



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
na Área de Especialização de Enfermagem à
Pessoa em Situação Perioperatória

José Bruno Teixeira Alves

**SEGURANÇA PSICOLÓGICA E RISCOS
PSICOSSOCIAIS DOS ENFERMEIROS
PERIOPERATÓRIOS**

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2023

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

SEGURANÇA PSICOLÓGICA E RISCOS PSICOSSOCIAIS DOS ENFERMEIROS PERIOPERATÓRIOS

Relatório Final de Estágio

José Bruno Teixeira Alves

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória, sob orientação do Professor Mestre Nelson Coimbra

Oliveira de Azeméis | 2023

“Mudam-se os tempos, mudam-se as vontades,
Muda-se o ser, muda-se a confiança;
Todo o mundo é composto de mudança,
Tomando sempre novas qualidades.”

Luís de Camões

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Mestre Nelson Coimbra pela sua orientação, apoio, confiança, incentivo e, reforço positivo.

À Ordem dos Enfermeiros pela disponibilidade na disseminação do estudo de investigação junto dos seus membros.

Ao Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E e, a todos os meus colegas e amigos pelo apoio recebido.

À Dra. Isabel Souto pelo acompanhamento e apoio no tratamento dos dados estatísticos.

A todos os meus amigos e, em especial à Ana Ribas – sempre presente, à Fátima, à Cristina, ao Paulo e Cláudia Ribeiro, sempre disponíveis, pela sua compreensão, entusiasmo contagiante e encorajamento.

Aos meus irmãos, Luís e Pedro e aos meus pais pelo apoio incondicional.

A todos, muito obrigado.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

α - Alfa de Cronbach

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

ANOVA - Análise de variância

AORN - *Association of periOperative Registered Nurses*

BO - Bloco Operatório

CC - Centro Cirúrgico

CHKS - *Caspe Healthcare Knowledge Systems Healthcare Accreditation*

CHVNG/E - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE

COPSOQ - *Copenhagen Psychological Questionnaire*

DGS - Direção-Geral da Saúde

DL - Decreto-Lei

DP - Desvio-padrão

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EORNA - *European Operating Room Nurses Association*

ESSNorteCVP - Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

FRPs - Fatores de Risco Psicossociais

GEL - Gestor de Equipamento Local

ILC - Infecção do Local Cirúrgico

ISBAR - I – Identificação, S – Situação atual, B – Antecedentes, A – Avaliação e R –
Recomendações

n - Tamanho da amostra

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PPCIRA - Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

Q - Questão

QR Code - *Quick Response Code*

r - Coeficiente de Correlação de Pearson

RTU - Ressecção Trans Uretral

SC- Segurança do cliente

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UCA - Unidade de Cirurgia de Ambulatório

RESUMO

A promoção da segurança e a qualidade dos cuidados Perioperatórios implica aquisição de competências, pelo que este relatório final de estágio no âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória - da Escola Superior de Saúde do Norte Cruz Vermelha Portuguesa, intenta a demonstrar, operacionalizando-se o relatório em duas componentes distintas: estágio e investigação.

Neste sentido, é realizado na primeira parte o enquadramento do contexto de estágio numa metodologia descritiva e análise crítico-reflexiva do percurso realizado no desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

A componente de estágio desenvolveu-se em dois hospitais (Bloco Operatório Central e no serviço de Unidade de Cirurgia de Ambulatório de um Centro Hospitalar da Região Norte de Portugal e, num Centro Cirúrgico de uma Fundação em Lisboa).

A diversidade de campos de estágio afirmou-se como uma mais-valia ao longo deste percurso, com oportunidades de *benchmarking*, com inúmeros benefícios em termos de inspiração e desenvolvimento de boas práticas.

Na segunda parte do relatório, desenvolveu-se estudo quantitativo, descritivo-correlacional, corte transversal, com o objetivo de avaliar a Segurança Psicológica e os riscos psicossociais dos enfermeiros perioperatórios e a sua relação com a segurança do cliente. A Segurança Psicológica é avaliada com o Questionário *Team Psychological Safety* (Edmondson, 1999); os Riscos Psicossociais são avaliados pela versão média do *Copenhagen Psychological Questionnaire* III (Cotrim et al., 2022) e a Segurança do cliente pelo *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (Eiras et al., 2014).

A criação de locais de trabalho saudáveis emerge como uma necessidade de investimento para a promoção do bem-estar dos enfermeiros perioperatórios, como na garantia e maximização da segurança do cliente.

Os contributos das componentes de estágio clínico e de investigação contribuíram assim, significativamente para o desenvolvimento profissional e uma *praxis* de cuidados especializados de enfermagem de cuidados à pessoa em situação perioperatória e sua família/pessoa significativa, de excelência.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem perioperatória; Sala cirúrgica; Especialização

ABSTRACT

Promoting the safety and quality of perioperative care implies acquiring skills, which is why this final internship report within the scope of the 1st Master's Course in Medical-Surgical Nursing - Area of Specialization for Persons in Perioperative Situation - at Escola Superior de Saúde do Norte Cruz Vermelha Portuguesa, intends to demonstrate, operationalizing the report in two distinct components: internship and investigation.

In this sense, in the first part, the internship context is framed in a descriptive methodology and critical-reflexive analysis of the route taken in the development of common and specific skills of the specialist nurse.

The internship component took place in two hospitals (Central Operating Room and in the Ambulatory Surgery Unit at a Hospital Center in the North Region of Portugal and in the Surgery Center of a Foundation, Lisbon).

The diversity of internship fields proved to be an asset along this path, with benchmarking opportunities, with countless benefits in terms of inspiration and development of good practices.

In the second part of the report, a quantitative, descriptive-correlational, cross-sectional study was developed, with the aim of evaluating the Psychological Safety and psychosocial risks of perioperative nurses and their relationship with client safety. Psychological Safety is assessed using the Team Psychological Safety Questionnaire (Edmondson, 1999); Psychosocial Risks are assessed by the average version of the Copenhagen Psychological Questionnaire III (Cotrim et al., 2022) and Client Safety by the Hospital Survey on Patient Safety Culture (Eiras et al., 2014).

The creation of healthy workplaces emerges as an investment need to promote the well-being of perioperative nurses, such as guaranteeing and maximizing client safety.

The contributions of the clinical and research internship components thus contributed significantly to professional development and a *praxis* of specialized nursing care for people in perioperative situations and their family/significant other, of excellence.

KEYWORDS: Perioperative nursing; Operating room; Specialization

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Descrição das escalas e sub-escalas/FRPs do COPSOQ III versão média. Tabela adaptada de Cotrim, et. al., (2022).	82
Tabela 2: Medidas descritivas da Segurança Psicológica sociodemográficas e profissionais	90
Tabela 3: Medidas descritivas do COPSOQ III e respetivos FRPs	92
Tabela 4: Medidas descritivas das Expectativas da supervisão/gestão	93
Tabela 5: Medidas descritivas da Abertura na comunicação	94
Tabela 6: Medidas descritivas do <i>feedback</i> e comunicação sobre o erro	95
Tabela 7: Comparação entre os grupos de Especialidade de Enfermagem com Segurança Psicológica e Segurança do Cliente	99
Tabela 8: Relação entre as variáveis Segurança Psicológica e Segurança do Cliente	100

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Segurança Psicológica e nível de responsabilidade.....	68
Figura 2: Principais efeitos na saúde resultantes da exposição a FRPs	72
Figura 3: Modelo conceptual de Segurança Psicológica, FRPS e Segurança do Cliente	76
Figura 4: Esquema representativo da finalidade, questão de investigação e objetivos do estudo	78
Figura 5: Percentagem de respostas à questão “Já vi cometerem-se erros no bloco operatório com o potencial de causar danos nos pacientes”	89
Figura 6: Percentagem de respostas à questão “A pressão para o cumprimento do plano cirúrgico faz a equipa apressar ou não executar procedimentos de segurança”	89
Figura 7: Avaliação geral da Segurança do Cliente	95
Figura 8: Número de Notificações realizadas	96

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	21
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	23
1. ENQUADRAMENTO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO	25
1.1. Estágio em contexto de cirurgia de ambulatório	28
1.2. Estágio em contexto de Bloco operatório - parte II	29
2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	33
2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal	33
2.2. Melhoria continua da qualidade	35
2.3. Gestão dos cuidados	38
2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	39
3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA	43
3.1. Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/convivente significativo	44
3.2. Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica	49
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	61
1. RESUMO	63
2. Abstract	65
3. Fundamentação/enquadramento teórico	67
3.1. Segurança Psicológica	67
3.2. Riscos Psicossociais	70
3.3. Segurança do cliente	74
3.4. Modelo Conceptual	75
4. Metodologia	77
4.1. Questão de investigação e objetivos do estudo	77
4.2. Tipo de estudo	78
4.3. População e amostra	78

4.4. Considerações éticas	79
4.5. Instrumentos de Avaliação	80
4.6. Análise de dados	85
5. Resultados	87
5.1. Caracterização Sociodemográfica e profissional da amostra	87
5.2. Perceção dos enfermeiros perioperatórios sobre Erros e Pressão no BO	88
5.3. Segurança Psicológica	89
5.4. Fatores de Risco Psicossociais	90
5.5. Segurança do cliente	92
5.6. Variáveis sociodemográficas e profissionais, Segurança Psicológica, Segurança do cliente e FRPs	96
5.7. Segurança Psicológica, Segurança do cliente e FRPs	99
6. Discussão	103
7. Conclusão	113
CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
ANEXOS	137
ANEXO I: Proposta de índice e conteúdos para site da UCA	139
ANEXO II: Compreender e Gerir a Segurança do Doente na Prestação de Cuidados Hospitalares	155
ANEXO III: Impresso GEL-Equipamentos da UCA	159
ANEXO IV: Manual de Integração da UCA	163
ANEXO V: Avaliação da Satisfação dos clientes da UCA	179
ANEXO VI: Formação ao Internato Médico, Cirurgia Segura	185
ANEXO VII: Congresso Internacional de Controlo de Infeção	189
ANEXO VIII: Competências NÃO TÉCNICAS do Enfermeiro Perioperatório	193
ANEXO IX: Projeto piloto de otimização do planeamento cirúrgico com QRcode	209
ANEXO X: Projeto Academia de Competências Perioperatórias	219
ANEXO XI: Grelha de monitorização de competências em contexto de integração de Bloco Operatório	229
ANEXO XII: PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO - Intervenção breve focada na Terapia de	

