para tomar decisões e resolver eventos adversos são aspetos amplamente reconhecidos como contribuições essenciais para o sucesso da equipa. Por essa razão, é fundamental que a organização e o serviço estejam atentos aos processos formativos e de treino individual ou de equipa, à estruturação do trabalho e ao desenvolvimento de relações interpessoais dentro da equipa (Fragata, 2006). O sucesso da componente humana está intrinsecamente ligado à gestão adequada do conhecimento e das habilidades técnicas dos indivíduos, assim como à competência da equipa em comunicar e tomar decisões. Por outro lado, a falta

de conhecimento por parte de um profissional, combinada com ações inadequadas, aumenta significativamente o risco de erros. É imprescindível, a aprendizagem contínua e a melhoria constante das normas e procedimentos estabelecidos devem orientar a gestão do BO (Fragata, 2006).

A formação de uma equipa multidisciplinar é um processo dinâmico em que os profissionais se conhecem e aprendem a colaborar, reconhecendo o trabalho, o conhecimento e o papel de cada membro (Teunissen et al., 2019). Estas equipas incluem diversos tipos de profissionais na hierarquia dos cuidados, como enfermeiros, médicos, técnicos de diagnóstico, assistentes operacionais, fisioterapeutas, entre outros. A utilização de equipas coesas reduz eventos adversos e aumenta a segurança do doente. Para aumentar a eficiência da sala operatória, a constituição de equipas multidisciplinares deve ser baseada num grupo experiente, o que melhora a eficácia e resulta na economia de tempo e custos (Epstein, 2014).

1.3 Competências do Enfermeiro Gestor

Nos últimos anos, a enfermagem passou por um notável crescimento, tanto na sua formação básica como na complexidade e dignificação da sua prática profissional. Este progresso conduz ao reconhecimento imprescindível do papel significativo dos enfermeiros na comunidade científica da saúde, além de ressaltar a sua importância na segurança, qualidade e eficácia dos cuidados de saúde prestados.

O enfermeiro gestor desempenha um papel fundamental nos serviços de saúde, especialmente no âmbito hospitalar, onde tem a responsabilidade da gestão dos serviços de enfermagem e a tomada de decisões que envolvem as áreas administrativa, assistencial e de ensino-pesquisa, com o objetivo de garantir cuidados com segurança. As exigências para os enfermeiros gestores vão além da gestão da enfermagem e incluem o conhecimento e a interação

com todo o ambiente organizacional, contribuindo para o sucesso da organização.

Com as novas transformações, alteram-se paradigmas e exigem-se novas atitudes aos profissionais, especialmente, às instituições. Termos como, globalização, conhecimento, competência, liderança, competitividade e gestão do tempo são temas recorrentes na agenda dos gestores das organizações de saúde. A necessidade de novos modelos de gestão, impulsionada pelas exigências do mercado tanto no setor público como no privado, tem pressionado os profissionais de saúde a atualizar os conceitos administrativos adquiridos em períodos históricos anteriores (Malagutti & Caetano, 2009). Torna-se indispensável modernizar a gestão e investir nos RH para enfrentar os desafios de um mundo cada vez mais tecnológico e globalizado. É necessário alterar a mentalidade e a forma de agir, além de reformar os modelos de liderança prevalentes nas Instituições de Saúde. Os enfermeiros em cargos de gestão, precisam de estar preparados para lidar com as contínuas mudanças tecnológicas, organizacionais e humanas, bem como desenvolver as habilidades essenciais para um desempenho eficaz das suas funções (Malagutti & Caetano, 2009). Há uma necessidade iminente de reformas que ultrapassem as estruturas organizacionais e abranjam os modelos de gestão, de forma que as organizações atinjam níveis de excelência na prestação de cuidados, ou seja, alcancem a eficiência, eficácia e efetividade requeridas no atual mercado da saúde. Durante este processo, o enfermeiro gestor emerge como um agente central, promovendo mudanças nos processos de trabalho, com foco na melhoria da segurança dos cuidados, identificando falhas em rotinas e procedimentos através da constante atualização do conhecimento e envolvendo toda a equipa nas mudanças necessárias. Assim, torna-se uma peça fundamental para a manutenção do SNS e para a inovação na organização da assistência em saúde.

A OE reconhece a gestão como uma área de intervenção imprescindível para os enfermeiros. O enfermeiro gestor desempenha um papel fundamental na

promoção da qualidade e segurança no exercício profissional. Além das competências comuns e específicas, ele deve possuir habilidades no domínio da gestão e assessoria de gestão. Essas competências visam criar um enquadramento regulador para o exercício dessas funções, permitindo-lhe tomar decisões e liderar a sua equipa de forma eficaz (Regulamento nº 101/2015). O enfermeiro gestor possui um conhecimento sólido nas áreas de enfermagem, gestão em saúde e na compreensão das respostas humanas aos processos de vida e aos desafios de saúde. É essencial assegurar os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, que sejam cumpridos, especialmente no que diz respeito à organização dos cuidados de enfermagem. Este profissional atua como um impulsionador do desenvolvimento técnico, científico e relacional da sua equipa, promovendo ambientes que favoreçam a prática clínica e elevem a qualidade dos serviços oferecidos ao doente. Além disso, desempenha um papel fundamental na gestão de pessoas, na segurança dos cuidados, na alocação adequada de recursos, na formação contínua, na gestão de riscos clínicos, nas mudanças necessárias e na resolução de conflitos entre profissionais (Regulamento nº 101/2015).

O enfermeiro gestor desempenha um papel vital na criação de condições favoráveis para a sua equipa e na tomada de decisões que impactam a qualidade dos cuidados prestados aos doentes, assim como a sua segurança. Poderá não existir uma definição consensual acerca do conceito de enfermeiro gestor, uma vez que, os diferentes contextos, países ou legislação, poderão atribuir diferentes significados a essa competência de enfermagem. Então, a gestão em enfermagem apresenta-se como uma estratégia importante e primordial para a segurança dos cuidados prestados em qualquer organização de saúde. É da sua responsabilidade contribuir para o planeamento político de saúde, a nível local, nacional e internacional, através de papéis de gestão e liderança, e através das associações profissionais de enfermagem (Marquis et

al., 2010). A preocupação com a competência dos enfermeiros chefes, gestores ou em funções de gestão, tem aumentado devido à crescente importância dessas habilidades. Para garantir uma vantagem competitiva, é essencial desenvolver as competências destes profissionais, assegurando melhores serviços de saúde para o doente e contribuindo para a obtenção de resultados positivos. No entanto, o mercado moderno deve implementar sistemas de ensino-aprendizagem nas instituições de trabalho, para capacitar os profissionais de maneira eficaz (Camelo et al., 2016). A missão da gestão vai além de uma mera combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores. Além disso, as competências não se restringem apenas à prática profissional, mas também desempenha um papel importante, na segurança dos cuidados de saúde e no desenvolvimento da organização conforme explicitado na Tabela 6.

Tabela 6: Competências Acrescidas Avançadas em Gestão por Domínios

Domínio	Competências
Gestão	Prática profissional ética e legal - Considera os valores, os princípios éticos e deontológicos, bem como as normas legais da profissão, no contexto da sua interação de trabalho com as pessoas e colaboradores.
	Gestão pela qualidade e segurança - Dirige a prestação de cuidados em direção aos objetivos a alcançar, colocando o foco nas pessoas, clientes e/ou na comunidade.
	Gestão da mudança, desenvolvimento profissional e organizacional - Compreende a relevância da gestão da mudança e implementa um programa de desenvolvimento organizacional focado no planeamento das mudanças. Garante o desenvolvimento profissional como uma estratégia para capacitar individual e coletivamente, promovendo uma prática profissional de alta qualidade.
	Planeamento, organização, direção e controlo – Elabora o planeamento considerando os fatores internos e externos. Entende a importância da função "Organização", que demonstra como a estrutura organizacional

	<p>interage tanto dentro como fora da instituição. Compreende a função "Direção" como o processo de influenciar o comportamento dos membros da equipa de trabalho. Implementa o "Controlo" como uma função contínua para monitorizar a execução do plano de ação.</p>
	<p>Prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde - Reconhece a investigação como uma ferramenta essencial para adquirir evidências científicas, que fundamentem as decisões no exercício profissional. Implementa indicadores de desempenho sensíveis aos cuidados de enfermagem como meio de avaliação contínua da qualidade dos serviços prestados.</p>
<p>Assessoria e Consultadoria</p>	<p>Desenvolve a assessoria e consultadoria visando processos de mudança que agreguem valor às organizações de saúde – Desenvolve o planeamento estratégico, enquanto desempenha funções de assessoria e consultoria, com foco nas políticas e nos processos destinados a melhorar as organizações.</p>

Fonte: Adaptado de Regulamento nº76/2018

Desta forma, a competência é compreendida como uma combinação de conhecimentos, habilidades, compreensões, valores, atitudes e desejos, que fornecem as motivações para que uma pessoa seja considerada um modelo de referência. Assim, as ações realizadas no desempenho das funções devem melhorar os resultados com eficiência, já que os conhecimentos adquiridos ao longo da carreira profissional precisam ser expressos por meio de atitudes, que podem gerar resultados positivos para a própria instituição (Hoskins & Crick, 2010). A Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança, no documento relativo ao referencial das competências para enfermeiros na área da gestão, defende que a gestão é uma área de atuação da Enfermagem que possui importância estratégica e essencial para garantir a qualidade dos cuidados (Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança, 2009). As suas competências abrangem três níveis: estratégico, tático e operacional. De acordo com o referencial de competências do Enfermeiro Gestor, essas competências são divididas em quatro áreas de intervenção:

prática profissional, ética e aspetos legais; gestão dos cuidados de saúde; administração dos serviços e funções de assessoria e desenvolvimento profissional. As competências acrescidas conferem um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que possibilitam o exercício da profissão de enfermagem em níveis crescentes de complexidade. São fundamentais nos diferentes domínios de atuação do enfermeiro e contribuem para o desenvolvimento técnico-científico da enfermagem, abrindo novas oportunidades para a prática profissional (Regulamento nº76/2018). Competências acrescidas avançadas conferem os saberes, competências e atitudes que atendem às necessidades em diversas áreas de atuação, acrescentando, às habilidades do enfermeiro especialista, a experiência adquirida pela constante complexidade dos conhecimentos, práticas e contextos em uma área de intervenção avançada, favorecendo a melhoria da qualidade de atuação do enfermeiro especialista. (Regulamento nº76/2018).

O enfermeiro gestor deve estar familiarizado com a filosofia, metas, objetivos, políticas, procedimentos e normas da instituição onde trabalha, contribuindo para o desenvolvimento e implementação de iniciativas a curto e longo prazo, estabelecendo metas realistas e promovendo a mudança. Também são responsáveis pelo recrutamento, entrevista, contratação e orientação dos profissionais, além de motivar, gerir conflitos, delegar responsabilidades, comunicar eficazmente e facilitar a colaboração entre os membros da equipa. Para ser eficaz a nível profissional ou pessoal, é essencial que os indivíduos procurem e aprimorem constantemente, as suas habilidades e conhecimentos. No contexto atual, a produtividade depende significativamente da capacidade de processar informações, colaborar eficientemente, gerir o tempo de forma organizada e expandir o conhecimento continuamente (Regulamento nº 76/2018). O enfermeiro gestor nas organizações de saúde deve possuir um conhecimento sólido e um pensamento estruturado, tanto na área de enfermagem como na gestão. Ele deve demonstrar competência eficaz e prática na sua área profissional, com uma visão abrangente da organização como um todo. Também deve considerar a estrutura formal e informal da

organização e seu ambiente, assim como identificar e analisar os fatores contingenciais que impactam, direta ou indiretamente, as atividades de planeamento, execução, controle e avaliação. Além disso, agrega valor económico à organização e valor social aos enfermeiros. Ele é o principal responsável pela segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem, além de promover o desenvolvimento profissional dos enfermeiros. No processo de tomada de decisão, o enfermeiro gestor age com competência relacional de forma eficaz e transparente, mantendo uma postura ética e de responsabilidade social, focada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde (Regulamento nº 76/2018). Reconhecendo a significativa importância da participação dos enfermeiros na gestão das organizações e nos processos de cuidado, a OE estabelece no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro gestor, o seu papel vital na administração dos recursos humanos, assegurando o cumprimento das diretrizes institucionais e a manutenção de níveis seguros de pessoal. Ele também promove a coesão, o espírito de equipa e um ambiente de trabalho positivo, criando condições para uma colaboração eficaz e sistemas de comunicação eficientes. Além disso, é responsável pela gestão do risco clínico e não clínico dos serviços, incentivando ambientes seguros e promovendo uma cultura de segurança entre a equipa. O enfermeiro gestor otimiza e promove o desenvolvimento das competências da equipa, especialmente através da promoção de uma gestão participativa (Regulamento n.º 101/2015). Neste enquadramento, apresenta ainda competências relevantes conforme se especifica na Tabela 7.

Tabela 7: Competências do Enfermeiro Gestor

1. Gerir os recursos da unidade ou serviço, otimizando as respostas às necessidades em cuidados de saúde das pessoas, grupos e comunidade, defendendo os princípios do Serviço Nacional de Saúde, bem como o respeito pela ética e pela deontologia do exercício da enfermagem;
2. Gerir os recursos humanos funcionalmente dependentes em função das necessidades de cuidados, nomeadamente através da elaboração de planos de trabalho, escalas e planos de férias, otimizando a eficiência e a produtividade;
3. Criar as condições para um trabalho cooperativo e de efetiva articulação da equipa multiprofissional e um ambiente de trabalho saudável na unidade ou serviço, salvaguardando a dignidade e autonomia de exercício profissional e promovendo o

-
- desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros;
-
4. Garantir uma prática de enfermagem na unidade ou serviço baseada em normas de boas práticas e na melhor evidência disponível;

 5. Garantir a implementação dos processos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e participar nos processos de acreditação e certificação;

 6. Promover uma cultura de segurança na prestação de cuidados de saúde, gerindo os riscos na sua unidade ou serviço, integrando grupos de trabalho e comissões nesta área;

 7. Promover a divulgação de informação relevante para o exercício profissional de enfermagem na unidade ou serviço;

 8. Responsabilizar-se pela valorização de competências da equipa que gere, facilitando e promovendo os processos formativos de acordo com as diretrizes institucionais;

 9. Avaliar o desempenho profissional dos enfermeiros e enfermeiros especialistas, bem como colaborar, quando adequado, na avaliação de desempenho de outros profissionais que estejam funcionalmente dependentes;

 10. Implementar auditorias internas com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados;

 11. Promover o desenvolvimento da investigação e inovação em enfermagem, envolvendo a equipa na utilização dos resultados para a melhoria da qualidade dos cuidados e criação de valor;

 12. Promover a formação pré e pós-graduada da enfermagem, criando condições facilitadoras do processo de ensino e aprendizagem;

 13. Garantir a documentação da prática clínica e a monitorização de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, com o recurso às tecnologias de informação;

 14. Participar na determinação dos postos de trabalho de trabalhadores enfermeiros e enfermeiros especialistas a prever no mapa de pessoal para a unidade ou serviço, tendo em vista os cuidados de enfermagem a prestar, baseada em instrumentos de cálculo validados, que garantam a segurança na prestação de cuidados de enfermagem;

 15. Participar, em articulação com a direção do serviço, no processo de contratualização interna relativo à respetiva unidade ou serviço;

 16. Participar na determinação das necessidades de recursos materiais e equipamentos para a prestação de cuidados na unidade ou serviço, tendo em conta critérios de custo, efetividade e segurança;

 17. Emitir pareceres, exercer funções de assessoria técnica e participar nas comissões de escolha de materiais e equipamentos para a prestação de cuidados.

Fonte: Adaptado de Decreto-lei nº 71/2019

Ao considerar o desenvolvimento de competências para enfermeiros gestores, torna-se evidente a contribuição da gestão em Enfermagem como um quadro

de referência para aumentar a segurança cirúrgica. A utilização de competências vastas e diversificadas no percurso do desenvolvimento pessoal e profissional de um enfermeiro, exige responsabilidade profissional, ética e legal. Além disso, é fundamental considerar os direitos humanos, a melhoria contínua para a segurança dos cuidados e a gestão da equipa multidisciplinar. O domínio da aprendizagem a nível profissional, o autoconhecimento e a assertividade, também são essenciais para uma prática especializada baseada em padrões sólidos de conhecimento.

A gestão do bloco operatório é intrinsecamente complexa devido à natureza multifacetada das operações realizadas. Cada cirurgia envolve uma série de etapas críticas, desde a preparação do doente até à recuperação no pós-operatório. A necessidade de coordenar as etapas de forma eficiente e segura adiciona um nível significativo de complexidade. Além disso, a pressão para minimizar erros e maximizar a eficiência torna essa tarefa ainda mais exigente. Liderar um bloco operatório requer habilidades excepcionais de liderança. O enfermeiro gestor deve ser capaz de inspirar e motivar uma equipa diversificada, composta por cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e outros profissionais de saúde. A liderança eficaz envolve não apenas a tomada de decisões rápidas e informadas, mas também a capacidade de resolver conflitos e promover um ambiente de trabalho colaborativo e positivo. a gestão do bloco operatório é uma tarefa que exige uma combinação de habilidades técnicas e interpessoais. A comunicação clara e a gestão eficiente dos recursos são igualmente importantes para garantir a segurança dos doentes e a eficiência das operações. A complexidade e a exigência dessa função refletem a

importância crítica do papel do gestor do bloco operatório na prestação de cuidados de saúde de alta qualidade. Estas práticas devem ser adaptadas às políticas e procedimentos específicos de cada instituição e à legislação local. A segurança do doente é uma responsabilidade compartilhada por toda a equipa de saúde.

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A investigação é uma disciplina fundamental, para o desenvolvimento, avaliação e disseminação do conhecimento em enfermagem, assim como para a prática clínica baseada em evidências. A adoção desta prática, assegura cuidados com maior qualidade e reforça a segurança do doente. Ao mesmo tempo, contribui para o crescimento profissional dos enfermeiros, aumentando a visibilidade social da enfermagem (OE, 2006). O investimento contínuo na investigação científica é essencial para o progresso e inovação, impulsionando o desenvolvimento tecnológico e a competitividade global.

Neste capítulo, é exposta a estrutura metodológica da investigação realizada, detalhando de forma clara e abrangente, a organização que irá nortear o processo.

2.1 Tipo de Estudo

Tendo em vista o tema explorado e com o objetivo de responder às metas deste estudo, foi efetuada uma pesquisa exploratória preliminar sobre o tema, utilizando as bases de dados *Open Science Framework (OSF)*, *International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO)*, Instituto *Joanna Briggs (JBI)*, *Cochrane Library*, MEDLINE complete e CINAHL complete (via EBSCO), visando verificar a existência de alguma revisão sobre a temática. Tendo-se verificado que não existia nenhuma revisão sobre o tema, concluída ou a ser desenvolvida, e no sentido de mapear estudos sobre as estratégias do enfermeiro gestor para melhorar a segurança do doente no bloco operatório desenvolvemos uma revisão *scoping*.

A escolha pela revisão *scoping* foi considerada a mais adequada, pois trata-se de uma forma de descrição do conhecimento que adota uma abordagem sistemática para mapear evidências sobre um tema específico. Além disso, permitiu identificar os principais conceitos, teorias, fontes de informação e

lacunas na evidência existente, resumir e divulgar resultados de pesquisa e anteceder a realização de uma revisão sistemática (Amendoeira, 2022). Neste sentido, a revisão *scoping* foi conduzida de forma a: explorar a abrangência, diversidade e natureza das evidências disponíveis sobre o tema; avaliar a pertinência de realizar uma revisão sistemática; sintetizar um conjunto de conhecimentos diversos; e identificar lacunas na literatura, com a intenção de apoiar o planeamento e o desenvolvimento de pesquisas (Tricco et al., 2016; Peters et al., 2017). Este tipo de revisão tem por base o método explícito e sistemático, procurando incluir contributos quantitativos e qualitativos, estudos publicados e não publicados, como a literatura cinzenta.

Tendo em vista a importância da qualidade metodológica na condução da revisão e na redação do relatório desta revisão *scoping*, foram seguidas as diretrizes específicas. O percurso metodológico foi orientado pela diretriz do JBI. Para a elaboração do relatório da revisão *scoping*, utilizou-se como base a *Checklist Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR)* (Tricco et al., 2018).

Para desenvolver uma revisão *scoping*, tal como qualquer revisão da literatura, é recomendável elaborar previamente um protocolo, que deve incluir o método a ser empregado, a questão de pesquisa, os objetivos do estudo, os critérios de inclusão e exclusão, além das bases de dados que são consultadas. Este documento inicial ajuda o pesquisador a acompanhar as etapas do processo, minimizando o risco de desvios e viés (Joanna Briggs Institute [JBI], 2020). A revisão incluiu as seguintes etapas: definição do título e desenvolvimento da questão de investigação; definição dos critérios de inclusão e exclusão; estratégia de pesquisa; seleção das fontes de evidência; extração dos dados; análise das evidências e finalmente apresentação dos dados, conforme plasmado na Figura 3.

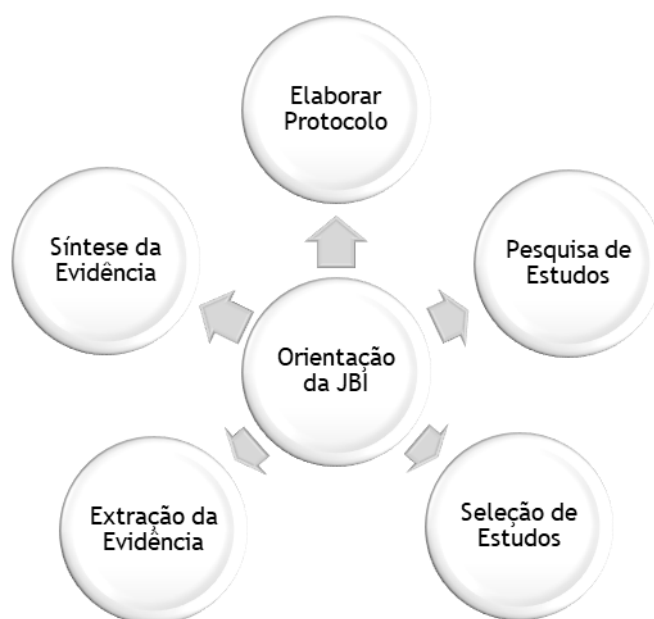


Figura 3: Orientação da JBI na elaboração de uma scoping review.

Fonte: Adaptado de Tricco, 2020)

2.2 Objetivo do Estudo

Com a finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados e segurança do doente no BO, foi definido o seguinte objetivo: mapear a evidência sobre as estratégias do enfermeiro gestor para a segurança do doente no BO.

2.3 Questão de Investigação

Segundo Fortin (2009), uma questão de investigação representa uma pergunta clara sobre um determinado campo que precisa de ser explorado para gerar novos conhecimentos. Envolve a apresentação de palavras-chave, a definição da população-alvo e a indicação de uma possível pesquisa empírica. A pergunta tem como objetivo nortear toda a pesquisa subsequente. Neste

estudo foi formulada de acordo com a metodologia do JBI, que segue os critérios de elegibilidade baseados na mnemônica PCC: Participantes, Conceito e Contexto (Apóstolo, 2017).

Assim, temos a questão de revisão: Que estratégias utiliza o enfermeiro gestor para a melhoria da segurança do doente no bloco operatório? A tabela 8 apresenta a questão de investigação segundo o método PCC.

Tabela 8: Formulação da questão de investigação segundo o método PCC

P	Participantes	Enfermeiros gestores
C	Conceito	Estratégias para melhorar a segurança do doente
C	Contexto	Bloco operatório
Questão de investigação		
Que estratégias utiliza o enfermeiro gestor para a melhoria da segurança do doente no bloco operatório?		

2.4 Critérios de Inclusão

Com base no tema escolhido foram definidos os critérios de elegibilidade considerando as características das fontes de evidência para a revisão. Utilizando a estratégia PCC, determinou-se a inclusão de estudos tendo em conta os participantes, o conceito e o contexto.

Participantes

Esta revisão considerou todos os estudos que incluem enfermeiros gestores, independentemente dos anos de exercício da função. Não existe uma definição consensual acerca do conceito de enfermeiro gestor, uma vez que, os diferentes contextos, países ou legislação, atribuem diferentes significados a essa competência de enfermagem. Assim considerou-se todos os profissionais com o título “enfermeiro gestor”, “enfermeiro chefe”, “enfermeiro em funções de

gestão” e “enfermeiro administrador”, com base no padrão universal subjacente à definição. Em Portugal entende-se por enfermeiro gestor:

“o enfermeiro que detêm um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no que concerne ao enunciado descritivo «A Organização dos Cuidados de Enfermagem», sendo o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros;” (Regulamento nº 101/2015, p. 5949).

Conceito

A revisão incluiu todos os estudos que exploram estratégias para promover a segurança do doente. Considerou-se estratégia, um plano cuidadosamente elaborado para alcançar um objetivo específico. Envolve a identificação e avaliação de várias opções possíveis e a escolha mais adequada para atingir a missão, a visão e os objetivos da organização. Esses objetivos são definidos previamente e a estratégia serve como um roteiro para alcançá-los (Mesquita, 2012). Ou seja, a estratégia consiste na formulação de um plano ou padrão, cujos objetivos fundamentais, as políticas e ações, visam alcançar o sucesso.

Estratégias para a SD são planos e ações implementados para garantir que os doentes recebem cuidados de saúde seguros e eficazes. Ainda, SD é definida, no contexto da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente como:

“A redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo;”
(DGS, Departamento da Qualidade na Saúde, 2017, p. 4).