Aceitação e Compromisso	237
ANEXO XIII: Gestor do Equipamento Local	245
ANEXO XIV: Notificação e Gestão de Equipamento em Inconformidade	249
ANEXO XV: Instrução de Trabalho Verificação das Condições de Segurança da Sala Operatória e Recobro	253
ANEXO XVI: STOP Infecção Hospitalar!	257
ANEXO XVII: - Declaração Professor Orientador	261
ANEXO XVIII: Divulgação do estudo	265
ANEXO XIX: Parecer do Conselho de Direção	269
ANEXO XX: Informação aos Participantes no formulário digital e consentimento	273
ANEXO XXI: Autorização para utilização do instrumento <i>Team Psychological Safety</i>	277
ANEXO XXII: Autorização para utilização do instrumento COPSOQIII	281
ANEXO XXIII: Autorização para utilização do instrumento <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>	285
ANEXO XXIV: Formulário <i>online</i>	289
ANEXO XXV: Dimensões do Questionário de Avaliação da Cultura de Segurança do doente nos Hospitais Portugueses	305
ANEXO XXVI: Características sociodemográficas e profissionais	309
ANEXO XXVII: Relação entre variáveis sociodemográficas, profissionais, Segurança Psicológica e Segurança do Cliente	313
ANEXO XXVIII: Relação entre variáveis sociodemográficas, profissionais e FRPs	317
ANEXO XXIX: Relação entre as variáveis Segurança Psicológica, Segurança do Cliente e FRPs	321

INTRODUÇÃO

O presente relatório final intenta documentar o percurso desenvolvido e as competências adquiridas no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização à Pessoa em Situação Perioperatória.

Os enfermeiros são vitais nas organizações, contribuindo para a viabilidade e sustentabilidade dos sistemas de saúde (WHO, 2021). As mudanças organizacionais no setor de saúde têm maior probabilidade de sucesso quando os seus profissionais têm um papel ativo e oportunidade de as influenciar (Nilsen et al., 2020).

Num tempo em que se vivenciam um turbilhão de mudanças constantes, fruto dos avanços tecnológicos, questões demográficas e epidemiológicas, alteração nos padrões de doenças, metodologias inovadoras de tratamento e das políticas de saúde (Nilsen et al., 2020; Ministério da Saúde, 2015), os enfermeiros estão numa posição privilegiada no que se refere a melhorias de eficácia e eficiência, proporcionando um atendimento de qualidade e cuidados com segurança (ICN, 2015).

Neste contexto, torna-se essencial o desenvolvimento de competências que culminam na promoção e operacionalização de mudanças efetivas (Machado et al., 2021), mas que também invistam na promoção e maximização da segurança da pessoa em situação perioperatória.

Os enfermeiros perioperatórios são especialistas em antecipar as necessidades do cliente, da equipa cirúrgica e a utilizar o pensamento crítico e especializado que facilita a implementação rápida de intervenções de segurança (Benze, Spruce, & Groah, 2021).

A *European Operating Room Nurses Association* (EORNA, 2020) salienta a importância da manutenção de um ambiente seguro e reforça a sua dependência das competências dos enfermeiros.

Por outro lado, os locais de trabalho que maximizem o bem-estar e saúde dos enfermeiros revelam-se, de igual modo, essenciais para alcançar bons resultados, quer para o cliente e para a sociedade, como para a garantia da excelência do desempenho organizacional (Mabona, van Rooyen, & Ham-Baloyi, 2022)

Uma cultura organizacional que investe na Segurança Psicológica potencia a disponibilidade dos colaboradores em pedir ajuda, dar *feedback*, partilhar ideias e comunicar erros (Lee & Dahinten, 2021). Já um ambiente psicossocial de trabalho deteriorado associa-se a piores indicadores de saúde mental e física dos mesmos (Fernandes & Pereira, 2016).

Da interação entre a gestão, o conteúdo e organização do trabalho, condições ambientais e organizacionais, bem como com as competências e as necessidades dos colaboradores (Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health, 1986), emergem os fatores de risco psicossociais.

Em resultado, desenvolvemos um estudo para avaliar a Segurança Psicológica e os riscos psicossociais dos enfermeiros perioperatórios e a sua relação com a segurança do cliente, com o objetivo de contribuir para promoção, não só da saúde ocupacional e bem-estar dos enfermeiros perioperatórios, mas também para a promoção da segurança da pessoa em situação perioperatória.

Ao longo do relatório, a pessoa alvo de cuidados de Enfermagem é referida utilizando o termo “cliente”, seguindo a perspetiva da Ordem dos Enfermeiros (OE), “a opção pelo termo cliente relaciona-se com a conotação que este termo tem com a noção de papel ativo no quadro da relação de cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.19), parceira no plano de cuidados para a promoção de cuidados de enfermagem de excelência.

O presente relatório organiza-se em dois capítulos: no primeiro capítulo é dada relevância às competências necessárias para prestação de cuidados especializados à pessoa em situação perioperatória numa metodologia crítico-reflexiva que demonstra a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória, bem como uma descrição das atividades realizadas em contexto de estágio. Já no segundo capítulo é apresentada a componente de investigação, desenvolvida ao longo deste percurso, caracterizando-se como um estudo de cariz quantitativo, descritivo e correlacional, sobre a Segurança Psicológica e Riscos Psicossociais dos Enfermeiros Perioperatórios. Ainda neste capítulo são apresentados um resumo, a sua fundamentação/enquadramento teórico, finalidade e objetivos, a metodologia utilizada, os resultados e respetiva discussão, seguidos da conclusão. No final do presente trabalho são tecidas algumas considerações finais acerca deste percurso.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

ESTÁGIO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA II

1. ENQUADRAMENTO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

A presente análise crítico-reflexiva apresenta como matriz conceptual o *Perioperative Patient Focused Model* (Benze, Spruce, & Groah, 2021) que precede o enquadramento dos contextos de estágio. Segundo este modelo, o cliente perioperatório está no centro e representa o principal foco da prestação de cuidados, com planos de intervenção que atendem às características dos contextos de prestação de cuidados (Rothorck & Smith, 2000; Van Wicklin, 2020); privilegiando neste posicionamento, a centralidade da Pessoa em todo este sistema (Benze, Spruce, & Groah, 2021).

O *Perioperative Patient Focused Model* é de acordo com Benze, Spruce e Groah (2021) orientado para os resultados e, tem em consideração os seguintes domínios da enfermagem perioperatória: a segurança; as respostas fisiológicas; as respostas comportamentais a procedimentos cirúrgicos e outros invasivos e, o sistema de saúde.

As respostas fisiológicas integram, segundo Van Wicklin (2020), as respostas físicas, bioquímicas e funcionais enquanto as respostas comportamentais incluem, o conhecimento sobre a experiência perioperatória do cliente e pessoa significativa como, as suas respostas Psicológicas, espirituais e sociológicas. O domínio do sistema de saúde integra os determinantes sociais da saúde bem como, os elementos estruturais e administrativos para se alcançarem os resultados perioperatórios pretendidos.

Este modelo também revela sucessivamente, para a importância de se identificarem os subdomínios de diagnósticos e intervenções de enfermagem (Benze, Spruce, & Groah, 2021).

De acordo com este modelo, os resultados são posicionados imediatamente adjacentes aos domínios de prestação de cuidados ao cliente; sendo que nesta conceção reporta para a importância das etapas do processo de enfermagem e a realização de uma avaliação individualizada, identificação de diagnósticos, planeamento, implementação de intervenções de enfermagem e monitorização dos resultados para cada cliente submetido a procedimentos cirúrgicos ou invasivos (Benze, Spruce, & Groah, 2021).

Importa salientar, que no percurso dos estágios encetou-se por uma parceria estreita com o cliente e a equipa, no sentido deste a alcançar o “*maior nível possível de saúde e bem-estar, no mais curto espaço de tempo e através dos processos e metodologias mais recentes, eficientes e eficazes, com o menor sofrimento e a melhor qualidade de vida*” (OE, 2015, p. 32).

O estágio de enfermagem à pessoa em situação perioperatória II decorreu em dois momentos distintos: o primeiro num Centro Hospitalar da Região Norte de Portugal de 03/01/2022 até 11/03/2022 no serviço de Bloco Operatório Central, com tutoria da Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica (EEMC) Glória Gonçalves e o segundo decorreu no período de 14/03/2022 até 31/05/2022, distribuído pela Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) desse Centro Hospitalar, com tutoria da EEMC Fernanda Georgina e enfermeira gestora Teresinha Roque e, no Centro Cirúrgico de uma Fundação em Lisboa, com tutoria do EEMC João Maurício. Os campos de estágio foram orientados pelo Professor Mestre Nelson Coimbra da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

O presente relatório final intenta documentar o percurso desenvolvido e as competências adquiridas no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização à Pessoa em Situação Perioperatória.

Os enfermeiros são vitais nas organizações, contribuindo para a viabilidade e sustentabilidade dos sistemas de saúde (WHO, 2021). As mudanças organizacionais em saúde têm maior probabilidade de sucesso quando os profissionais de saúde têm um papel ativo e oportunidade de as influenciar (Nilsen et al., 2020).