Contexto

Foram considerados todos os estudos que abordam o conceito no contexto de serviços de bloco operatório, independentemente a instituição ser pública ou privada, centralizada ou não e de qualquer especialização. O termo bloco operatório refere-se a uma unidade funcional e organizacional que integra recursos financeiros, humanos e tecnológicos, direcionado à realização de cirurgias programadas ou de urgência, além de exames e outros procedimentos invasivos. As intervenções são conduzidas sob rigoroso controle de assepsia e anestesia, com o objetivo principal de garantir a preservação e manutenção da saúde (AESOP, 2006). De acordo com a OE (2004), o BO é uma unidade de cuidados de saúde onde, devido à natureza específica dos cuidados prestados, há uma concentração de diversos riscos. Por isso, a manutenção e a segurança do ambiente cirúrgico são funções centrais realizadas pelos enfermeiros no contexto peri-operatório.

Não foram aplicadas restrições temporais ou geográficas, com o objetivo de reunir o máximo de informações disponíveis sobre o tema. No entanto, foram aplicadas limitações linguísticas, incluindo apenas estudos em português,

inglês e espanhol, pois são os idiomas que o pesquisador domina e não tem conhecimento de tradutores nativos credenciados para os idiomas excluídos, garantindo assim a precisão e transparência do processo. Além disso, foram considerados estudos de acesso aberto e em texto integral. Tendo em conta a pesquisa preliminar realizada e a quantidade limitada de informações disponíveis sobre o tema, incluímos principalmente estudos de pesquisa primária entre os tipos de fontes de evidência. No entanto, também consideramos outras fontes que atendam ao objetivo e à questão de investigação definida.

2.5 Estratégia de Pesquisa

Em conformidade com as recomendações do JBI, e após uma condução de uma pesquisa preliminar sobre o tema, implementamos uma estratégia de pesquisa estruturada em três etapas, para identificar os documentos publicados e os não publicados: primeiramente realizou-se uma pesquisa inicial restrita a duas bases de dados, MEDLINE Complete e CINAHL Complete (acesso via EBSCOhost Web), utilizando palavras-chave, termos de índice, termos MeSH e CINAHL Headings, com o intuito de identificar artigos relevantes. Após a pesquisa inicial, fizemos uma análise das palavras contidas nos títulos e resumos dos artigos relevantes, além dos termos de indexação utilizados para descrevê-los. Em seguida, realizamos uma segunda pesquisa, incorporando todas as palavras-chave e termos de indexação identificados, com o objetivo de desenvolver uma estratégia de pesquisa mais abrangente. Por fim, foram analisadas as referências bibliográficas dos artigos selecionados e feita uma busca na literatura cinzenta, para identificar estudos relevantes que não tenham sido incluídos nas etapas anteriores.

Relativamente às fontes de informação e por forma a identificar potenciais documentos relevantes, procedemos à pesquisa no dia 11 de junho de 2024, nas seguintes bases de dados disponíveis através do agregador de conteúdos EBSCOhost (via ESEP), nomeadamente: *Academic Search Complete*, CINAHL

Complete, MEDLINE Complete e *MedicLatina*. Também fizemos pesquisas nas bases de dados *Scopus* e *Web of Science*. Fontes de estudos não publicados e literatura cinzenta pesquisadas, incluindo o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), *OpenGrey–System for Information on Grey Literature in Europe*, utilizando termos de pesquisa em linguagem natural e termos de indexação DeCS e MeSH, como exposto na Tabela 9.

Tabela 9: Termos de pesquisa utilizados nas bases de dados

Português	Inglês	Espanhol
Enfermeiro	Nurse	Enfermera
Enfermeiras administradoras	Nurse administrators	Enfermeras administradoras
Gestor de enfermagem	Nurse manager	Enfermera gerente
Enfermeira executiva	Nurse executive	Enfermera ejecutiva
Segurança do doente	Patient safety	Seguridad del paciente
Gestão da segurança	Safety management	Administración de seguridad
Cultura de segurança do doente	Patient safety culture	Cultura de seguridad del paciente
Período intraoperatório	Intraoperative period	Periodo intraoperatorio
Sala operatória	Operating room	Sala de operaciones
Cirurgia de bloco operatório	Operating theatre Surgery	Quirófano cirugía

Gestão	Management	Gestión
Liderança	Leadership	Liderazgo

A estruturação da frase booleana, assente na combinação de palavras, termos obtidos e operadores booleanos, resultou na seguinte combinação:

("nurs*" OR "nurs* administrator*" OR "nurs* manager*" OR "nurse executive") AND ("patient safety" OR "safety management") AND ("intraoperative period" OR "operating room" OR "operating theatre") AND (management OR leadership)

Em todos os campos dos artigos sem seleccionar um campo específico, aplicando os operadores booleanos "OR" e "AND", como explicitado na Tabela 10.

Tabela 10: Estratégia de pesquisa nas fontes e bases de dados e artigos obtidos

Acesso/Motor de Busca	Fonte/Base de Dados	Estratégia de Pesquisa	Número de Artigos
EBSCOHost	MEDLINE Complete	("nurs*" OR "nurs* administrator*" OR "nurs* manager*" OR "nurse executive") AND ("patient safety" OR "safety management") AND ("intraoperative period" OR "operating room" OR "operating theatre") AND (management OR leadership)	231
	CINAHL Complete		100
	MedicLatina		6

	Academic Search Complete		110
Portal da SCOPUS	SCOPUS	("nurs*" OR "nurs* administrator*" OR "nurs* manager*" OR "nurse executive") AND ("patient safety" OR "safety management") AND ("intraoperative period" OR "operating room" OR "operating theatre") AND (management OR leadership)	43
Portal Web of Science	Web of Science	("nurs*" OR "nurs* administrator*" OR "nurs* manager*" OR "nurse executive") AND ("patient safety" OR "safety management") AND ("intraoperative period" OR "operating room" OR "operating theatre") AND (management OR leadership)	0
Literatura Cinzenta	OpenAIRE	"segurança do doente" AND "bloco operatório"	51
	RCAAP		9
Total			550

2.6 Seleção dos Estudos

Após a execução da pesquisa, todos os artigos e documentos encontrados foram exportados das bases de dados para a plataforma *Rayyan*® (*Qatar Computing Research Institute, Doha, Qatar*), onde efetuamos uma remoção automática de duplicados. Em seguida, procedemos à seleção dos artigos, analisando os títulos e resumos com base nos critérios de inclusão previamente definidos. Após a exclusão com base nessa análise, procedemos à avaliação do texto integral. Em cada um dos momentos, a seleção foi

efetuada por dois revisores independentes, não se verificando discordância entre os revisores. Os resultados da pesquisa e o processo de seleção dos estudos está apresentado num diagrama de fluxo adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses* para Scopin Review (PRISMA-ScR) (Figura 4).

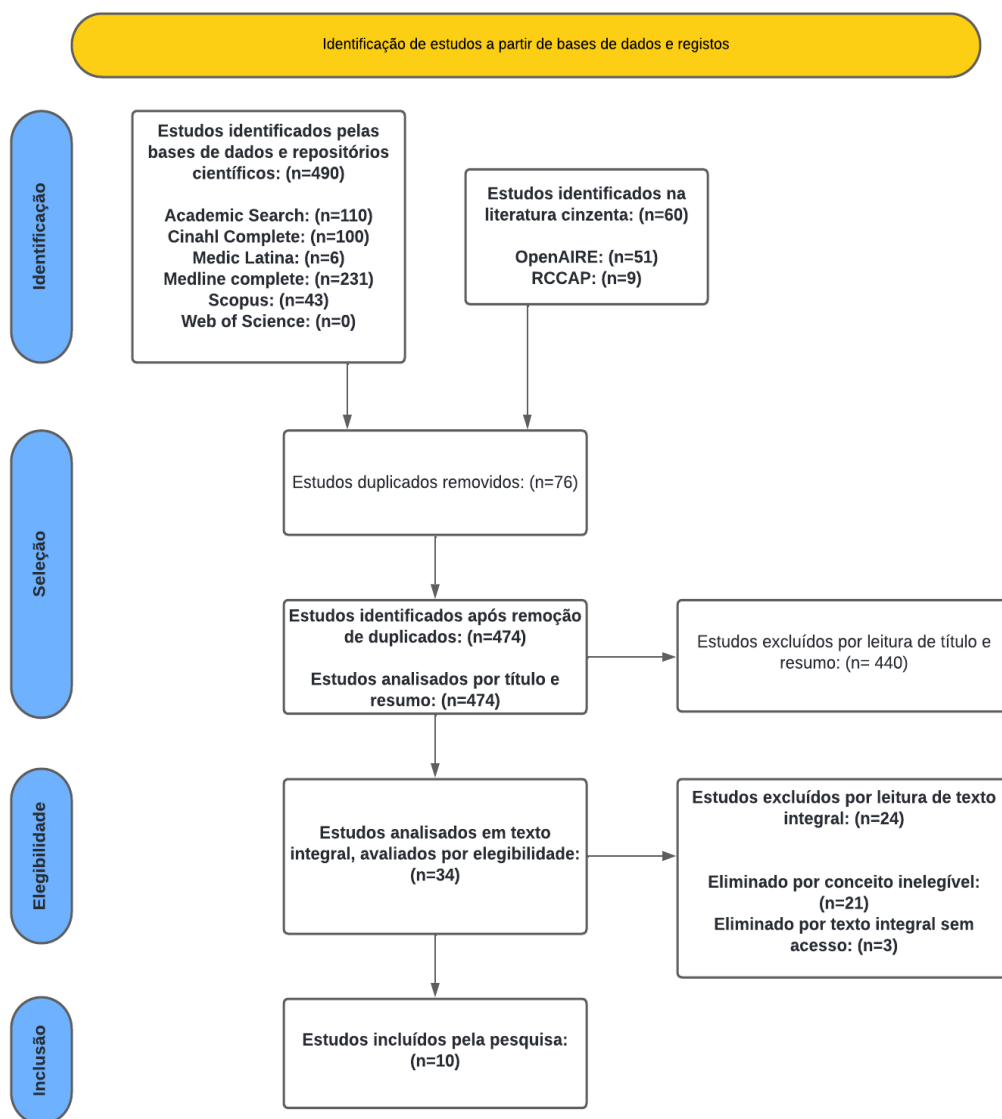


Figura 4: Diagrama de Fluxo PRISMA, Scopin Review.

Fonte: Adaptado de Tricco et al., 2018

Foram identificados 550 estudos. Desses, 76 foram excluídos por serem duplicados, resultando em 474 documentos. Seguidamente, esses documentos foram analisados por título e resumo, com exclusão de 440 estudos, por o título não se encontrar alinhado com a questão de investigação e o resumo não se enquadrar no tema pretendido, restando 34 documentos para leitura do texto integral. Após análise, 20 estudos foram eliminados por não se adequarem ao tema da pesquisa, restando 10 artigos para incorporar a revisão *scoping*. Os artigos que excluímos têm como principal motivo o fato de não correlacionarem as estratégias do enfermeiro gestor com a SD no BO.

2.7 Extração de Dados

De acordo com o JBI (2020), a remoção de dados deve ser realizada utilizando gráficos e tabelas, de forma a fornecer um resumo lógico e descritivo dos resultados, sempre em consonância com os objetivos e a questão de investigação da revisão. Neste estudo, utilizamos uma tabela baseada no modelo proposto pelo JBI (2020) para a extração de dados, características e resultados dos estudos.

3. RESULTADOS

Neste capítulo, são apresentados os resultados do processo de seleção dos estudos, de forma resumida. Para facilitar a compreensão, as tabelas que caracterizam detalhadamente os estudos incluídos na revisão *scoping* estão disponíveis no Anexo I. Nestas tabelas encontra-se discriminado: a extração dos dados, abrangendo os estudos selecionados, títulos e autores, ano de publicação, país de origem, tipo de estudo, objetivos, resultados, principais conclusões e as referências bibliográficas correspondentes. Na análise descritiva, optamos por uma abordagem que consiste em fornecer uma breve descrição dos resultados comuns identificados nos estudos. Como se pode observar na Tabela 11, os estudos da amostra abrangem os diversos continentes, são maioritariamente estudos descritivos, efetuados entre 2012 e 2024.

Tabela 11: Caracterização dos estudos incluídos

Estudo	Título	Autor/ ano	País	Tipo de Estudo
1	Influence of Person-Centered Perioperative Nursing and Patient Safety Competency on Patient Safety Management Activities among Operating Room Nurses: A Descriptive Survey Study	Shin, Ji Yong & Jang, Eun Hee (2023)	Coreia	Estudo descritivo
2	Percepción de enfermería. Una mirada actual a la cultura de seguridad en el quirófano	Pérez Bolaños L. (2020)	Cuba	Estudo transversal descritivo
3	The frequency and reasons for missed nursing care in Australian perioperative nurses: A national survey	Gillespie, B.M., Harbeck, E., & Chaboyer, W., et al. (2024)	Austrália	Estudo transversal descritivo
4	Safety culture in the operating room: an integrative review	Fernandes A.R., Fassarella C.S., Camerini F.G., et al.	Brazil	Revisão integrativa da literatura

		(2021)		
5	Patient Safety Culture, Infection Prevention, and Patient Safety in the Operating Room: Health Workers' Perspective	Juliasih N.N., Dhamanti I., Semita N., Wartingsih M., Mahmudah M., & Yakub F. (2023)	Indonésia	Estudo quantitativo
6	Safety perception in the operating environment: The nurses' perspective versus that of the surgeons	Gutiérrez-Ginerb M.I., & Ruano-Ferrer F. (2023)	Espanha	Estudo observacional e transversal
7	Interprofessional team assessments of the patient safety climate in Swedish operating rooms: a cross-sectional survey	Göras C., Unbeck M., Nilsson U., et al. (2017)	Suécia	Estudo Transversal
8	Promoting Safety through Well-Being: An Experience in Healthcare	Bruno A. & Bracco F. (2016)	Itália	Estudo qualitativo Grupo focal
9	Segurança do doente no bloco operatório: Contributos do ambiente de prática e da liderança em enfermagem	Mota A.S. (2021)	Portugal	Estudo quantitativo com construção e validação de conteúdo e semântica do questionário, segurança do doente no bloco operatório (SDBO), descritivo, correlacional, explicativo.
10	A cultura de segurança no bloco operatório como cuidamos da segurança dos Doentes	Madeira A.M. (2012)	Portugal	Estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional

Relativamente às estratégias utilizadas pelos enfermeiros gestores para a segurança do doente no BO, a análise dos artigos permitiu identificar um conjunto de sete estratégias que o enfermeiro gestor pode utilizar para melhorar a segurança do doente no bloco operatório. Foram elas: o apoio do enfermeiro gestor e da gestão de topo, as dotações seguras e ambientes saudáveis, a cultura de erros não punitiva, a comunicação eficaz, a formação, a liderança do enfermeiro gestor e os cuidados centrados na pessoa. Algumas dessas estratégias repetem-se em vários artigos, enquanto outras, são mencionadas apenas em estudos específicos. Os artigos selecionados

ressaltam a relevância das ações do enfermeiro gestor no bloco operatório para a melhoria da segurança do doente, de acordo com a Tabela 12.

Tabela 12: Estratégias do enfermeiro gestor, consideradas contributos para a segurança do doente no bloco operatório

Identificação do estudo	Estratégias para a segurança do doente
E1 E4 E6 E7 E8 E9 E10	Apoio dos gestores: <ul style="list-style-type: none"> • do enfermeiro gestor • da gestão no uso de ferramentas • da gestão de topo
E1 E2 E5 E7 E10	Ambientes de trabalho eficientes: <ul style="list-style-type: none"> • dotações seguras • ambientes saudáveis
E2 E5 E6 E10	Postura proativa em relação ao erro: <ul style="list-style-type: none"> • cultura de erros não punitiva • notificação
E3 E4 E6	Comunicação eficaz
E1 E2 E8	Formação: <ul style="list-style-type: none"> • aprendizagem organizacional • formação contínua • formação da gestão em segurança do doente
E10	Liderança do enfermeiro gestor
E1	Cuidados centrados na pessoa

A estratégia mais abordada no estudo focou-se no **apoio dos gestores**. Os autores dos estudos (E1, 4, 6, 7, 8, 9, 10) destacam a necessidade de mudanças no suporte da gestão, apontando que a administração hospitalar não cria um ambiente propício para promover a segurança do doente.

A competência em segurança do doente dos enfermeiros da sala de cirurgia é um fator de influência crucial nas atividades de gestão. É fundamental que os gestores se comprometam com a implementação de ferramentas que incentivam novas práticas dentro da cultura organizacional. Além disso, o envolvimento da gestão hospitalar na segurança do serviço é limitado, manifestando-se em diferentes momentos. Observa-se que os líderes apresentam um desempenho moderado nas suas funções.

Uma estratégia amplamente mencionada para melhorar os cuidados de segurança ao doente no BO, é a criação de um **ambiente de trabalho eficiente**, onde as dotações de pessoal são as adequadas e o ambiente é saudável. Profissionais insuficientes para atender às necessidades, a carga excessiva de trabalho e a pressão exercida para o aumento da produtividade pode comprometer a segurança do doente (E1, 2, 5, 7, 10), neste sentido o apoio do enfermeiro gestor e dos colegas contribui para evitar trabalhar sob pressão, negligenciar cuidados e evitar o desgaste físico e mental, resultantes de horários extenuantes.

Relativamente ao **erro**, os autores (E2, 5, 6, 10) consideram que a resposta não punitiva aos erros seria uma estratégia favorável à segurança do doente, relatando que uma cultura punitiva do erro, onde a notificação deste pode acarretar consequências negativas, leva a uma baixa taxa de relatos de eventos adversos, ressaltando a necessidade de agir em relação aos incidentes relatados, prevenir erros e minimizar eventos adversos.

Outra estratégia identificada para aprimorar a segurança do doente no BO é a **comunicação eficaz**. Os autores dos estudos (E3, 4, 6) ressaltam a

preocupação de que falhas na comunicação podem colocar em risco a segurança do doente durante a cirurgia. A comunicação no ambiente cirúrgico é reconhecida como uma vulnerabilidade. Além disso, num dos estudos, os participantes relataram não se sentirem à vontade para questionar as decisões dos profissionais em posições de maior autoridade.

A **formação contínua** surge igualmente como uma estratégia, nos estudos (E1, 2, 8), evidenciando uma melhoria de competências na segurança do doente perioperatório. Pode ser alcançada através da partilha de experiências e da educação focada nesse tema, visando aprimorar a enfermagem centrada no doente. É fundamental priorizar o suporte material e diversos programas de formação estabelecendo-se um ambiente de trabalho de enfermagem eficaz, acompanhado de programas de educação sistemáticos e contínuos.

O estudo (E 10) refere o **líder** no papel de “Monitor”, de “Produtor” e de “Facilitador”. Por sua vez, os papéis “Coordenador” e “Diretor” revelam-se diminutos. Os resultados desta investigação apontam para um predomínio da liderança transacional (papéis de “Produtor” e “Diretor”). O enfermeiro gestor, no papel de líder, tem o propósito de alcançar metas e garante que a equipa de trabalho não se esquece dos objetivos a serem cumpridos. O enfermeiro gestor, como líder, possui limitações na gestão de mudanças e na implementação de inovações, o que dificulta a sua atuação como um pensador crítico.

Por fim o estudo (E1) destaca que a enfermagem perioperatória **centrada no doente** é um fator que impacta as atividades de gestão da segurança do doente pelos enfermeiros na sala de cirurgia. Está evidente, que esses profissionais influenciam diretamente as práticas de enfermagem voltadas para a segurança do doente ao avaliar as suas necessidades, realizar intervenções e educar, além de envolver os doentes, fundamentado na abordagem centrada na pessoa.

4. DISCUSSÃO

Os **enfermeiros gestores** desempenham um papel preponderante na gestão dos serviços de saúde, fazendo a gestão não só dos recursos, mas garantindo que a segurança e qualidade dos cuidados de saúde é mantida. A competência em segurança do doente é essencial nas atividades do enfermeiro gestor. Enfermeiros com alto nível de competência conseguem antecipar-se e prepararem-se para possíveis incidentes na sala cirúrgica. A melhoria dessa competência pode ser alcançada através da partilha de informação, comunicação e experiências relacionadas à segurança do doente, promovendo a educação nesse campo (Shin & Jang, 2023).

O enfermeiro gestor é o principal responsável pela segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem, além de promover o desenvolvimento profissional dos enfermeiros. No processo de tomada de decisão, o enfermeiro gestor age com competência relacional de forma eficaz e transparente, mantendo uma postura ética e de responsabilidade social, focada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde (Regulamento nº 76/2018). Promover uma cultura de segurança na prestação de cuidados de saúde, gerindo os riscos na sua unidade ou serviço, integrando grupos de trabalho e comissões nesta área, é uma das competências da gestão de enfermagem. As atitudes dos supervisores podem influenciar diretamente no valor que a equipa confere à segurança do doente, ressaltando a importância de ter gestores dedicados para melhorar a cultura de segurança.

O envolvimento da gestão permite que a equipa se sinta mais apoiada e motivada para preservar uma cultura justa, transparente e não punitiva, fortalecendo o trabalho em equipa (Fernandes, Fassarella, Camerini, et al., 2021). A sua função vai muito além da simples gestão, eles também são líderes que orientam a sua equipa para alcançar a excelência nos cuidados de saúde (Callahan & Ruchlin, 2003). Contudo, Gutiérrez & Ruano (2023) ressaltam que a gestão hospitalar não proporciona um ambiente adequado

para a promoção eficaz da segurança do doente e não é considerada uma prioridade, recebendo atenção somente após a ocorrência de erros, o que compromete a prevenção de incidentes e a melhoria contínua dos processos. Esta análise vai corroborar com Callahan e Ruchlin (2003) que afirmam, que a cultura de justiça e a abordagem não punitiva em relação aos erros estão diretamente relacionadas ao líder e ao seu estilo de liderança. Além disso, o líder deve não apenas analisar os erros, mas também identificar os avanços na melhoria da SD, destacando o que foi feito corretamente, partilhando essas informações com a equipa de enfermagem e replicando esses aspetos dentro da organização. Ainda, o estudo de Göras, Unbeck, Nilsson, et al., (2017) conclui que os enfermeiros gestores podem cultivar um ambiente propício à SD, dando prioridade à qualidade no atendimento e promovendo um equilíbrio com indicações superiores. Os gestores têm um papel crucial na promoção da segurança do doente, mas enfrentam desafios ao equilibrar a produção e a segurança. Indo ao encontro de Soto-Fuentes et al. (2014) quando referem o envolvimento do gestor e a capacidade de liderar, tomar decisões autónomas e ser proativo na resolução de problemas e na melhoria contínua dos cuidados de saúde (Soto-Fuentes et al., 2014). Recorrer ao apoio de ferramentas disponíveis e esperar o comprometimento dos gestores na implementação dessas, é importante para garantir um *feedback* ágil e preciso quando necessário, além de ser fundamental para identificar e incentivar novas práticas dentro da cultura organizacional (Bruno, & Bracco, 2016).

O escasso envolvimento da **gestão de topo** para a segurança do serviço, do doente, da equipa e da organização revela uma lacuna grave e com consequências nefastas para todos os envolvidos. Em alinhamento a autora, Pires (2007) também destaca que o escasso envolvimento da gestão de topo é motivo de preocupação, pois a gestão de topo é uma das principais ferramentas para promover a mudança na cultura organizacional. O seu comprometimento é essencial para melhorar a qualidade e investir em segurança.

Uma estratégia amplamente preocupante é a falta de uma **postura proativa em relação ao erro**. Pérez (2020) salienta a necessidade de consolidar a utilização do sistema de notificação de eventos adversos e promover a compreensão da sua relevância na sala de cirurgia. É fundamental trabalhar para que o erro seja encarado como um risco inerente à prestação de cuidados e não como um problema ético ou inelegível. É consistente com Silva & Rodrigues (2016) ao mencionar que um sistema de notificação de erros é uma estratégia vital para reduzir a morbidade e mortalidade, especialmente na sala cirúrgica. Quando o sistema é associado a uma cultura não punitiva, diminui significativamente a ocorrência de eventos adversos. Estabelecer uma cultura institucional educativa e não punitiva, focada na notificação e análise de erros e eventos adversos permite reconhecer que os erros vão estar sempre presentes. Fazem parte dos riscos envolvidos na prestação de cuidados de saúde (Pérez, 2020). Para Ni, Inge, et al., (2023) um baixo registo de eventos adversos na sala cirúrgica, pode indicar uma cultura de culpa, onde os erros são vistos como armas contra os próprios profissionais (Gutiérrez & Ruano, 2023). O tempo de experiência profissional na especialidade impacta a notificação de eventos adversos, possivelmente devido à profundidade dos conhecimentos e habilidades na área do bloco operatório. Isso facilita a identificação de erros e a compreensão da relevância de relatar esses eventos, contribuindo para a melhoria da qualidade e segurança do serviço (Madeira, 2012). De maneira similar, os profissionais com mais experiência relatam um maior número de eventos (Gutiérrez & Ruano, 2023). O enfermeiro gestor desempenha um papel crucial na notificação de incidentes de segurança do doente. Incentiva uma cultura de segurança onde a notificação de incidentes é vista como uma oportunidade de aprendizagem e melhoria contínua e não como um mecanismo punitivo. Ao promover um ambiente de transparência, os profissionais sentem-se mais seguros e sem medo de represálias. Está de acordo com a competência do enfermeiro gestor: promover uma cultura de segurança na prestação de cuidados de saúde, gerindo os riscos na sua

unidade ou serviço, integrando grupos de trabalho e comissões nesta área (Decreto-lei nº 71/2019).

A gestão de topo não proporciona um ambiente adequado para a promoção eficaz da segurança do doente e não a considera como uma prioridade, recebendo atenção somente após a ocorrência de erros, o que compromete a prevenção de incidentes e a melhoria contínua dos processos (Gutiérrez, & Ruano, 2023). Esta análise vai corroborar com Callahan e Ruchlin, (2003) que afirmam, que a cultura de justiça e a abordagem não punitiva em relação aos erros estão diretamente relacionadas ao líder e ao seu estilo de liderança. Além disso, o líder deve não apenas analisar os erros, mas também identificar os avanços na melhoria da SD, destacando o que foi feito corretamente, partilhando essas informações com a equipa de enfermagem e replicando esses aspetos dentro da organização.