Num tempo em que se vivenciam um turbilhão de mudanças constantes, fruto dos avanços tecnológicos, questões demográficas e epidemiológicas, alteração nos padrões de doenças, metodologias inovadoras de tratamento e, das políticas de saúde (Nilsen et al., 2020; Ministério da Saúde, 2015), os enfermeiros estão numa posição privilegiada de promover melhorias de eficácia e eficiência, proporcionando um atendimento de qualidade e, cuidados com segurança (ICN, 2015).

Neste contexto, torna-se essencial o desenvolvimento de competências que culminam na promoção e operacionalização de mudanças efetivas (Machado et al., 2021), mas também que invistam na promoção e maximização da segurança da pessoa em situação perioperatória.

Os enfermeiros perioperatórios são especialistas em antecipar as necessidades do cliente, da equipa cirúrgica, e a utilizar o pensamento crítico e especializado que facilita a implementação rápida de intervenções de segurança (Benze, Spruce, & Groah, 2021).

A *European Operating Room Nurses Association* (EORNA, 2020) salienta para a importância da manutenção de um ambiente seguro e reforça a sua dependência das competências dos enfermeiros.

Por outro lado, os locais de trabalho que maximizem o bem-estar e saúde dos enfermeiros, revelam-se de igual modo, essenciais para alcançar bons resultados quer para o cliente e para a sociedade, como para a garantia da excelência do desempenho organizacional (Mabona, van Rooyen, & Ham-Baloji, 2022).

Uma cultura organizacional que investe na Segurança Psicológica, os colaboradores estão mais disponíveis em pedir ajuda, dar *feedback*, partilhar ideias e comunicar erros (Lee & Dahinten, 2021). Já um ambiente psicossocial de trabalho deteriorado associa-se a piores indicadores de saúde mental e física dos colaboradores (Fernandes & Pereira, 2016).

Da interação entre a gestão, o conteúdo e organização do trabalho, condições ambientais e organizacionais e, as competências e as necessidades dos colaboradores (Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health, 1986) emergem os fatores de risco psicossociais.

Em resultado, desenvolvemos um estudo para avaliar a Segurança Psicológica e os riscos psicossociais dos enfermeiros perioperatórios e a sua relação com a segurança do cliente, tendo como finalidade, contribuir para promoção não só da saúde ocupacional e bem-estar dos enfermeiros perioperatórios, como para a promoção da segurança da pessoa em situação perioperatória.

Ao longo do relatório, a pessoa alvo de cuidados de Enfermagem é referida utilizando o termo “cliente”, seguindo a perspetiva da Ordem dos Enfermeiros (OE), “a opção pelo termo cliente relaciona-se com a conotação que este termo tem com a noção de papel ativo no quadro da relação de cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.19), parceira no plano de cuidados para a promoção de cuidados de enfermagem de excelência.

Por fim, quanto à estrutura do presente relatório, organiza-se em dois capítulos: no capítulo I-dando relevância às competências necessárias à prestação de cuidados especializados à pessoa em situação perioperatória numa metodologia crítico-reflexiva que demonstra a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória e, com uma descrição das atividades realizadas em contexto de estágio. No segundo capítulo, apresenta-se a componente de investigação, desenvolvida ao longo deste percurso; um estudo de cariz quantitativo, descritivo e correlacional, sobre a Segurança Psicológica e Riscos Psicossociais dos Enfermeiros Perioperatórios; apresentando neste capítulo, o resumo, a sua fundamentação/enquadramento teórico, finalidade e objetivos, a metodologia utilizada, os resultados e respetiva discussão, seguidos da conclusão. No final, são tecidas algumas considerações finais acerca deste percurso

1.1. Estágio em contexto de cirurgia de ambulatório

Breve Caracterização do Centro Hospitalar da Região Norte de Portugal

No fim do século XIX e início do século XX construiu-se o sanatório de Vila Nova de Gaia, com o intuito de combater a epidemia de tuberculose, tornando-se numa das grandes referências nacionais.

No âmbito da política de modernização e revitalização do SNS, existe fusão do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e o Hospital Nossa Senhora da Ajuda de Espinho, com natureza de Entidade Pública Empresarial por Decreto-Lei nº 50 - A/2007, de 28 de fevereiro.

O CHVNG/E tem instalações distribuídas pelos Concelhos de Vila Nova de Gaia e de Espinho:

- Unidade I, Hospital Eduardo Santos Silva, localizada no Monte da Virgem, composta por vários edifícios e especialidades Médico-Cirúrgicas e o serviço de Urgência Polivalente;
- Unidade II, Hospital Comendador Manuel Moreira de Barros, antigo Hospital Distrital de Vila Nova de Gaia, originalmente com as especialidades de Ortopedia, Materno-Infantil, constituídas pelos Serviços de Pediatria, Ginecologia/ Obstetrícia, Neonatologia e Cirurgia Pediátrica, o Centro de Procriação Medicamente Assistida, o Centro de Diagnóstico Pré-Natal e ainda o Bloco Operatório (BO) que se encontram atualmente em fase de transição para a Unidade I no Novo Edifício Hospitalar;
- Unidade III, Hospital Nossa Senhora da Ajuda, propriedade da Santa Casa da Misericórdia local em Espinho, concentrando a Unidade de Cirurgia de Ambulatório e a consulta externa de várias especialidades e meios complementares de diagnóstico e tratamento nas áreas de Patologia e Imagiologia;
- Centro Reabilitação do Norte, com vista à prestação de cuidados de saúde de Medicina Física e Reabilitação na região norte.

O CHVNG/E tem por missão prestar cuidados de saúde diferenciados e promover qualidade de saúde da população, em articulação com a rede do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e os vários níveis de cuidados. Ambiciona ser reconhecido como um hospital de referência, pela sua eficiência, inovação, responsabilidade e sustentabilidade, orientado para diferenciação crescente e criação de valor (SNS, 2023).

O Bloco Operatório Central da Unidade 1, localizado no piso 3, do Pavilhão Central é constituído por 8 salas operatórias e 1 recobro pós-operatório com capacidade máxima de 11 postos.

O serviço dispõe de áreas de apoio designadamente: área de pausa e refeições para profissionais; gabinete do enfermeiro gestor; armazém de material clínico; vestiário e instalações sanitárias; armazém de equipamentos e de material esterilizado; sala de sujos. O serviço de secretariado a funcionar no gabinete da Direção de Serviço, apoia o BO e Recobro.

Atualmente reúne o reconhecimento dos progressos obtidos em matéria de controlo, garantia e melhoria da qualidade, obtendo recentemente certificação e a acreditação da qualidade pela *Accreditation to Caspe Healthcare Knowledge Systems Healthcare Accreditation Standards* (CHKS).

Nesta primeira parte do estágio foram definidos os seguintes objetivos específicos:

1. Prestar cuidados de enfermagem perioperatórios especializados, centrados na pessoa/família, baseados na evidência científica, capacitando a pessoa e família/pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica:
 - 1.1 Promover a literacia do cliente cirúrgico e família /pessoa significativa;
2. Maximizar a segurança do cliente em situação perioperatória e da equipa:
 - 2.1 Promover a integração de novos elementos de anestesia com a criação de uma grelha de orientação, bem como a criação de uma academia de competências;
 - 2.2 Desenvolver estratégia conjunta de otimização do planeamento cirúrgico através de codificação de QR Code – projeto piloto;
3. Desenvolver projeto piloto na gestão dos riscos psicossociais dos enfermeiros perioperatórios.

1.2. Estágio em contexto de Bloco operatório - parte II

No sentido de obter o máximo de oportunidades de aprendizagem, investiu-se na diversidade experiências e contextos Perioperatórios. Assim, a segunda parte distribui-se por duas etapas: - estágio na UCA num Centro Hospitalar da Região Norte de Portugal e, posteriormente, por um estágio de observação num Centro Cirúrgico (CC) de uma Fundação em Lisboa.

A cirurgia de ambulatório apresenta vantagens clínicas, organizacionais, sociais e económicas que motivam o seu investimento (CHVNG/E, 2022), dispondo a UCA de três salas operatórias; um espaço de recobro destinado à fase de recuperação I, com cinco camas; recobro II, com capacidade de vinte camas, que inclui um espaço preparado para pernoita hospitalar (8 camas).

As especialidades cirúrgicas que desenvolvem atividade nesta Unidade são a Ginecologia, Urologia, Cirurgia Vasculuar, Estomatologia, Ortopedia, Neurocirurgia Otorrinolaringologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica e Cirurgia Pediátrica.

A área de admissão dispõe de secretariado, sala de consulta, sala de espera, vestiários de utentes e área de preparação do doente; gabinete para consulta de anestesiologia e, outro para consulta de enfermagem, uma sala de pensos (CHVNG/E, 2022).

Nesta segunda parte do estágio na UCA foram definidos os seguintes objetivos específicos:

1. Participar no processo de acreditação e de promoção da qualidade da Unidade de Cirurgia de Ambulatório

O Centro Clínico da Fundação em Lisboa é uma instituição médica, científica e tecnológica, considerada de direito privado de utilidade pública, na qual se desenvolvem programas avançados de educação médica e técnica, bem como, atividades de investigação aplicada; assente numa prestação de cuidados clínicos especializados de forma integrada, personalizada e interdisciplinar (Fundação Champalimaud, 2023).

É de realçar as condições físicas que proporcionam condições de trabalho relaxantes e agradáveis e, a existência de espaços interligados para promover a inspiração, o conforto e, convívio entre os diversos profissionais, clínicos e investigadores.

O Centro Clínico dispõe de um jardim exterior voltado para o rio Tejo, um jardim tropical interior e, um jardim zen (no espaço do hospital de dia). Dispõe de um auditório, restaurante exterior, anfiteatro, cafetaria e centro de exposições. Muitos quartos de internamento dispõem de condições excecionais de hotelaria, com vistas para rio Tejo com vistas para o jardim interior, estando equipados com camas elétricas, e projeção na parede dos canais de televisão.