As estratégias para **assegurar um ambiente de trabalho eficiente**, nomeadamente as **dotações seguras**, são essenciais, não só para a promoção da qualidade e segurança do doente, mas também para o bem-estar da equipa de trabalho. Pérez, (2020) enfatiza que a carência de profissionais para garantir a atenção adequada aos doentes, resulta em sobrecarga, aumentando a probabilidade de erros devido à pressão ou ao cansaço. Reforçando a afirmação no âmbito das competências do enfermeiro gestor: ter um número adequado de profissionais para atender efetivamente às necessidades dos cuidados, é crucial para promover a implementação de uma cultura de segurança do doente. É essencial gerir os recursos humanos, funcionalmente dependentes em função das necessidades de cuidados, nomeadamente através da elaboração de planos de trabalho, escalas e planos de férias, para otimizar a eficiência e a produtividade (Decreto-lei nº 71/2019).

Trabalhar no bloco operatório envolve desafios, que contribuem para o stresse no ambiente de trabalho ou mesmo exaustão. Entre esses desafios encontra-se uma coordenação inadequada, um desempenho insatisfatório do

enfermeiro-chefe e da gestão hospitalar, além de uma excessiva carga de trabalho (Ni, Inge, I, et al., 2023). O enfermeiro gestor possui competências para fomentar um ambiente favorável à segurança do doente, ao priorizar a qualidade do atendimento face às exigências administrativas. Isso reflete-se em proporcionar horários de trabalho que não interfiram, no tempo de descanso dos profissionais, e evitem sobrecarregar a equipa de trabalho. Cruz & Machado (2012) reforça que além do ambiente de trabalho frequentemente arriscado, da carga horária excessiva e da escassez de recursos humanos e materiais, é importante reconhecer que o trabalho por turnos também impacta os enfermeiros. Essa dinâmica dificulta o equilíbrio da vida profissional com as responsabilidades familiares e sociais. Contudo, a escassez de profissionais e as restrições orçamentais representam um grande desafio para os gestores de enfermagem (Göras, Unbeck, Nilsson, et al., 2017). No domínio das competências do enfermeiro gestor: gerir os recursos humanos funcionalmente dependentes, em função das necessidades de cuidados, nomeadamente através da elaboração de planos de trabalho, escalas e planos de férias, otimizando a eficiência e a produtividade (Decreto-lei nº 71/2019). Em alinhamento, o enfermeiro gestor desempenha um papel relevante na promoção da segurança do doente, mas também enfrenta desafios constantes, unidos a objetivos opostos, como a necessidade de equilibrar **produtividade** e a segurança efetiva (Göras, Unbeck, Nilsson, et al., 2017). A pressão exercida pelas políticas hospitalares para elevar a produtividade no bloco operatório prejudica a qualidade e a segurança dos doentes. Manter um equilíbrio entre a produção e os elevados padrões de segurança, juntamente com as práticas de gestão que priorizam a proteção e o bem-estar dos profissionais de saúde, é essencial para minimizar os riscos decorrentes da produção excessiva (Smith, 2020). Madeira (2012) salienta que na economia de mercado atual, a produtividade das organizações de saúde é crucial para o sucesso. Na Saúde, as questões de segurança e eficiência são mais importantes do que o custo e a eficácia (Daultani et al., 2015).

A economia de mercado que valoriza resultados e prioriza a **produtividade** das organizações, que devem oferecer respostas rápidas e eficazes em relação a metas, prazos, custos e objetivos comuns em qualquer bloco operatório (Madeira, 2012). Muitas tarefas de enfermagem são negligenciadas por falta de tempo, resultando em eventos adversos, que se tornam frequentes. Isto compromete a qualidade do atendimento e a segurança do doente, levando a um maior número de cuidados não realizados. A escassez de enfermeiros intensifica a pressão e carga de trabalho, fazendo com que os profissionais de saúde trabalhem mais próximos dos limites de segurança (Görs, Unbeck, Nilsson, et al., 2017). A Ordem dos Enfermeiros (2001) corrobora, no sentido de recomendar que, para assegurar a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem, bem como a satisfação dos doentes e profissionais, as equipas de enfermagem devem ser compostas por um número adequado de membros. As práticas de dotações seguras são fundamentais para manter um **ambiente saudável**, a qualidade dos cuidados prestados aos doentes, o bem-estar dos profissionais e os resultados organizacionais. Refletem a complexidade e a intensidade das atividades de enfermagem, bem como as variações nos níveis de formação, competência e experiência dos enfermeiros (OE, 2019). Instituições que priorizam essas práticas, proporcionam aos enfermeiros maior satisfação profissional e níveis mais baixos de stresse e *burnout*, resultando um impacto positivo na continuidade e qualidade do atendimento.

Uma **comunicação** eficaz é crucial para a coordenação, colaboração, troca de informação, definição de papéis, supervisão e para a diminuição de erros. É fundamental implementar estratégias de capacitação que reforcem a comunicação entre os elementos (Gillespie, Harbeck, et al., 2024). Brás e Ferreira (2016) reforçam que, na área da saúde a comunicação é frequentemente desorganizada, informal e inconsistente. A presença de obstáculos que dificulte a sua eficácia, como: interferências constantes, excesso de trabalho, estrutura hierárquica, transmissão de informação incompleta ou indireta, além das condições físicas desfavoráveis no serviço,

como a presença de ruído e a falta de espaços protetores para uma comunicação clara. Promover a comunicação requer um esforço diário e o compromisso de todos os intervenientes, no processo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Implica, compreender o contexto, uma atualização sistemática de competências comunicacionais, uma liderança efetiva e apoio organizacional.

A dimensão da comunicação é uma fragilidade em ambiente cirúrgico. É determinante a capacidade de comunicação e negociação dos enfermeiros com as diferentes categorias profissionais. Permite resolver conflitos e mal-entendidos, a partir de uma comunicação eficaz, garantindo um ambiente de trabalho harmonioso. Com a negociação, os enfermeiros podem colaborar com outros profissionais para desenvolver estratégias eficazes que promovam a segurança do doente (Fernandes, Fassarella, et al., 2021). Em consonância, Barbeito, et al. (2018) referem que implementar melhorias na utilização de ferramentas estruturadas para a transmissão de informações durante os processos de transição de cuidados, é necessário para não comprometer a segurança do doente. O doente cirúrgico passa por várias transições e a informação é deturpada. A troca clara de informações é fundamental para evitar erros e garantir a qualidade e segurança dos cuidados no perioperatório. Uma boa comunicação facilita a coordenação da equipa, assegurando o alinhamento dos profissionais nos procedimentos, cuidados necessários e no apoio à equipa, doente e família. Na continuidade, a equipa multidisciplinar, o doente e a família, são elementos integrantes e integradores para a tomada de decisão e escolha de abordagens terapêuticas durante o processo (OMS, 2021).

Uma comunicação aberta é primordial para garantir a segurança dos doentes. Lacunas na comunicação entre os membros da equipa cirúrgica, induz maus resultados. A implementação de estratégias de *briefing*, *debriefing* e *checklists* surgem como abordagens inovadoras para aprimorar a comunicação entre todos os elementos da equipa cirúrgica. Um ambiente de respeito mútuo e

promoção da partilha de informação, aumenta a qualidade dos serviços de saúde, melhorando os resultados para os doentes e família (Gutiérrez & Ruano, 2023).

Para aprimorar as atividades de **gestão da segurança do doente**, é fundamental criar um ambiente de trabalho eficiente. É um processo que deve ser acompanhado, por **programas de formação contínua** e desenvolvimento das competências necessárias. Os profissionais devem estar atualizados sobre as evidências mais recentes na área e continuarem a desenvolver novos conhecimentos, habilidades e atitudes (Shin & Jang, 2023). No domínio das competências do enfermeiro gestor: responsabiliza-se pela valorização de competências da equipa que gere, facilitando e promovendo os processos formativos de acordo com as diretrizes institucionais; promove a formação pré e pós-graduada da enfermagem, criando condições facilitadoras do processo de ensino e aprendizagem; promove o desenvolvimento da investigação e inovação em enfermagem, envolvendo a equipa na utilização dos resultados para a melhoria da qualidade dos cuidados e criação de valor (Decreto-lei nº 71/2019). A gestão ressalta, que os profissionais da sala de cirurgia necessitam de formação especializada devido ao ambiente departamental singular (Shin & Jang, 2023). A formação e a reflexão sobre as práticas são elementares para minimizar os riscos. Investir em educação, técnicas e no saber-fazer, é crucial para garantir altos padrões de desempenho, compreender as atividades, conhecer as ferramentas e autoconsciência das ações e repercussões (Bruno & Bracco, 2016). Em alinhamento a OE (2015) salienta a atualização contínua dos conhecimentos, com as melhores práticas e avanços na área da saúde; a procura da excelência no exercício profissional, para assegurar um atendimento de alta qualidade e humanizado.

Enfermeiros com elevado nível de competência em segurança do doente, antecipam e atuam em incidentes de segurança, do início até ao fim da cirurgia, através de uma gestão constante da monitorização. Esta competência é aprimorada através da troca de informações, experiências e comunicação. A

partilha de relatos de incidentes de segurança, é útil para enfermeiros sem experiência na área, permitindo desenvolver as habilidades pela aprendizagem indireta (Shin & Jang, 2023). No âmbito das competências do enfermeiro gestor: promove uma cultura de segurança na prestação de cuidados de saúde, gerindo os riscos na sua unidade ou serviço, integrando grupos de trabalho e comissões nesta área (Decreto-lei nº 71/2019). O ambiente cirúrgico, marcado pela nova tecnologia, novos tratamentos cirúrgicos, inteligência artificial, equipa multiprofissional e foco na qualidade e segurança dos cuidados de saúde, exige enfermeiros gestores com competências numa cultura de segurança, alinhada aos padrões de qualidade (Taylor, 2014).

Desenvolver programas de capacitação em **liderança**, tanto nas instituições hospitalares como académicas é fundamental, além de proporcionar tempo e condições adequadas para que os enfermeiros gestores possam frequentar as formações, assegurando uma prática de liderança mais efetiva (Mota, 2021). Os líderes de enfermagem, especialmente os enfermeiros gestores, representam uma das principais forças de trabalho nas instituições de saúde (OMS, 2020) desempenhando um papel determinante, na condução de mudanças, visando a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados prestados. O escasso envolvimento da gestão de topo para a segurança do serviço, do doente, da equipa e da organização revela uma lacuna grave e com consequências nefastas para todos os envolvidos. Em alinhamento, Pires (2007) também destaca que o escasso envolvimento da gestão de topo é motivo de preocupação, pois a gestão de topo é uma das principais ferramentas para promover a mudança na cultura organizacional. O seu comprometimento é essencial para melhorar a qualidade e investir em segurança. Uma melhor perceção desta, está associada a uma melhor perceção da segurança do doente no bloco operatório (Mota, 2021).

Os enfermeiros gestores e líderes de enfermagem, representam a principal força de trabalho nas instituições de saúde, desempenhando um papel crucial na gestão da mudança, na promoção da melhoria contínua da qualidade e na

segurança dos cuidados (OMS, 2020). Os líderes desempenham inúmeros papéis, mas concentram-se na produtividade e orientação para as metas. Cunha et al. (2016) referem que o enfermeiro líder possui a habilidade de influenciar, motivar e capacitar os outros a contribuir para a eficácia e o sucesso das organizações às quais pertencem. Salientam, que a liderança ocorre quando se gera um envolvimento entusiasmado e uma participação voluntária. No entanto até mesmo a obediência passiva, a coação ou a manipulação podem ser vistas como formas de liderança. É importante assumir um compromisso extra, para aprimorar as habilidades na gestão da mudança, inovação e pensamento criativo além da formação dos enfermeiros gestores sobre comportamentos e competências de liderança efetiva (Mota, 2021). Uma liderança efetiva almeja reconhecimento, valorização e visibilidade. A promoção de uma cultura de segurança, um ambiente de trabalho saudável, a colaboração entre os elementos da equipa multiprofissional, gestão de risco e implementação de auditorias, o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e adoção de práticas baseadas na evidência é essencial numa boa liderança (Decreto-Lei 71-2019).

O líder tem um papel preponderante em **Produtor**: Foca na eficiência e produtividade. Aumenta a produção e a eficácia das equipas, promovendo um ambiente de trabalho orientado para resultados. **Diretor**: Define a direção e as metas estratégicas. Foca mais a visão a longo prazo e menos nas operações diárias, resultando num efeito preditor mais baixo no desempenho imediato. A **liderança transacional** vai ao encontro do modelo dos valores contrastantes (Mota, 2021). A abordagem transacional assenta num processo de troca, onde os líderes fomentam a obediência dos seus seguidores. Os líderes orientam os colaboradores para o caminho que pretendem, retribuindo o esforço e empenho através de recompensas que satisfazem os colaboradores (Bass, 1999).