Considerado como uma organização tecnológica de última geração com o intuito de se afirmar como líder mundial na inovação científica e tecnológica, visa com estas condições, alcançar os melhores resultados em termos de eficácia na gestão da doença, na sobrevivência e na promoção da qualidade de vida (Fundação Champalimaud, 2023).

O Centro Clínico organiza-se em sete unidades dedicadas ao tratamento e investigação: Unidade de Mama; Unidade do Pulmão; Unidade de Digestivo; Unidade de Ginecologia; Unidade de Urologia; Unidade de Dermatologia e Unidade de Hemato-Oncologia. As Unidades Multidisciplinares de Patologia, reúnem-se regularmente para elaboração do diagnóstico e tratamento personalizado.

Os doentes são encaminhados para o internamento ou para o Atendimento de Cuidados Intensivos e Recobro em funcionamento pleno, 24h/dia. Posteriormente em 2016, no piso 2, verifica-se a abertura do CC com 3 salas e recobro das 08h00 às 20h00 e, o recobro disponível 24h00.

Em todas as salas existe uniformização dos carros de anestesia e circulação e um carro com material de apoio ao posicionamento. O equipamento de vídeo e eletrocirurgia, como o ventilador estão suspensos.

Pelo corredor central, com carros rodados fechados, faz-se o circuito dos sujos, com acesso à zona dos sujos, sendo posteriormente depositados na zona de sujos exteriores ao bloco (os resíduos hospitalares) ou orientados para a central de esterilização (o instrumental cirúrgico).

Opostas a cada uma das 3 salas operatórias, separadas por um corredor, o CC dispõe de 3 salas de indução. A indução é iniciada só após o cirurgião realizar o *briefing* com a equipa.

A entrada dos profissionais é condicionada por meio de cartões de identificação, pelos vestiários. A entrada dos doentes pode ser efetuada por meio do internamento ou no próprio dia, via ambulatório.

Nestas salas de indução, realiza-se o teste diário do equipamento, do ventilador e, confirma-se material de suporte funcionante, como aspirador; confirmando-se igualmente no bloco operatório se o carro de urgência e de via aérea está operacional.

O enfermeiro de anestesia e assistente operacional entram meia hora mais cedo no bloco (07h30) para organizarem o seu plano diário (verificação de *checklists*, admissão do cliente, preparação da anestesia).

Procede-se à monitorização, punção venosa, conforto do doente com colocação de manta térmica e realização de indução anestésica. Posteriormente, o doente ventilado com insuflador manual a alto débito é transferido para a sala de operações. Por vezes, nesta sala otimiza-se o tempo cirúrgico, realizando outros procedimentos como a algaliação, colocação de sonda nasogástrica e monitorização de pressões invasivas.

Terminando a cirurgia, o enfermeiro de anestesia, anestesista e assistente operacional transferem o doente para o Atendimento de Cuidados Intensivos e Recobro, informando-se previamente de disponibilidade de vaga.

Neste estágio de observação foram definidos os seguintes objetivos específicos:

1. Conhecer o processo de integração e formação dos enfermeiros perioperatórios;
2. Compreender o papel dos enfermeiros perioperatórios em contexto de ambiente em constante inovação tecnológica

2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Os cuidados de Enfermagem, fruto da evolução técnica e científica, exigem maior diferenciação e a especialização. A competência e experiência são vetores chave neste processo.

A aprendizagem implica, experiência, resultante da prática, da observação e reflexão (Neves, Garrido, & Simões, 2015). Importa salientar os três pilares da competência: conhecimentos; habilidades e atitudes. Experiência, que é essencial para se obter conhecimento (Benner, 2001).

O enfermeiro especialista é, assim definido como o profissional *“a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”* (OE, 2019, p.4744), sendo dotado de competências comuns e específicas.

As designadas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, integram dimensões nucleares como a liderança, orientação, aconselhamento, da educação dos clientes e dos pares, investigação e a sua disseminação, contribuindo para o avanço e melhoria do exercício da enfermagem (OE, 2019).

Competências comuns *“são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”* (OE, 2019, p.4745).

Identificam-se de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2019), os seguintes domínios das competências comuns do enfermeiro especialista – explanando-se de seguida, como foram adquiridas - : domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, domínio da melhoria contínua da qualidade, domínio da gestão dos cuidados e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

Nos estágios, promoveu-se uma prática profissional, ética e legal, agindo em conformidade com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. Adotando-se uma conduta de respeito pelos direitos humanos e responsabilidades profissionais.

A aquisição e o desenvolvimento de conhecimentos científicos e técnicos, com a frequência em reuniões de ensino relacionados com o perioperatório, a partilha de experiências, promoveram a aquisição e atualização de conhecimentos, como por exemplo, em áreas altamente inovadoras como a cirurgia robótica, procedimentos cirúrgicos e anestésicos nas diferentes áreas de especialidade (ex. neurocirurgia; urologia; plástica; otorrino, entre outras). Estas experiências muito contribuíram para adquirirmos e desenvolvermos competências com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatória.

Neste percurso, investimos no trabalho em articulação com os restantes profissionais de saúde, em estreita colaboração e trabalho de equipa, conforme preconizado pelo Código Deontológico (OE, 2015) e, no seio da qual os enfermeiros executam intervenções autónomas (realizadas sob a sua única e exclusiva responsabilidade e iniciativa) e interdependentes (realizadas pelos enfermeiros de acordo com as suas respetivas qualificações em conjunto com outros profissionais) com o intuito de obter ganhos em saúde (DL n.º 161/96).

No contexto do Código Deontológico (OE, 2015), a relação dos enfermeiros do CC com os clientes e seus familiares é, reflexo de excelência dos cuidados do enfermeiro especialista em estreita simbiose entre domínio de competências tecnológicas, cumprimento de normas e relações humanas, num profundo respeito pela dignidade humana, promovendo o conforto e a humanização dos cuidados, numa situação de elevada vulnerabilidade física e emocional associada à doença oncológica.

Nos distintos campos de estágio procuramos por exemplo, promover o respeito pela intimidade, sigilo, confidencialidade e privacidade. No CC é de realçar o papel do enfermeiro em promover com a equipa, o respeito pela Diretiva Antecipada de Vontade efetuada no Registo Nacional do Testamento Vital; na qual o cliente *“manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente”* (Diário da República n.º 136/2012,2012, p. 3728).

Na nossa conduta, orientada pelo princípio da autonomia, princípio da beneficência e o princípio da não maleficência; reforça-se a promoção do “consentimento informado do respeito, promoção e proteção da autonomia da pessoa” (OE, 2015, p. 227). No exercício das funções, o enfermeiro especialista deve assim, respeitar a autodeterminação, a liberdade individual, a escolha pessoal e, promover a formação de uma vontade esclarecida.

Em contexto de estágio, tivemos a oportunidade de realizar a consulta de enfermagem pré-operatória da UCA; na qual os enfermeiros contactam a pessoa/família/convivente significativo, dão informação necessária sobre os cuidados a ter na fase pré, Intra e pós-operatória; empoderam o cliente no processo de tomada de decisão e sua participação, numa relação de

ajuda e empatia, com a possibilidade sempre presente de acolhermos as suas dúvidas e inquietações, fornecendo toda a informação necessária para o consentimento informado, livre e esclarecido, respeitando assim a Norma da Direção Geral de Saúde (2015) e o Código Deontológico de Enfermagem (DGS, 2015; OE, 2015).

A promoção de um correto posicionamento para a cirurgia e anestesia, a promoção do conforto, o cumprimento da Norma Cirurgia Segura Salva-Vidas e outras normas dos serviços, são exemplos extensíveis aos princípios da beneficência e da não maleficência que promovemos na realização dos estágios clínicos. Ao longo deste caminho, promovemos sempre uma conduta de respeito pela sua individualidade, pelas crenças e valores do cliente e, práticas de cuidados fomentando a segurança, o respeito pela intimidade e integridade.

Por fim, importa igualmente realçar que os avanços tecnológicos constantes, exigem esta prática de enfermagem perioperatória orientada para a ética do cuidado, holístico, centrada na pessoa e que deve prevalecer à proficiência tecnológica (Benze, Spruce, & Groah, 2021).

2.2. Melhoria continua da qualidade

A qualidade em saúde está associada à segurança dos cuidados e, pressupõe que se atenda às necessidades e expectativas do cliente, sendo concebida enquanto prestação de cuidados a um nível profissional ótimo, atendendo aos recursos disponíveis, conseguindo a adesão e satisfação do cliente e, afirma-se como uma garantia de sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) implicando uma melhoria da eficiência e da efetividade de acordo com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (Diário da República, 2.ª série, n.º 102 de 27 de maio de 2015).

No exercício das nossas funções e de acordo com o Código Deontológico, destacamos o artigo 76º, alínea a, segundo o qual é dever do enfermeiro *“exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana, pela saúde e bem-estar da população adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de Enfermagem”* (OE, 2015, p.30). Neste intuito, para a promoção da excelência do exercício, o ato profissional, devem *“adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas das pessoas”* (OE, 2015, p.91).

O domínio da melhoria contínua da qualidade integra três competências dos enfermeiros especialistas, designadamente o desenvolvimento de práticas de qualidade na colaboração em programas de melhoria contínua; ser dinamizador no desenvolvimento de iniciativas

institucionais na área da governação clínica e promover um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019).

No decurso dos estágios no desenvolvimento destas competências, constatamos que a gestão da qualidade nos diversos serviços apresenta distintos níveis de maturidade em relação à acreditação, amplamente dependentes da cultura organizacional, da liderança e da capacidade de operacionalização dos enfermeiros EMC - possuindo estes um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas e colaborativas na área da governação clínica.

O processo de acreditação demonstra reforçar a confiança dos cidadãos e, afirma-se como o reconhecimento público da qualidade organizacional alcançada em instituições como o CC e, no serviço da UCA.