Os enfermeiros da sala de cirurgia devem aprimorar as práticas de gestão da segurança do doente, adotando uma abordagem de enfermagem perioperatória

centrada na pessoa. Envolve garantir a identificação correta do doente, atender às suas necessidades e reduzir a ansiedade através de uma comunicação clara e empática. Criar um ambiente de trabalho de enfermagem eficaz, é essencial estabelecer programas de educação sistemáticos e contínuos que reforcem as atividades de gestão da segurança (Shin & Jang, 2023). Centrar os cuidados de saúde na pessoa, é fundamental para garantir a qualidade de um serviço de saúde. Ao priorizar o doente, respeitamos as suas preferências, necessidades e autonomia, envolvendo-o nas decisões sobre a sua saúde de acordo com suas escolhas. Intervenções que promovem a abordagem centrada no doente, produz melhorias em vários processos e resultados de saúde (IoM, 2001).

5. CONCLUSÃO

A segurança do doente no bloco operatório é essencial para garantir a qualidade dos cuidados de saúde e minimizar riscos. Fomentar uma cultura de segurança baseada em atitudes, crenças e valores que promovam a adoção de protocolos rigorosos, é essencial para garantir a correta execução de todos os procedimentos e minimizar o risco de falhas. Paralelamente, a capacitação contínua dos profissionais desempenha um papel crucial na manutenção de elevados padrões de segurança, especialmente num cenário onde a tecnologia avançada e a inovação exigem respostas rápidas perante os desafios. Além disso, a realização periódica de avaliação das práticas de segurança, aliada à implementação de melhorias constantes, contribui para a preservação de um ambiente seguro, abrangendo auditorias internas e externas que identificam as áreas de melhoria.

A adoção de estratégias, para aprimorar essa segurança, é vital na prevenção de eventos adversos e promoção de um ambiente de trabalho mais eficiente e satisfatório para os profissionais de saúde. A intervenção do enfermeiro gestor é determinante na sua implementação.

Os estudos seleccionados destacam a importância das atividades do enfermeiro gestor no bloco operatório para aprimorar a segurança dos doentes.

As dimensões do ambiente de prática são preditoras da segurança do doente no bloco operatório. Melhorar as condições de trabalho, garantir que os recursos necessários estão disponíveis pode reduzir os erros e aumentar a eficiência. Por outro lado, um ambiente de trabalho positivo melhora a moral da equipa, contribuindo com melhores resultados para o doente. Igualmente as equipas de trabalho devem ser dimensionadas de forma adequada, garantindo um clima saudável. A insuficiência de profissionais, a sobrecarga de trabalho e a pressão por maior produtividade podem colocar em risco a segurança do

doente e profissionais. O suporte da gestão de topo é fundamental para criar um ambiente seguro no bloco operatório. Quando a liderança está comprometida com a segurança, é mais fácil implementar políticas eficazes, garantir que os recursos necessários estão disponíveis e apoiar as iniciativas dos enfermeiros gestores. Não só melhora a segurança do doente, mas também aumenta a confiança da equipa. Enfermeiros gestores com capacidades de liderança eficaz, inspiram e motivam as suas equipas a seguirem práticas seguras, partilharem da tomada de decisão, resolverem conflitos e promoverem uma cultura de segurança. Proporcionar uma cultura, onde os erros são vistos como oportunidades de aprendizagem e não como punição. Estimular os profissionais a reportarem os incidentes sem medo de represálias. A educação e a formação contínua são fundamentais para manter os profissionais de saúde atualizados sobre as melhores práticas, para lidar com situações complexas e inesperadas. As novas tecnologias e procedimentos, a experiência em protocolos de segurança, simulações e práticas regulares, ajudam a equipa a familiarizar-se com diferentes cenários clínicos. A comunicação clara e eficaz entre os elementos da equipa é fundamental para a segurança do doente no bloco operatório. Utilizar ferramentas como *checklists*, briefings e *debriefings* ajuda a garantir que todos os elementos da equipa estão alinhados com os procedimentos e riscos.

O objetivo definido na review scoping: mapear a evidência sobre as estratégias do enfermeiro gestor para a segurança do doente no bloco operatório, foi alcançado eficazmente. A análise dos resultados revela que a implementação de estratégias pelo enfermeiro gestor para a segurança do doente no bloco operatório, não é uma temática muito explorada. Existem poucos estudos focados nas estratégias dos enfermeiros gestores, em contraste com a grande quantidade de evidência disponível sobre a segurança do doente no bloco operatório. Embora haja uma escassez de estudos específicos sobre essa área, as evidências disponíveis sugerem que melhorias do apoio do enfermeiro gestor e da gestão de topo, dotações seguras e ambientes saudáveis, cultura de erros não punitiva, comunicação eficaz, formação contínua, liderança do

enfermeiro gestor e dos cuidados centrados na pessoa no ambiente da prática, são essenciais para garantir a segurança do doente no bloco operatório. Os resultados obtidos tiveram um impacto significativo na nossa área de estudo, no entanto sugere-se a continuação de uma investigação futura, em busca de mais resultados presentes na evidência.

A elaboração de um protocolo inicial, baseado nas diretrizes do JBI, foi crucial para orientar todo o processo de desenvolvimento da metodologia de investigação aplicado, dentro do tempo previsto. O protocolo foi seguido rigorosamente, garantindo a consistência e a replicabilidade dos resultados. O plano de ação cumpriu todas as etapas estipuladas sem sofrer modificações em relação ao desenho do estudo inicial. Face aos recursos utilizados, considera que as habilidades foram bem aproveitadas, tendo em vista a parca experiência na realização de estudos de investigação. A barreira foi ultrapassada com o excelente apoio do orientador e coorientadora, que deram resposta imediata, sempre que solicitado. Não se registaram conflitos de interesse ao longo desta revisão. O tempo dedicado foi extremamente produtivo, tanto do ponto de vista académico como profissional, possibilitando o desenvolvimento de habilidades que podem ser aplicadas na prática diária da sala de cirurgia e partilhadas com a equipa de trabalho, permitindo uma consciencialização dos riscos inerentes à prática de cuidados numa área de grande complexidade. Contribui para que os profissionais de saúde reavaliem as suas rotinas que envolvem a segurança dos doentes. A relevância deste trabalho está na capacidade de servir como um ponto de partida para a reformulação de estratégias da organização hospitalar internamente, envolvendo uma análise da cultura de segurança existente, o que é essencial para a implementação e sucesso de qualquer mudança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde. (2011). *Recomendações técnicas para bloco operatório*. Lisboa: UONIE/ACSS. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Bloco-Operatorio_2011.pdf

Amendoeira, J. (2022). “Revisão sistemática de literatura: uma scoping review”. José Amendoeira, UMIS_UI_IP Santarém | Centro de Investigação em Qualidade de Vida, Instituto Politécnico de Santarém, UMIS-ESSS. <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15>

Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC). <https://www.esenfc.pt/pt/download/3868/dxelmhjdjcvhfwdpavdd>

Associação dos Enfermeiros das Salas das Operações Portuguesa. (2006). *Enfermagem perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados*. Lisboa: Lusodidata. <https://lusodidacta.pt/enfermagem/64-enfermagem-perioperatoria-da-filosofia-a-pratica-dos-cuidados>

Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança. (2009). *Referencial de competências do enfermeiro gestor*. Lisboa: APGEL. <http://www.apegel.org/paginas/valencias>

Association of Operating Room Nurses. (2006). AORN guidance statement: Creating a patient safety culture. *AORN Journal*, 83(4), 936-942. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16674033/>

Barbeito, A., Agarwala, A. V., & Lorinc, A. (2018). Handovers in perioperative care. *Anesthesiology Clinics*, 36(1), 87-98. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2017.10.007>

Barros, P. P. (2006). Análise da eficiência em cirurgia. Em J. Fragata, *Risco clínico. Complexidade e performance* (pp. 259-275). Coimbra: Edições Almedina, S.A.

Bass, B. M. (1999). Two decades of research and development in transformational leadership. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8(1), 9-32. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/135943299398410>

Bilbao, M., & Fragata, I. (2006). Gestão do bloco operatório. In J. Fragata (Ed.), *Risco clínico. Complexidade e performance*. Coimbra: Edições Almedina, S.A.

Brás, C., & Ferreira, M. (2016). A comunicação e qualidade de cuidados em enfermagem: Revisão de literatura. *Atas - Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 572–577. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/3610>

Bruno, A., & Bracco, F. (2016). Promovendo a segurança através do bem-estar: Uma experiência em saúde. *Frente. Psico*, 7, 1208. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01208>

Callahan, A., & Ruchlin, H. (2003). The role of nursing leadership in establishing a safety culture. *Nursing Economics*, 21(6), 296-298. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14705562/>

Camelo, S. H. H., Rocha, F. L. R., Chaves, L. D. P., Silva, V. L. dos S., & Soares, M. I. (2016). *Práticas de liderança em enfermagem hospitalar: uma autoavaliação de enfermeiros gestores*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 51, e03206. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016024403206>

Cruz, E. P., & Machado, R. C. (2012). Work overload: Perception of nurses in the intensive care unit. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 6(3), 513-520. <https://doi.org/10.5205/reuol.2163-16218-1-LE.0603201204>

Cunha, M., Rego, A., Campos e Cunha, R., Cabral-Cardoso, C., & Neves, P. (2016). *Manual de comportamento organizacional e gestão*. Lisboa: RH Editora.

Daultani, Y., Chaudhuri, A., & Kumar, S. (2015). A decade of lean in healthcare: Current state and future directions. *Global Business Review*, 16(6), 1082-1099. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0972150915604520>

Despacho n.º 1400-A/2015. (2015). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Diário da República, II Série, n.º 28, 2015-02-10. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>

Despacho n.º 30114/2008. (2008). *Diário da República, II Série, n.º 227, 2008-11-21*. <https://files.dre.pt/2s/2008/11/227000000/4755047551.pdf>

Despacho n.º 5613/2015. (2015). *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020*. Diário da República, II Série, n.º 102/2015, 2015-05-27. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>

Despacho nº 14223/2009. (2009). *Diário da República, II Série, nº 120, 2009-06-24*. <https://files.dre.pt/2s/2009/06/120000000/2466724669.pdf>

Despacho nº 44321/2013. (2013). *Diário da República, II Série, nº 59/2013, de 25-03-2013*. <https://dre.tretas.org/dre/307904/despacho-4320-2013-de-25-de-marco>

Direção-Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde. (2017). *Norma nº 1: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Portugal: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>

Direção-Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde. (2017). *Norma n.º 1: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: DGS. <https://pns.dgs.pt/files/2022/02/PNS-2012-2016-Versao-Completa.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Infeções e resistências aos antimicrobianos: Relatório anual do programa prioritário 2018*. <https://www.arscentro.minsaude.pt/wpcontent/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Coordenação Técnica da Estratégia e do Plano Nacional de Saúde. Termos de Referência para o Processo de Construção e Implementação do Plano Nacional de Saúde 2021-2030 - Saúde Sustentável: de Tod@s para Tod@s*. <https://pns.dgs.pt/files/2021/09/Termos-Referencia-PNS-2021-2030-DGS-vs-28.01.20.pdf>

Direção-Geral de Saúde. (2015). *Instituto Nacional de Estatística. Portal da Estatística da Saúde*. <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-dasaude.aspx>

Emanuel, L., Berwick, D., Conway, J., Hatlie, M., Leape, L., & Walton, M. (2008). What exactly is patient safety? In *Advances in patient safety: New directions and alternative approaches (Vol. 1: Assessment)*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43629/>

Epstein, N. E. (2014). Multidisciplinary in-hospital teams improve patient outcomes: A review. *Surgical Neurology International*, 5(7), 295-303. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25289149/>

Fernandes, A. R., Fassarella, C. S., Camerini, F. G., et al. (2021). Cultura de segurança no centro cirúrgico: uma revisão integrativa. <https://doi.org/10.5216/ree.v23.65437>

Fortin, M. (2009). *O processo de investigação: Da conceção à realização* (5ª ed., N. Salgueiro, Trad.). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.

Fragata, J. (2006). Determinantes da performance. Em J. Fragata, *Risco clínico: Complexidade e performance* (pp. 117-164). Coimbra: Edições Almedina, S.A.