No estágio da UCA foi possível colaborarmos no projeto institucional de acreditação, com a proposta de sugestões, realizamos *benchmarking* de sites internacionais de cirurgia de ambulatório, com a proposta de índice e conteúdos para site da UCA (ANEXO I). O site afirma-se como um elemento estratégico potencial enquanto ferramenta promotora de literacia em saúde e de empoderamento do cidadão.

Donabedian (2003) realça a importância dos indicadores enquanto representações quantificáveis da estrutura, processo e resultado, fundamentais à promoção da qualidade, pelo que se apresentou uma proposta à Direção da UCA para a sua recolha, análise e, divulgação integrado no processo de acreditação (ANEXO I).

Cuidados eficazes de alta qualidade exigem, igualmente a disponibilidade de boa informação (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016) pelo que se verifica um especial cuidado, consciência e incentivo, em particular pelos EEEMC em proceder à realização de registos, utilizando a linguagem classificada - a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Na promoção da qualidade, colaboramos sempre que possível e, constatamos nos diferentes estágios, que existem investimentos na:

- identificação clara dos papéis e responsabilidades dos elementos da equipa (ex. otimizar o uso de cartão de identificação e, apresentação do nome e função);
- monitorização regular dos indicadores de qualidade (com oportunidades de melhoria em termos de dar *feedback* regular às equipas, partilhando indicadores como a taxa de infeção, tempo de cirurgia e satisfação do cliente);
- uso de listas de verificação e protocolos padronizados (ex. realizar corretamente Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica com intuito de reduzir erros e melhorar a segurança do paciente);

- condições físicas, humanas e organizacionais (ex. dotações seguras e, fluxos efetivos de notificação, manutenção preventiva e correção de equipamentos).

A segurança dos cuidados de facto tem sido alvo de uma das principais metas relativamente à qualidade dos cuidados. Tendo em consideração o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026), verificam-se oportunidades de melhoria ou reforço de boas práticas na:

- comunicação clara e eficaz entre os profissionais do perioperatório (ex. utilizar comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde como técnica de ISBAR - *Identify, Situation, Background, Assesment, Recommendation*) (DGS, 2017);
- redução das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (ex. cumprindo com as normas do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências a Antimicrobianos) (DGS, 2017);
- segurança da medicação, identificação inequívoca de doentes, ocorrência de quedas, ocorrência de úlceras por pressão, e reconciliação terapêutica (ex.: adotar ferramentas para monitorização do risco de incidentes de segurança);
- atribuição de tempo para os profissionais perioperatórios se envolverem mais facilmente no planeamento e desenvolvimento de atividades específicas promotoras da qualidade de cuidados;
- interoperabilidade dos meios digitais (ex.: garantir a integração da informação clínica facilita a comunicação).

No CC e na UCA verificamos um investimento muito significativo na formação dos profissionais perioperatórios, com a definição de um plano de formação anual, integrando conteúdos relacionados com procedimentos cirúrgicos, anestésicos, organizacionais e, a segurança do doente. No CC tivemos oportunidade de frequentar por exemplo duas formações – uma relativa à monitorização da profundidade anestésica e, igualmente a prática de simulação cirúrgica (ex.: cirurgia robótica), bem como, a formação multidisciplinar com colaboração de peritos internacionais em cirurgia.

No sentido de aprofundarmos conhecimentos na área de segurança, frequentamos um curso online promovido pela Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (ANEXO II).

2.3. Gestão dos cuidados

As competências do domínio da gestão dos cuidados, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros integram a “*gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados*” (OE, 2019, p.4745).

Os enfermeiros são nucleares nas equipas multidisciplinares (Barra & Martial, 2019), e a liderança é necessária, estando associada à gestão dos cuidados (Spiva et al., 2020) e ao desempenho da equipa (Varallo et al., 2022).

A gestão de cuidados é promovida nos distintos campos de estágio por enfermeiros especialistas, tendo a oportunidade de acompanharmos enfermeiro gestores e enfermeiros especialistas responsáveis de turno.

Segundo as orientações da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro fundamenta a sua atuação profissional em conhecimentos científicos e técnicos, possuindo o enfermeiro especialista com funções de responsável de turno, um conjunto de competências (comuns e específicas na área da especialização) integrando-os com os conhecimentos do respetivo serviço; tal permite-lhe “*antecipar as respostas às necessidades dos cuidados, prevenir complicações, promover respostas adequadas e seguras*” (OE, 2017b, p.2).

No percurso dos estágios existiram diversas oportunidades de inspiração quanto ao nível de liderança, em particular na UCA, a enfermeira que nos integrou com competências técnicas e *soft skills* essenciais ao bom desempenho da equipa e à qualidade do serviço, e a sua capacidade de nos estimular a pensar e encontrar as melhores soluções e, numa perspetiva colaborativa com outros elementos da equipa – que muito contribuiu para o desenvolvimento da nossa identidade de enfermeiro especialista.

As *soft skills* impactam o sucesso dos colaboradores no ambiente de trabalho, entre estas competências interpessoais que suportam as competências técnicas, existem outras igualmente relevantes como, a motivação, a negociação e, a comunicação (Hartiti, Poddar & Bhaumik, 2020).

Neste campo de estágio, tivemos a oportunidade de apoiar a garantia das melhores práticas profissionais (com a atualização e realização de normas de boas práticas, ex. atualização ou desenvolvimento de novas instruções de trabalho); participamos: em reuniões para gestão de situações imprevistas e ou problemáticas na gestão dos cuidados e de risco clínico; na monitorização de indicadores (ex.: satisfação do cliente) e na gestão de recursos materiais e equipamentos (ex.: gestão eficiente de recursos materiais e adequados às necessidades dos cuidados, gestão de *stocks*).

Na participação da elaboração da instrução de trabalho, no âmbito do estágio da UCA, com um dos objetivos definidos: apoiar a UCA na aquisição de materiais com base em critérios de qualidade, propusemos em equipa, como critério a ter em consideração, o histórico de medidas corretivas dos equipamentos (ANEXO III - Impresso GEL- Equipamentos da UCA).

A promoção de dotações seguras está associada a níveis mais reduzidos de mortalidade e erros (Zaranko, 2022), sendo a dotação adequada, o nível de qualificação e competências destes fundamentais para garantir a segurança e qualidade dos cuidados de saúde e permitir uma adequação dos recursos humanos às necessidades de cuidados (OE, 2019).

A gestão de recursos humanos e o cumprimento das dotações seguras, a coordenação e a supervisão da prestação de cuidados e, a articulação com os diversos profissionais da equipa foram igualmente alguns desafios que vivenciamos nos campos de estágio.

2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

A evolução tecnológica lança desafios aos enfermeiros perioperatórios e a necessidade quer de *upskilling* como de *reskilling* ao longo da sua carreira, emergindo a necessidade na sua prática, que estejam atentos como a tecnologia pode impactar a prestação de cuidados seguros (Benze, Spruce, & Groah, 2021).

Durante o estágio do CC, assistimos a uma conferência na Fundação e à imersão de tendências inovadoras e promissoras em campos como:

- no cancro colo-rectal, a Plataforma de Biofotónica da Fundação tendo em consideração a fluorescência natural dos tecidos biológicos, desenvolve uma biópsia ótica que permite extrair toda a massa tumoral com segurança durante a cirurgia e, assim melhorar o prognóstico do doente (Gerschenfeld, 2022a);

- no cancro da mama, realiza-se supervisão remota em contexto cirúrgico numa experiência inédita, entre a Fundação e, a Universidade de Zaragoza, com recurso a transmissão de dados 5G e à realidade aumentada; a intervenção decorre remotamente e supervisionada em tempo real;

- o início da utilização do metaverso, investe na reprodução da realidade usando tecnologias como realidade virtual e, realizar cirurgias de precisão do cancro da mama (Gerschenfeld, 2022b);

- controlo inteligente da infeção, em que os dispositivos para desinfeção das mãos disponíveis nas paredes da Fundação, dispõem sensores que podem monitorizar o tempo e a frequência com que o colaborador o utilizou;

- utilização de cirurgia robótica no campo da cirurgia minimamente invasiva em procedimentos cirúrgicos urológicos e ginecológicos.

O progresso tecnológico perioperatório é extensível ao investimento em áreas igualmente promissoras, como uso de *Big Data* e o uso de análise massiva de informação na predição, *feedback* e apoio à decisão; o recurso de tecnologias de informação e de comunicação que permitem acesso e comunicação de registos eletrónicos; tecnologia de simulação utilizada no treino de competências e, o *e-learning* que facilita o ensino à distância (Huang, Brouqui & Boudjema, 2021).

A maioria dos incidentes relacionados com a tecnologia em bloco operatório encontra -se associada à falta de formação, podendo comprometer a segurança do doente (Andreia et al., 2018).

A gestão estratégica da formação é de expressiva relevância. O modelo de Kirkpatrick apresenta quatro níveis no contexto de formação que importa investir (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2009; Kirkpatrick 2006): Reação, nível 1 - visa avaliar as reações dos participantes na formação; Aprendizagem, nível 2 - formandos mudaram a sua atitude, aumentaram os seus conhecimentos e desenvolveram competências em decorrência da formação frequentada; Comportamento, nível 3 – avalia a mobilização ou não das competências adquiridas; Resultados, nível 4 – identifica que resultados foram atingidos alcançados, aferindo os efeitos no desempenho da organização; emergindo neste domínio – do nosso ponto de vista, a necessidade de se investir cada vez mais, nos últimos dois níveis em contexto organizacional.

Assim ao longo deste percurso, procuramos basear a *praxis* clínica especializada fundamentada na evidência científica e, “*alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação*” (OE, 2019, p. 4749).

Neste âmbito do desenvolvimento de aprendizagens profissionais e colaborativas, reforçamos a participação em cursos, bem como na disseminação dos conhecimentos emergentes dos resultados da investigação em enfermagem, designadamente: avaliação dos inquéritos de satisfação dos clientes da UCA (ANEXO V); investigação sobre Segurança Psicológica e riscos psicossociais em contexto perioperatório (apresentada no segundo capítulo); participação em formações de serviço (ex. *Bispectral Index* e cirurgia robótica); dinamização e partilha com a equipa na cocriação de soluções como Site da UCA (ANEXO I); manual de integração na UCA (ANEXO II); formação sobre cirurgia segura no BO orientada ao internato médico (ANEXO VI); participação no Congresso Internacional de Controlo de Infecção (ANEXO VII); comunicação no VI congresso da Ordem dos Enfermeiros (ANEXO IX); participação

na 5th *Champalimaud Cancer Nurse Conference*; realização do curso sobre compreender e gerir a segurança do cliente na prestação de cuidados hospitalares (ANEXO II).

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, importa de igual modo evidenciar, que o EEEMC desenvolva o autoconhecimento e a assertividade (OE, 2019), tendo nos distintos campos de estágio reunido oportunidade de reforçar estas competências.

Importa realçar que realizamos neste domínio, uma formação sobre *soft skills* no CC, e a importância da autorregulação emocional/autodomínio, autoconsciência, empatia e talento nas relações interpessoais, sensibilizando a equipa como estas podem interferir no relacionamento quer com o cliente como com a equipa multidisciplinar (ANEXO VIII).

3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

A área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória exige competências especializadas no cuidado à pessoa - em vulnerabilidade física e emocional, e à família/pessoa significativa, a vivenciarem experiência cirúrgica/anestésica, promovendo a garantia da segurança concordante com a consciência cirúrgica (OE, 2018).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018), a vulnerabilidade expressa a desproteção e a exposição a riscos e, traduz-se na incapacidade da pessoa se proteger a estes riscos com os seus próprios recursos, recaindo noutra pessoa – em sua substituição, a sua defesa. Nesta conduta, o enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória age, congruente com as suas competências e responsabilidades éticas e morais, legais para com a pessoa e equipa, agindo sempre em seu benefício e com consciência cirúrgica, autonomamente de pressão externa.

De acordo ainda com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018, p. 19366):

“Os cuidados de enfermagem nesta área de especialização são dirigidos aos projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença. A intervenção do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória desenvolve - se em cinco áreas de atuação complementares entre si: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos.”

Importa referir que a análise crítico reflexiva acerca do desenvolvimento das competências específicas de enfermeiro especialista à pessoa em situação perioperatória terão por base a análise dos objetivos específicos delineados para os estágios, na medida em que estes estão igualmente intrinsecamente associados ao desenvolvimento das competências específicas.

3.1. Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/convivente significativo

A qualidade dos cuidados perioperatórios são otimizados com cuidados de enfermagem especializados, que respeitam os clientes e a sua dignidade e, promovam a partilha da tomada de decisão do cliente - assumindo-se este, como um parceiro estratégico dos profissionais de saúde (Jaensson, Dahlberg & Nilsson, 2019).

A promoção de competências específicas inerentes ao exercício do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem perioperatória, nos distintos campos de estágio, operacionalizam-se, pela promoção de uma relação de empatia e de ajuda com a pessoa e respetiva família/pessoa significativa no peri, intra e pós-operatório.

Na consulta de enfermagem pré-operatória da UCA, por exemplo, na relação de ajuda do profissional com a pessoa e família/pessoa, desenvolvem-se competências específicas definidas pela OE (2018) para a gestão da experiência cirúrgica, identificando as suas necessidades e, a elaboração de um plano de intervenção personalizado, que assegura que o cliente compreende a informação que lhe é facultada para a tomada de decisão e, possibilitando a comunicação expressiva das suas emoções e a sua capacitação.

Neste sentido apresentamos o **objetivo específico**: *Prestar cuidados de enfermagem perioperatórios especializados, centrados na pessoa/família, baseados na evidência científica, capacitando a pessoa e família/pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica, promovendo a literacia do cliente cirúrgico e família /pessoa significativa.*

A literacia em saúde ancorada no desenvolvimento de competências e na tríade: 1) conhecimentos (saber); 2) capacidades (fazer); 3) atributos e atitudes (ser) (Vaz de Almeida, 2023), promove o empoderamento do cliente e/ família/pessoa significativa.

Sorensen et al. (2012, p.3) define literacia em saúde como:

“o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida durante todo o ciclo de vida.”

Um contexto de transição - como é a experiência cirúrgica - gerador de vulnerabilidade, pode produzir efeitos negativos sobre o estado de saúde e, expressivos de ansiedade, angústia, medos e receios; os quais a promoção da literacia pode melhor apoiar o cliente e/ família/pessoa

significativa, capacitando-o e minimizando o seu *distress* emocional associado (Oliveira et al., 2022; Gümüs 2021).

A consulta de enfermagem pré-operatória da UCA constitui uma oportunidade de participarmos na promoção da literacia do cliente e família/pessoa significativa e, possibilitando a sua capacitação, autogestão e, recuperação.

Com o intuito de promover a literacia em saúde em contexto da UCA, foi realizado uma reunião com a direção clínica e gestão de enfermagem, para a possibilidade de *co-design* de um site, em que foram elaborados e propostos alguns conteúdos e sugestões, que otimizassem a experiência cirúrgica (antes da cirurgia, dia da cirurgia, anestesia e, depois da cirurgia), empoderando o cliente e família/pessoa significativa e, contendo igualmente mensagens positivas, promotoras da humanização dos cuidados, reforçando a preocupação da equipa pelo seu bem estar (ANEXO I).

Numa visão integrada da prática de enfermagem especializada, no *co-design* do site da UCA investimos de igual modo, para a pertinência da disponibilização da informação tanto para o cliente adulto como informação para os pais e crianças com um vídeo do circuito perioperatório; reforçando o cumprimento da legislação vigente e políticas institucionais no envolvimento dos pais das crianças submetidas a cirurgia, num ambiente acolhedor, confortável e que possibilita os pais acompanharem os seus filhos e informando-os de todas as etapas, numa linguagem clara e simples e, evidenciando o papel dos enfermeiros perioperatórios numa equipa multidisciplinar colaborativa.

A promoção da literacia no percurso dos cuidados perioperatórios é uma realidade nos distintos campos de estágio, incluindo no estágio no Centro Hospitalar da Região Norte de Portugal quando realizamos a visita pós-operatória da dor aguda, na qual o cliente é capacitado a gerir melhor o controlo da sua dor, incentivando-se o correto uso da *Patient Controlled Analgesia*, empoderando-o neste processo.

Nesta visita, o envolvimento da família/pessoa significativa é uma realidade, ajudando igualmente os próprios profissionais de saúde a melhor gerir a dor – em particular em clientes mais vulneráveis como por exemplo, idosos, crianças, com limitações cognitivas ou doença psiquiátrica. Nesta interface, promove-se a comunicação com a equipa multidisciplinar dos serviços e, tendo o cliente e a sua família/pessoa significativa como principais aliados na gestão da dor aguda.

A comunicação afirma-se assim, como um pilar fundamental para a prestação de cuidados, presente não apenas na promoção da literacia e, essencial na promoção da relação de ajuda efetiva, como na própria transmissão de informação entre os próprios profissionais na transição de cuidados; pelo que elaboramos um folheto informativo para ser disponibilizado pelo

departamento de comunicação e imagem do Centro Hospitalar da Região Norte de Portugal no ambiente de trabalho dos computadores do serviço afim de se reforçar a utilização da metodologia ISBAR (*Identify, Situation, Background, Assesement, Recommendation*) na prática da enfermagem.

Nos distintos campos de estágio foi possível desenvolver esta competência de comunicação em saúde, que de forma clara e concisa possibilita a estruturação da informação relevante, seguindo a sequência: I – identificação, S – situação atual, B – antecedentes, A – avaliação e R – recomendações (Figueiredo et al., 2020).

Segundo a DGS (2017) a comunicação eficaz entre profissionais de saúde deve ser padronizada com recurso a esta técnica. Este instrumento promove a segurança do cliente em situações de transição de cuidados, ao possibilitar assim, uma melhoria do processo de transmissão da informação de forma padronizada (Figueiredo et al., 2020).

Embora existam oportunidades de melhoria em contexto da prática de enfermagem e na utilização do ISBAR pelas equipas - a mesma reconhece a sua importância; existindo abertura no contexto dos estágios para a sua promoção, como para, uma melhor otimização de uma barreira à comunicação como é o ruído em contexto perioperatório.

AORN (2017) salienta existirem falhas da comunicação durante a cirurgia provocadas pela música e o ruído da sala de operações. Ruído e comunicações verbais irrelevantes são prejudiciais ao desempenho cirúrgico e funcionamento da equipa (McLeod et al., 2021).

Em contexto de bloco operatório múltiplas são as fontes de ruído e distração, quer a nível tecnológico e ambiental (ex. equipamentos pessoais como telemóveis, computadores, dispositivos de música, equipamentos/dispositivos médicos; monitores/alarmes clínicos, equipamentos metálicos/instrumentos, condições ambientais – como a ventilação), como a nível comportamental (conversações relacionadas ou não com casos clínicos, atividades de prestação de cuidados, *multitasking*, *staff* a entrar e a sair das salas de operações) (Feil, 2017; Joint Commission, 2017).

Atendendo às recomendações da Joint Commission (2017) mobilizamos em contexto de estágio as seguintes intervenções: sensibilizar os pares para fontes de ruído e, potencial impacto na segurança do cliente; durante fases críticas dos procedimentos procuramos cumprir com uma “zona de não interrupção”, evitando conversas desnecessárias e atividades distratárias. As fases críticas incluídas, são as referentes a: indução e o despertar da anestesia; *time-out*; manuseamento de espécimes; confirmação e abertura de implantes e, contagens cirúrgicas. Contactamos o serviço de equipamentos do Centro Hospitalar da Região Norte de Portugal para a possibilidade, quando oportuna de monitorizar o ruído em contexto de sala de operações e recobro de forma a dar evidência junto da equipa e, se promoverem medidas corretivas.