Fragata, J. (2012). *Segurança dos doentes: Uma abordagem prática*. Lisboa: Editora Lidel. ISBN: 978-972-757-797-2

Freitas, J., Silva, A., Minamisava, R., & et al. (2014). Quality of nursing care and satisfaction of patients attended at a teaching hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3), 454-460. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/jFsJ5q96F8s4bVcmxsFBQpF/>

Garcia, A. C., Felício, M. M., & Teixeira, C. (2010). *PNS 2021-2030: Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf

Gillespie, B. M., Harbeck, E., & Chaboyer, W. Pérez Bolaños, L. (2024). A frequência e as razões para a falta de cuidados de enfermagem em enfermeiros perioperatórios australianos: Uma pesquisa nacional. *Revista de Enfermagem Clínica*, 00, 1–11. <https://doi.org/10.1111/jocn.17082>

Göras, C., Unbeck, M., Nilsson, U., et al. (2017). Equipa interprofissional - avaliações do clima de segurança do paciente em salas de cirurgia suecas: uma pesquisa transversal. *BMJ Aberto*, 7, e015607. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015607>

Gutiérrez-Giner, M. I., & Ruano-Ferrer, F. (2023). *Jornal Heliyon*. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e12676>

Heideveld-Chevalking, A. J., Calsbeek, H., Damen, J., Gooszen, H., & Wolff, A. P. (2014). The impact of a standardized incident reporting system in the perioperative setting: A single center experience on 2,563 'near-misses' and

adverse events. *Patient Safety in Surgery*, 8(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s13037-014-0046-1>

Hoskins, B., & Crick, R. D. (2010). Competences for learning to learn and active citizenship: Different currencies or two sides of the same coin? *European Journal of Education*, 45(1), 121–137. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1465-3435.2009.01419.x>

Ingvarsdottir, E., & Halldorsdottir, S. (2018). Enhancing patient safety in the operating theatre: From the perspective of experienced operating theatre nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 951–960. <https://doi.org/10.1111/scs.12532>

Institute of Medicine (IoM), Committee on Quality of Health Care in America, Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25077248/>

Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25057539/>

Institute of Population Health. (2014). *County Health Rankings*. University of Wisconsin. *PNS 2021-2030: Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf

Instituto Nacional de Estatística. (2004). *Inquérito aos hospitais*. INE. <http://webinq.ine.pt/public/pages/queryinfo?id=IHSP>

Joanna Briggs Institute. (2020). *Checklist for systematic reviews and research syntheses*. [https://jbi.global/sites/default/files/2020-08/Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses.pdf](https://jbi.global/sites/default/files/2020-08/Checklist%20for%20Systematic%20Reviews%20and%20Research%20Syntheses.pdf)

Madeira, A. M. (2012). *A cultura de segurança no bloco operatório: Como cuidamos da segurança dos doentes* (Tese de mestrado, Instituto Universitário de Lisboa). <https://repositorio.iscte.pt/handle/10071/4672?mode=full>

Malagutti, W., & Caetano, K. C. (2009). *Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado*. Rio de Janeiro: Rubio. <https://scielo.isciii.es/pdf/eq/n16/revision6.pdf>

Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2010). *Administração e liderança em enfermagem: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed. <https://pt.scribd.com/document/640485041/Administrac-a-o-e-Lideranc-a-em-Enfermagem-Teoria-e-Pra-tica>

Mesquita, C. (2012). O Planeamento Estratégico nos Hospitais Portugueses num contexto de austeridade: o caso particular dos Hospitais E.P.E. [Tese de Mestrado, Instituto Politécnico do Porto]. Repositório de acesso livre. <http://hdl.handle.net/10400.22/1127>

Ministério da Saúde. (2015). Administração Central do Sistema de Saúde. Grupo de Trabalho. *Avaliação da situação nacional dos blocos operatórios*. http://www.apca.com.pt/documentos/2015/Avaliacao_situacao_nacional_blocos_operatorios_Outubro2015.pdf

Ministério da Saúde. (2019). *Decreto-lei nº 7/2019 de 27 de maio de 2019*. Diário da República, n.º 101/2019, Série I, n.º 101/2019. Lisboa. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/71/2019/05/27/p/dre/pt/html>

Mota, A. S. (2015). *Cultura de segurança do doente e lista de verificação de segurança cirúrgica: Perceção dos profissionais do bloco operatório* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>

Mota, A. S., Castilho, A. F., & Martins, M. (2021). Ambiente de prática e a segurança do doente no bloco operatório: Dimensões preditoras. *Cogitare Enfermagem*. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.82289>

Ni Njoman Juliasih, N., Dhamanti, I., Semita, I. N., Wartiningsih, M., Mahmudah, M., & Yakub, F. (2023). Cultura de segurança do paciente, prevenção de infeções e segurança do paciente na sala de cirurgia: perspectiva dos profissionais de saúde, gestão de riscos e política de saúde. *Gestão de Riscos e Política de Saúde*, 1731-1738. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S425760>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2004). *Orientações relativas às atribuições do enfermeiro circulante*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_7Set2004.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Tomada de posição sobre segurança do*

cliente. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Estrutura concetual da classificação internacional sobre a segurança do doente*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoIsegDoente_Final.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/norma-para-o-c%C3%A1lculo-de-dota%C3%A7%C3%B5es-seguras-dos-cuidados-de-enfermagem-dispon%C3%ADvel-para-consulta-e-utiliza%C3%A7%C3%A3o/>

Organização Mundial de Saúde. (2009). *Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009: Cirurgia Segura Salva Vidas*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598552-por.pdf>

Organização Mundial de Saúde. (2011). *Estrutura conceptual da classificação internacional sobre segurança do doente*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70882/4/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2012). *Patient safety research: A guide for developing training programs*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/75359>

Organização Mundial de Saúde. (2020). *Global patient safety action plan 2021-2030. Towards zero patient harm in the health care. First draft. August 2020*. <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/1st-draft-global-patient-safety-action-plan-august-2020.pdf>

Organização Mundial de Saúde. (2021). *Sistemas de notificação e aprendizagem de incidentes de segurança do doente: relatório técnico e orientações*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334323/9786555261950-por.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. <https://repositorio.ual.pt/handle/11144/440>

Pérez Bolaños, L. (2020). Percepção de enfermagem. Um olhar atual sobre a cultura de segurança no centro cirúrgico. *Desenvolvimento de Imagens de Pesquisa de Doenças*, 22. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie22.pem>

Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Soares, C., Khalil, H., & Parker, D. (2017). Chapter 11: Scoping Review. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute. <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/Chapter+11:+Scoping+reviews>

Pires, A. R. (2007). *Qualidade – Sistemas de Gestão da Qualidade*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Portugal. Decreto-Lei n.º 71/2019. Altera o regime da carreira especial de enfermagem. Ministério da Saúde. *Diário da República, Série I*, n.º 71/2019, 26262642. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/71-2019-122403266>

Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*, 320, 768-770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>

Regulamento n.º 101/2015. (2015, 10 de março). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor*. Diário da República - n.º 48/2015, Série II, pp.5948-5952 https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101/2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf

Regulamento n.º 71/2018. (2018, 30 de janeiro). *Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão*. Diário da República – n.º 21/2018, Série II, pp. 3478-3487. <https://files.dre.pt/2s/2018/01/021000000/0347803487.pdf>

Shin, J. Y., & Jang, E. H. (2023). *Revista Coreana de Enfermagem Adulta*, 35(2), 97-106. <https://doi.org/10.7475/kjan.2023.35.2.97>

Silva, E. L., & Rodrigues, F. R. (2016). Segurança do doente e os processos sociais na relação com enfermeiros em contexto de bloco

operatório. *Cultura de los Cuidados*, 20(46), 134-145. <https://doi.org/10.14198/cuid.2016.46.13>

Soto-Fuentes, P., Reynaldos-Grandón, K., Martínez-Santana, D., & Jerez-Yáñez, O. (2014). Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión. *Aquichan*, 14(1), 7999. <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2684>

Taylor, D. L. (2014). Perioperative leadership: managing change with insights, priorities, and tools. *AORN Journal*, 100(1), 8-29. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2013.06.013>

Teunissen, P. J. G., Khodabandeh, A., & Calsbeek, H. (2019). The impact of a standardized incident reporting system in the perioperative setting: A single center experience on 2,563 'near-misses' and adverse events. *Patient Safety in Surgery*, 8(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s13037-014-0046-1>

Tricco, A. C. (2020). Orientação da JBI na elaboração de uma scoping review. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/355862497>

Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Levac, D., ... & Straus, S. (2016). A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 16(15). <https://doi.org/10.1186/s12874-016-0116-4>

Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Levac, D., ... & Hempel, S. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

Wachter, R. (2010). *Compreendendo a segurança do paciente*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.

ANEXOS

ANEXO I - Caracterização dos estudos incluídos na revisão scoping

Caracterização do Estudo 1	
Título	Influence of Person-Centered Perioperative Nursing and Patient Safety Competency on Patient Safety Management Activities among Operating Room Nurses: A Descriptive Survey Study
Autores	Shin, Ji Yong & Jang, Eun Hee
Ano de publicação	2023
País	Coreia
Tipo de estudo	Estudo descritivo
Objetivos	Identificar as influências da enfermagem perioperatória centrada na pessoa e da competência em segurança do doente nas atividades de gestão da segurança do doente entre enfermeiros da sala de cirurgia.
Metodologia	A amostragem é constituída por 158 enfermeiros perioperatório com funções na gestão da segurança do doente, que trabalham em seis hospitais gerais. Como instrumento de colheita de dados foi utilizado um questionário estruturado de autorrelato, em que os dados foram colhidos de 14 de junho a 14 de julho de 2021. Os dados foram analisados usando regressão múltipla hierárquica para identificar os fatores de influência das atividades de gestão de segurança do doente através do SPSS/WIN26.0 programa estatístico.
Resultados	As pontuações médias de enfermagem perioperatória centrada na pessoa, competência de segurança do doente e funções de gestão de segurança do doente foram 3,86, 3,88 e 4,55, respetivamente. Essas pontuações aumentaram com o aumento da idade e da experiência clínica. Enfermagem perioperatória centrada na pessoa ($\beta=.22, p=.014$) e competência em segurança do doente ($\beta=.22, p=.014$) influenciou as atividades de gestão da segurança do doente.
Conclusão	Para melhorar as atividades de gestão de segurança do doente dos enfermeiros do perioperatório, deve ser criado um ambiente de trabalho de enfermagem eficiente, juntamente com educação e programas sistemáticos e contínuos para aprimorar a enfermagem perioperatória centrada na pessoa e a competência em segurança do doente.
Referências bibliográficas	Shin, J. Y., & Jang, E. H. (2023). <i>Revista Coreana de Enfermagem Adulta</i> , 35(2), 97-106. https://doi.org/10.7475/kjan.2023.35.2.97

Caracterização do Estudo 2	
Título	Percepción de enfermería. Una mirada actual a la cultura de seguridad en el quirófano
Autores	Pérez Bolaños L.
Ano de publicação	2020
País	Cuba
Tipo de estudo	Estudo transversal descritivo
Objetivos	Caracterizar a cultura de segurança do doente a partir da percepção dos profissionais do adocimento da sala cirúrgica.
Metodologia	A amostra é composta por 67 enfermeiros de 10 salas cirúrgicas, de Havana. Como instrumento de colheita de dados foi utilizada a entrevista anónima no período de 2016 a maio de 2018. Utilizou-se a escala do tipo Likert e o processamento das informações da pesquisa foi codificado e coletado em banco de dados compilado no processador estatístico Excel e posteriormente, para análise, convertido para o SPSS versão 21.0 para Windows.
Resultados	Como força a destacar as dimensões temos a aprendizagem organizacional, apoio da gestão e trabalho em equipa entre as unidades. As restantes dimensões, exceto uma resposta não punitiva (classificada como fragilidade), foram classificadas como oportunidades de melhoria.
Conclusão	A cultura de segurança do doente deve evoluir da culpa para a aprendizagem.
Referências bibliográficas	Pérez Bolaños, L. (2020). Percepción de enfermagem. Um olhar atual sobre a cultura de segurança no centro cirúrgico. <i>Desenvolvimento de Imagens de Pesquisa de Doenças</i> , 22. https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie22.pem

Caracterização do Estudo 3	
Título	The frequency and reasons for missed nursing care in Australian perioperative nurses: A national survey
Autores	Gillespie, B.M., Harbeck, E., & Chaboyer, W., et al.
Ano de publicação	2024
País	Austrália
Tipo de estudo	Estudo transversal descritivo
Objetivos	Descrever a frequência e os motivos relatados por enfermeiros perioperatórios australianos para a omissão de cuidados de enfermagem na sala de cirurgia.
Metodologia	A amostra é constituída por 847 enfermeiros perioperatório do Australian College of Perioperative Nurses (ACORN) que exerciam funções de circulação, instrumentação, anestesia, recobro e funções de educação e gestão nos setores público e privado. O instrumento de pesquisa foi através de entrevista online anónima usando a Pesquisa MISSCare OR. Os dados da pesquisa foram exportados do REDCap para o SPSS versão 28 (IBM Corp.) para limpeza de dados.
Resultados	No total, 612 enfermeiros perioperatório completaram a pesquisa. Os cuidados de enfermagem perioperatório e intraoperatório relatados como mais frequentemente perdidos incluíram cuidados que exigiam muito tempo e comunicação com vários membros da equipa cirúrgica presentes. Houve diferenças estatisticamente significativas entre a gestão de enfermagem, enfermeiros circulantes, instrumentistas e enfermeiros do recobro, em relação a motivos para cuidados perdidos.
Conclusão	Grande parte dos cuidados negligenciados que ocorrem na sala de cirurgia está relacionada às práticas e processos de comunicação, o que tem implicações para a segurança do doente. A omissão de informação na sala de cirurgia pode oferecer aos enfermeiros gestores, insights sobre possíveis estratégias para lidar com essa situação.
Referências bibliográficas	Gillespie, B. M., Harbeck, E., & Chaboyer, W. Pérez Bolaños, L. (2024). A frequência e as razões para a falta de cuidados de enfermagem em enfermeiros perioperatórios australianos: Uma pesquisa nacional. <i>Revista de Enfermagem Clínica</i> , 00, 1–11. https://doi.org/10.1111/jocn.17082