Por sua vez, no âmbito ainda da comunicação, importa salientar para a importância dos registos de enfermagem, os quais promovemos em contexto dos distintos estágios. Os registos de enfermagem, contemplam a utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®, fundamentais para promover melhores cuidados e ganhos em saúde ao assegurar comunicabilidade entre os profissionais de saúde, possibilitando uma melhor garantia da continuidade dos cuidados (Nascimento et al., 2021).

Nos distintos campos de estágio, verificamos existir diferentes programas informáticos para se proceder aos registos (ex.: *Sclinico*, *PatientCare*, *SNSurgiNet*) e uma significativa ausência de interoperabilidade. Neste domínio, existe igualmente potencial de oportunidades para uma análise mais significativa, da mensurabilidade dos ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem – de forma a melhorar os cuidados de enfermagem e contribuir para a sua visibilidade profissional (Nascimento et al., 2021).

A OE (2007) reforça para a importância dos registos de enfermagem para as decisões clínicas, a continuidade e a qualidade dos cuidados, como para a gestão, a investigação e a formação, pelo que em contexto dos estágios investimos nos registos.

No âmbito da promoção dos cuidados à pessoa em situação perioperatória, durante os estágios, promovemos numa relação de empatia e zelo, bem como, proporcionamos conforto ao cliente durante o perioperatório. Para a prevenção da hipotermia, por exemplo, utilizamos insufladores de ar quente para cirurgias superiores a 30 minutos, com monitorização da temperatura corporal regular. Prevenimos lesões e complicações decorrentes dos diferentes posicionamentos, recorrendo à evidência científica e aos materiais disponíveis em contexto perioperatório; responsabilizamo-nos assim, pela promoção da privacidade, conforto, integridade e cumprimento da vontade expressa do cliente, até que este tivesse capacidade para os assegurar, conforme são as competências específicas descritas pela OE (2018).

A hipotermia inadvertida no perioperatório apresenta uma incidência entre os 20 a 70% (Ruetzler & Kurz, 2018). A inibição das respostas fisiológicas termorreguladoras associada à anestesia e a exposição do doente às baixas temperaturas do bloco operatório contribuem para a hipotermia, ou seja, temperatura central inferior a 36°C (Azenha et al., 2017). A hipotermia promove maior risco de infeções do local cirúrgico, comprometimento da farmacodinâmica, perda de sangue e coagulopatia, ansiedade pelo desconforto térmico, recuperação prolongada e, risco maior de hospitalização prolongada (Simegn et al., 2021; Ruetzler & Kurz, 2018).

O ruído associado à insuflação de ar quente na sala de operações, a disponibilidade de equipamentos e dinâmica organizacional são alguns dos fatores que identificamos que condicionam o sucesso da prevenção da hipotermia. Existe campo igualmente de otimização para a prevenção da hipotermia, a nível do aquecimento ativo antes da indução anestésica nos

10 a 30 minutos antes da cirurgia; na monitorização da temperatura prévia à entrada do cliente no bloco operatório e, se temperatura pré-operatória do cliente inferior a 36°C proceder a aquecimento com ar forçado quente – enfermaria ou urgência (desde que não se identifiquem razões para acelerar o processo cirúrgico) (Azenha et al., 2017).

No âmbito dos distintos campos de estágio, procuramos investir nas diferentes áreas perioperatórias, e agir com pertinência em particular na consulta perioperatória, anestesia, circulação, e cuidados pós anestésicos, executando intervenções de enfermagem com base no conhecimento especializado, na experiência profissional e evidência científica; preparando-nos igualmente para executar intervenções de enfermagem em resposta a situações de maior complexidade, imprevisibilidade e vulnerabilidade conforme aliás são as competências específicas inerentes ao exercício do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem Perioperatória (OE, 2018).

Neste exercício, procuramos durante os estágios promover a verificação da lista de procedimentos com vista à segurança da cirurgia, existindo de igual modo neste domínio oportunidades de otimização da sua utilização. Apesar do objetivo da lista de verificação com vista à segurança cirúrgica da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009) visar a melhoria da segurança e da cirurgia e, reduzir as complicações, morbidade e mortalidade ao promover comunicação, melhor trabalho em equipa e consistência dos cuidados (Haugen, Sevdalis & Sjøfteland, 2019), identificamos alguns desafios que importa atender em contexto organizacional.

Importa continuar a investir na comunicação e colaboração, promovendo formação interdisciplinar (Neuhaus et al., 2021), reforçar que há evidência que a utilização da lista de verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) não despande mais tempo de bloco operatório (Batista et al., 2023) e, emergindo o reconhecimento cada vez mais crescente, sobre o uso de listas de verificação como *golden standard* de boas práticas. Já Haugen, Sevdalis e Sjøfteland (2019) salientam para as dificuldades em atrair a atenção dos membros da equipa e, o omitir itens ao realizar a lista de verificação, ou de forma administrativa são desafios reais que necessitam de ser abordados e compreendidos.

A implementação da LVSC compreende três momentos específicos, designadamente: “Antes da indução anestésica” ou “*Sign-in*”; “Antes da incisão da pele” ou “*Time-out*” e, “Antes do doente sair da sala de operações” ou “*Sign-out*”, envolvendo o cliente sempre que a situação o permita e, assegurando que se complete as verificações antes de proceder para a fase seguinte (OMS, 2019).

A OMS (2009), elege a segurança cirúrgica como um dos grandes âmagos da saúde pública, que exige comunicação, sistematização, trabalho em equipa e, partilha de estatísticas vitais;

definindo-se entre os principais desafios: erros de medicação; cirurgia realizada no lado errado; no doente errado; procedimento errado; prevenção da hemorragia; do tromboembolismo; da infeção do local cirúrgico (ILC), hipotermia, quedas, úlceras de pressão, retenção inadvertida de dispositivos médicos.

A aplicação da lista de verificação em todas as intervenções cirúrgicas nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) faz parte da dinâmica de conformidade dos distintos campos de estágio. Com o intuito de continuar a reforçar a sua adesão de acordo com a Norma n.º 2/2013, de 12 de fevereiro de /2013 e as orientações para a sua implementação da Direção-Geral da Saúde (2015), realizamos formação aos médicos internos do Centro Hospitalar da Região Norte de Portugal, a qual se relevou de enriquecimento colaborativo, proporcionado pelo reconhecimento e reflexão sobre a importância do programa "Cirurgia Segura, Salva-Vidas" (ANEXO VI).

3.2. Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica

O contexto perioperatório é marcado por uma necessidade constante de aprendizagem perante o contínuo desenvolvimento científico e tecnológico, exigindo a aquisição de novas competências ou o aperfeiçoamento e atualização de outras, alicerçadas no conhecimento científico para maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica. Neste sentido, definimos o **objetivo específico**: *Promover a integração de novos elementos de anestesia com a criação de uma grelha de orientação, bem como a criação de uma academia de competências.*

O elevado risco associado aos cuidados perioperatórios decorrente da vulnerabilidade da pessoa, dos procedimentos realizados e da complexidade do ambiente e recursos disponíveis exigem a mobilização de competências que zelem pela segurança da pessoa e dos profissionais, orientados pela ética profissional (OE, 2018).

O processo de integração é fundamental numa adaptação eficiente, rápida e uma prática de qualidade; necessitando de um plano de integração individualizado e estruturado com acompanhamento supervisionado (OE, 2017b) que a AESOP (2006) com base no nível de experiência profissional identifica: enfermeiros sem experiência profissional (1 ano e meio); enfermeiros com experiência profissional (1 ano) e enfermeiros com experiência em bloco operatório (6 meses); sendo indispensável um período de integração nunca inferior a 6 meses

para adquirir um conjunto standard de *hard* e *soft skills* (competências técnicas e não técnicas) (OE, 2017b).

O processo de integração, de acordo com a AESOP (2012) apresenta distintos e flexíveis tempos de integração: uma fase acolhimento/observação de um mês (que facilita a adaptação e na qual o enfermeiro tem contato com normas e funcionamento de serviço; funções a executar); enfermeiro de anestesia, com a duração de dois meses (desenvolvimento de competências neste domínio específico); enfermeiro circulante com a duração de três meses e, enfermeiro instrumentista, com a duração de seis meses.

Neste contexto, participamos com a equipa responsável do bloco central do Centro Hospitalar da Região Norte de Portugal e, posteriormente da UCA no manual de integração no bloco operatório (ANEXO IV), com o intuito de facilitar o acolhimento, orientação e integração de novos elementos. Pupkiewicz, Kitson e Perry (2015) salientam para a importância dos programas de integração perioperatória serem mais estruturados a fim de dar a oportunidade aos enfermeiros aprimorarem a sua prática sobre técnicas e instrumentos. Este manual explana a missão, visão e valores do Centro Hospitalar da Região Norte de Portugal, informação sobre o seu funcionamento, as funções, o *timing* proposto da integração; intenta dar autonomia aos colaboradores em integração de forma a se sentirem motivados e confiantes a proporcionar cuidados de enfermagem seguros e, de excelência nas distintas áreas perioperatórias.

Afim, de maximizar a segurança em contexto perioperatório, apresentamos e discutimos com os enfermeiros gestores e alguns elementos responsáveis pela integração a possibilidade de criação – no âmbito da integração - de um projeto de academia de competências perioperatórias (ANEXO X) com um tronco comum a todos os profissionais da equipa pluridisciplinar (ex.: apresentação da academia de competências e do processo de Integração; princípios de assepsia/ controle de infeção/ postura no bloco operatório - elaborados pelo grupo local da PPCIRA; saúde ocupacional; segurança e gestão de risco/ qualidade em saúde; *soft skills* e, uma academia de competências – anestesia, com conteúdos a serem disponibilizados *online* sobre equipamentos, monitorização invasiva e não invasiva; procedimentos anestésicos, anestesia por especialidades; prevenção do risco e gestão de eventos críticos em anestesia; gestão da dor; cuidados pós operatórios. Os conteúdos *online* são complementados por *workshops* (ex.: via aérea difícil; suporte avançado de vida) e instrumentos de orientação, incluindo também na prática a análise critico-reflexiva (ex.: *debriefing*). Neste processo, colaboramos na construção de instrumentos de orientação e avaliação (ANEXO XI).