Caracterização do Estudo 4	
Título	Safety culture in the operating room: an integrative review
Autores	Fernandes A.R., Fassarella C.S., Camerini F.G., et al.
Ano de publicação	2021
País	Brasil
Tipo de estudo	Revisão integrativa da literatura
Objetivos	Analisar as evidências científicas sobre cultura de segurança pelos profissionais de saúde relacionada ao ambiente da sala cirúrgica.
Metodologia	Seguiram-se as seis etapas da elaboração da revisão integrativa e utilizou-se o <i>checklist Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)</i> para guiar a organização das informações. Realizada busca nas bases de dados Medline, Embase, LILACS, CINAHL, Scopus e <i>Web of Science</i> a partir dos descritores em ciências da saúde <i>organizational culture</i> , <i>surgicenters</i> e <i>health personnel</i> . Selecionaramse 8 artigos, sendo 75% publicados pela enfermagem.
Resultados	Na colheita de dados, 3 usaram o <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i> , 3 o <i>Safety Attitudes Questionnaire</i> , 1 o <i>Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room</i> e 1 <i>survey on-line</i> . Duas dimensões foram consideradas frágeis, o apoio da gestão e a comunicação e a melhor pontuação foi o trabalho em equipa.
Conclusão	Na literatura encontrada, analisou-se a dimensão mais pontuada para o fortalecimento da cultura de segurança, o trabalho em equipa, e as dimensões com mais necessidade de melhorias, o apoio da gestão e a comunicação.
Referências bibliográficas	Fernandes, A. R., Fassarella, C. S., Camerini, F. G., et al. (2021). Cultura de segurança no centro cirúrgico: uma revisão integrativa. https://doi.org/10.5216/ree.v23.65437

Caracterização do Estudo 5	
Título	Patient Safety Culture, Infection Prevention, and Patient Safety in the Operating Room: Health Workers' Perspective
Autores	Ni Njoman Juliasih, Inge Dhamanti, I Nyoman Semita, Minarni Wartinarsih, Mahmudah Mahmudah & Fitri Yakub
Ano de publicação	2023
País	Indonésia
Tipo de estudo	Estudo quantitativo
Objetivos	Investigar o impacto da cultura de segurança do doente e da prevenção de infeções na segurança do doente na unidade cirúrgica.
Metodologia	A amostra incluiu 143 profissionais de saúde de uma unidade cirúrgica de hospitais gerais com excelente credenciamento. O instrumento foi um questionário online para profissionais de saúde por meio de plataformas sociais, como WhatsApp e Instagram que ocorreu entre março e abril de 2023. O IBM SPSS 29 foi usado para a análise estatística e as variáveis foram relatadas usando estatísticas descritivas.
Resultados	Aprendizagem organizacional - Melhoria contínua, trabalho em equipa, transferências e troca de informações tiveram as respostas mais positivas na unidade cirúrgica. No entanto, equipa, ritmo de trabalho e segurança do doente ficaram em último lugar. Aprendizagem organizacional - Melhoria contínua e suporte da gestão hospitalar para esforços de prevenção de infeções afetaram as perceções do nível de segurança do doente na unidade cirúrgica.
Conclusão	A pesquisa descobriu que as dimensões "Aprendizagem organizacional - Melhoria contínua" e "Suporte da gestão hospitalar para esforços de prevenção de infeções" estavam entre as dimensões significativas que afetam a percepção geral da segurança do doente na sala cirúrgica.
Referências bibliográficas	Ni Njoman Juliasih, N., Dhamanti, I., Semita, I. N., Wartinarsih, M., Mahmudah, M., & Yakub, F. (2023). Cultura de segurança do paciente, prevenção de infeções e segurança do paciente na sala de cirurgia: perspectiva dos profissionais de saúde, gestão de riscos e política de saúde. <i>Gestão de Riscos e Política de Saúde</i> , 1731-1738. https://doi.org/10.2147/RMHP.S425760

Caracterização do Estudo 6	
Título	Safety perception in the operating environment: The nurses' perspective versus that of the surgeons
Autores	Gutiérrez- Ginerb, María Isabel & Ruano-Ferrer, Fátima
Ano de publicação	2023
País	Espanha
Tipo de estudo	Estudo observacional e transversal
Objetivos	Determinar se a perceção da cultura de segurança do doente (PSC) dos enfermeiros e cirurgiões da sala cirúrgica diverge e compreender se essas diferenças poderiam ser explicadas pela lacuna de comunicação.
Metodologia	A amostra foi composta por 86 participantes: 42 enfermeiros (48,8%) e 44 cirurgiões (51,2%) de uma unidade cirúrgica de um Hospital Universitário Materno-Infantil de Canarias terciário entre junho de 2020 e março de 2021. O instrumento foi um questionário e os dados foram exportados para SPSS 27.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, EUA).
Resultados	Os enfermeiros tiveram uma pior perceção das dimensões de segurança geral, das expectativas do líder, trabalho em equipa dentro das unidades, feedback, pessoal e gestão hospitalar ($p.<0,05$). Embora não tenham sido encontradas diferenças em relação à aprendizagem organizacional/melhoria contínua, abertura de comunicação, respostas não punitivas e trabalho em equipa nas dimensões da unidade hospitalar, os resultados sugerem que a perceção dos enfermeiros foi pior do que a dos cirurgiões.
Conclusão	Os enfermeiros e cirurgiões do centro cirúrgico do hospital têm perceções diferentes. As principais diferenças existem na perceção global de segurança, nas expectativas do supervisor/gestor e na promoção da segurança do doente, no trabalho em equipa dentro das unidades, na abertura da comunicação, no apoio da gestão hospitalar, no feedback e na comunicação sobre erros e nas dimensões do pessoal. Essas diferenças devem-se à falta de comunicação entre os três grupos envolvidos: enfermeiros, cirurgiões e equipa gestora.
Referências bibliográficas	Gutiérrez-Giner, M. I., & Ruano-Ferrer, F. (2023). <i>Jornal Heliyon</i> . https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e12676

Caracterização do Estudo 7	
Título	Interprofessional team assessments of the patient safety climate in Swedish operating rooms: a crosssectional survey
Autores	Göras C, Unbeck M, Nilsson U, et al.
Ano de publicação	2017
País	Suécia
Tipo de estudo	Estudo Transversal
Objetivos	Descrever e comparar atitudes em relação à segurança do doente entre os vários profissionais em equipas cirúrgicas em departamentos de unidade cirúrgica suecos. Outro objetivo, foi estudar gestores de enfermagem na unidade cirúrgica e as estimativas dos diretores médicos sobre as atitudes de suas equipas em relação à segurança do doente.
Metodologia	O tamanho da amostra calculado foi enfermeiros gerais licenciados (n=124), enfermeiros perioperatório (n=233), médicos (n=184) e respetivos gestores (n=22) de três unidades cirúrgicas de ortopedia em três hospitais diferentes. O instrumento de colheita de dados foi um questionário de resposta curta aplicado de 4 de setembro a 17 de novembro de 2014.
Resultados	O clima de segurança, clima de trabalho em equipa, reconhecimento do stresse, condições de trabalho e perceções da gestão, exceto a satisfação no trabalho, ficaram abaixo de 60%. Valores médios significativamente mais baixos foram encontrados para enfermeiros perioperatório em comparação com médicos para perceções da gestão (56,4 vs 61,4, p=0,013) e condições de trabalho (63,7 vs 69,8, p=0,007). As estimativas dos gestores de enfermagem e diretores médicos sobre as classificações de suas equipas sobre o clima de segurança foram bastante coerentes.
Conclusão	Existem variações nas atitudes em relação à segurança do Doente, dos profissionais nas equipas cirúrgicas. Há, áreas fracas no clima de segurança do doente. Um clima fraco de segurança do doente é associado a maus resultados para os doentes. Os gestores precisam mostrar uma responsabilidade compartilhada com a equipa da linha da frente e fornecer suporte para aumentar a consciencialização sobre a segurança do doente.
Referências bibliográficas	Göras, C., Unbeck, M., Nilsson, U., et al. (2017). Equipa interprofissional - avaliações do clima de segurança do paciente em salas de cirurgia suecas: uma pesquisa transversal. <i>BMJ Aberto</i> , 7, e015607. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015607

Caracterização do Estudo 8	
Título	Promoting Safety through Well-Being: An Experience in Healthcare
Autores	Bruno A & Bracco F
Ano de publicação	2016
País	Itália
Tipo de estudo	Grupo Focal
Objetivos	Desenvolver uma metodologia interorganizacional para perceber e monitorizar ameaças críticas à segurança e ao bem-estar.
Metodologia	O projeto envolveu 60 enfermeiros e médicos, a trabalhar na sala de cirurgia de seis hospitais no norte da Itália. A ferramenta (denominada Formulário de Detecção e Monitorização de Situações Críticas) foi utilizada no período de junho de 2010 a fevereiro de 2011.
Resultados	Os resultados revelam que a segurança e o bem-estar, são considerados dois conceitos interligados. A formação e a reflexão sobre as práticas são consideradas relevantes para atenuar os riscos. O formulário permitiu que os participantes esclarecessem os problemas e suas origens e as potenciais consequências em termos de bem-estar e segurança.
Conclusão	O comprometimento dos gestores com a implementação da ferramenta é necessário para fornecer feedback rápido e confiável, quando necessário, e, acima de tudo, para reconhecer e promover novas práticas na cultura organizacional. Tais esforços servem para sustentar continuamente as boas práticas realizadas pelos operadores, ou seja, a gestão da criticidade organizacional para a melhoria da segurança e bem-estar dos trabalhadores e doentes.
Referências bibliográficas	Bruno, A., & Bracco, F. (2016). Promovendo a segurança através do bem-estar: Uma experiência em saúde. <i>Frente. Psico</i> , 7, 1208. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01208

Caracterização do Estudo 9	
Título	Segurança do doente no bloco operatório: Contributos do ambiente de prática e da liderança em enfermagem
Autores	Mota, Ana Sofia
Ano de publicação	2021
País	Portugal
Tipo de estudo	Estudo quantitativo com construção e validação de conteúdo e semântica do questionário, segurança do doente no bloco operatório (SDBO), descritivo, correlacional, explicativo.
Objetivos	Construir e validar um questionário de avaliação da SD no BO; caracterizar a perceção dos enfermeiros perioperatórios sobre a SD no BO; analisar a relação entre a SD no BO e algumas características socioprofissionais dos participantes e dos BO; identificar o ambiente de prática e a liderança percebidos pelos enfermeiros; analisar a relação entre a SD no BO e o ambiente de prática bem como com a liderança; e determinar as dimensões do ambiente de prática e de liderança preditoras da SD no BO.
Metodologia	Amostra constituída por 1.001 enfermeiros perioperatórios de 24 organizações hospitalares do Serviço Nacional de Saúde. A ferramenta utilizada foi um questionário, através da sua construção e validação.
Resultados	Os líderes, apresentam um desempenho moderado nos papéis de liderança, com maior tónica nos papéis localizados nos quadrantes inferiores ("Produtor", "Diretor" e "Coordenador"), e menor foco nos papéis de ("Inovador", "Facilitador" e "Broker") quadrantes superiores.
Conclusão	Os resultados indiciam oportunidades de melhoria na generalidade das dimensões de SD no BO. Os valores médios observados e o poder explicativo das dimensões do ambiente de prática e dos papéis de liderança na promoção da SD, desafiam os enfermeiros gestores e as organizações a investirem na sua melhoria.
Referências bibliográficas	Mota, A. S., Castilho, A. F., & Martins, M. (2021). Ambiente de prática e a segurança do doente no bloco operatório: Dimensões preditoras. <i>Cogitare Enfermagem</i> . http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.82289

Caracterização do Estudo 10	
Título	A cultura de segurança no bloco operatório como cuidamos da segurança dos Doentes
Autores	Madeira, Ana Margarida
Ano de publicação	2012
País	Portugal
Tipo de estudo	Estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional
Objetivos	Analisar a cultura de segurança nos blocos operatórios centrais dos hospitais da ARS de Lisboa e Vale do Tejo.
Metodologia	A amostra compreende 183 enfermeiros que trabalham no bloco operatório de 11 hospitais centrais de Lisboa e Vale do Tejo. A ferramenta foi um inquérito por questionário e a análise estatística feita através do programa IBM-SPSS 20.
Resultados	A única correlação forte encontrada entre as doze dimensões de cultura de segurança analisadas foi entre a supervisão/chefia e o <i>feedback</i> /comunicação acerca do erro.
Conclusão	Conclui-se que existe uma cultura de punição do erro, bem como uma grave lacuna relativamente ao <i>feedback</i> , por parte dos líderes, e ao envolvimento da gestão de topo para a segurança dos doentes.
Referências bibliográficas	Madeira, A. M. (2012). <i>A cultura de segurança no bloco operatório: Como cuidamos da segurança dos doentes</i> (Tese de mestrado, Instituto Universitário de Lisboa). https://repositorio.iscte.pt/handle/10071/4672?mode=full



Rita Santos

Estratégias do Enfermeiro
Gestor para a Segurança
do Doente no Bloco
Operatório: Revisão
Scoping