O envolvimento e a disponibilidade de colaboração da direção do serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar da Região Norte de Portugal foram reunidos, existindo interesse de participação igualmente dos médicos internos de anestesiologia no *co-design* dos conteúdos.

Tendo-se dado, um passo significativo na definição da concetualização da academia, numa perspetiva que promove também a cooperação multidisciplinar ao longo do tempo.

Com o intuito não só de promover a integração de novos elementos, pensamos desenvolver uma estratégia no sentido que também promovesse uma otimização da gestão e o controlo dos materiais e equipamentos utilizados no perioperatório.

Para a promoção da maximização da segurança em contexto perioperatório, definimos desta forma o **objetivo específico**: *desenvolver uma estratégia conjunta de otimização do planeamento cirúrgico através de codificação de QR Code – projeto piloto.*

Disponibilizar treino aos diferentes colaboradores em contexto de serviço sobre a importância da segurança acompanhado de estratégias que forneçam informações preliminares sobre a cirurgia e evitem conflitos da equipa, eliminando deficiências materiais potenciam a perceção dos enfermeiros sobre a segurança (Soyer & Altinbaş, 2023).

Desenvolvemos assim um projeto, com um grupo de peritos constituído por um engenheiro informático, enfermeiro gestor, enfermeiros e médico de urologia codificador e, duas colegas do presente mestrado, dando continuidade à ideia originalmente gerada no bloco operatório da Unidade II do Centro Hospitalar da Região Norte de Portugal. Os objetivos definidos são: otimizar a gestão do planeamento cirúrgico; promover a acessibilidade da informação e, facilitar a interpretação da codificação cirúrgica.

O QR Code é digitalizado pela câmara de um telemóvel para desencadear uma ação específica, como um site oferecendo rápido e fácil reconhecimento de informação (Sharara & Radia, 2022).

Elaboramos assim, uma listagem com material cirúrgico e equipamentos necessários para cirurgia urológica: Ressecção Transuretral de Bexiga, apresentando informação rápida e simples, com documentação visual por foto, disponível para enfermeiros e assistentes operacionais. Posteriormente, geramos um QR Code com o departamento de informática do Centro Hospitalar da Região Norte de Portugal e o qual disponibilizamos no plano cirúrgico de urologia durante dois meses, anexando o código no plano cirúrgico sempre que surgia um cliente a ser submetido a Ressecção Transuretral de Bexiga (ANEXO IX). Realizamos uma apresentação à equipa de enfermagem do Centro Hospitalar da Região Norte de Portugal e, estendemos o convite à participação dos assistentes operacionais.

No final dos 2 meses de implementação avaliamos a perceção da equipa multidisciplinar sobre Projeto Piloto de Otimização do Planeamento Cirúrgico com QR Code em cirurgia urológica. Os resultados sugerem ganhos, designadamente pelo fato do QR Code cirúrgico: - facilitar o processo de integração; - minimizar falhas associadas ao planeamento cirúrgico e, ao

promover a segurança e qualidade dos cuidados; - reunindo interesse em escalar a outras especialidades cirúrgicas.

Contudo, questões financeiras (pelo tempo necessário à elaboração dos conteúdos e informáticas (relacionadas com a falta de interoperabilidade dos sistemas de codificação cirúrgica) constituem-se como os principais desafios a ultrapassar no futuro. A otimização das potencialidades deste sistema pode contemplar no futuro, vídeos com técnica cirúrgica e, particularidades de acordo com a equipa cirúrgica; refletindo-se numa ferramenta com significativas potencialidades no perioperatório.

Os contextos de estágio possibilitaram a definição do **objetivo específico**: *desenvolver projeto piloto na gestão dos riscos psicossociais dos enfermeiros perioperatórios.*

A OE (2018) refere para a importância do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória demonstrar consciência cirúrgica na promoção de um ambiente de trabalho seguro para todos os intervenientes no período perioperatório, promotor da saúde e da segurança do cliente e profissionais. Neste contexto, com o acolhimento institucional da direção da UCA e enfermeira gestora, contactamos o serviço de psiquiatria e, com dois médicos internos planeamos uma intervenção psicoeducativa conjunta para a promoção da saúde mental dos enfermeiros perioperatórios do Centro Hospitalar da Região Norte de Portugal com o intuito de incrementar a sua resiliência (ANEXO XII).

A satisfação dos enfermeiros impacta a qualidade dos cuidados de enfermagem, influenciando o seu desempenho (Silva et al., 2022) pelo que importou atender à sua promoção.

No contexto da UCA definimos o **objetivo específico**: *participar no processo de acreditação e de promoção da qualidade da Unidade de Cirurgia de Ambulatório.*

No estágio da UCA tivemos uma experiência muito positiva no processo de acreditação da CHKS; colaboramos com a direção e a equipa da UCA na elaboração de normas e, avaliação dos inquéritos de satisfação dos clientes.

A promoção da gestão e controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório enquanto competência específica do enfermeiro especialista na área de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória (OE, 2018) é ilustrada pela proposta da criação do Gestor do Equipamento Local (ANEXO XIII); elaboração da Instrução de Trabalho "Notificação e Gestão de Equipamento em Inconformidade" (ANEXO XIV) e, Impresso do GEL - Equipamentos da UCA (ANEXO III) – assegurando que os equipamentos são utilizados de acordo com as instruções do fabricante e, estão íntegros, funcionais e disponíveis.

Com estas medidas pretendemos promover a segurança e qualidade dos cuidados perioperatórios, garantir a rastreabilidade dos dispositivos médicos; controlo do reprocessamento de equipamentos de dispositivos médicos de uso múltiplo e, atualizar a equipa

sobre a utilização segura dos dispositivos, em conformidade com as competências específicas da OE (2018). A identificação das medidas corretivas e preventivas dos equipamentos e, o seu histórico permite obter através da ficha do GEL informação relevante para a aquisição futura de dispositivos médicos.

Conscientes da importância das *checklists* (Chaparro et al., 2019) colaboramos na instrução de trabalho de Verificação das Condições de Segurança da sala de operatória e recobro 1 (ANEXO XV) e, na revisão das respetivas *checklists* com o intento de garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados, normalizar processos de verificação.

No âmbito da UCA, promovem-se igualmente boas práticas no sentido de prevenir a retenção inadvertida de itens quantificáveis no local cirúrgico (exemplo, lista de verificação de cirurgia segura), a correta colheita e gestão de tecidos orgânicos para análise e, seguindo os protocolos e, as instruções do fabricante na utilização de dispositivos médicos (procedendo à sua correta documentação).

Agimos neste intento com consciência cirúrgica, prudência e precaução, numa atitude de prevenção. com o objetivo de evitar um evento adverso prejudicial ao cliente ou equipa em consonância com as competências da OE (2017b).

Um indicador da qualidade em saúde é a satisfação do cliente (Kumar et al., 2023) pelo que analisamos os inquéritos de satisfação dos clientes da UCA. Na formação de serviço, apresentamos os resultados à equipa (ANEXO V). Esta apresentação demonstrou ser muito útil para reforçar e dar *feedback* dos elevados níveis de desempenho neste domínio, como possibilitou refletir sobre todos os comentários dos clientes – atendendo em particular, aos menos positivos, que são especialmente reduzidos e, pensar em conjunto estratégias para a promoção da continuidade da excelência dos cuidados.

No âmbito de uma governança clínica orientada para o cliente no centro do sistema (CHKS, 2018) e, de transparência, na proposta da elaboração do site da UCA (ANEXO I) com base em *benchmarking* e com a Direção da UCA, refletimos sobre a importância da partilha de indicadores com o cliente.

Os indicadores enquanto representações quantificáveis da estrutura, processo e resultado, proporcionam informações, que exigem análise e interpretação para promover qualidade em saúde (Donabedian, 2003). O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 desafia todas as organizações de saúde a definir um plano de atividades e definir indicadores para a sua monitorização (Despacho n.º 9390/2021).

Na proposta de índice e conteúdos para site da UCA, incluímos alguns indicadores de qualidade como os tempos máximos de resposta garantida; taxas de reintervenções nas primeiras 24h, taxa de mortalidade, taxa de cancelamento cirúrgico e imprevistas nas primeiras

24h, e, indicadores de produção como volume de atividade cirúrgica com o intuito de fomentar a confiança do cliente. Para a Entidade Reguladora de Saúde (ERS) atendem-se na UCA outros indicadores, como por exemplo, seleção de profilaxia náuseas e vômitos; registos regulares de intensidade da dor em CA; dor moderada a máximos pós cirurgia; ensino e orientação na alta; avaliação pós-operatória nas 24h após a alta (ERS, 2022).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020 (Ministério da Saúde, 2015) reforça a necessidade de se avaliar a qualidade organizacional, clínica e da segurança dos indicadores com base em indicadores e, para a divulgação de indicadores internacionalmente reconhecidos afim, de se promover informação transparente ao cliente e a sua capacitação.

A sugestão de partilha dos dados de satisfação do cliente - no site proposto para a UCA, bem como partilha das estatísticas vitais e a demonstração dos resultados das auditorias por exemplo, à Higiene das Mãos, reuniu igualmente interesse (ANEXO I).

No processo de acreditação da CHKS (2018) foram igualmente trabalhados pela equipa da UCA, outros indicadores e normas por exemplo para: educação, formação e desenvolvimento do pessoal; gestão do risco; gestão do risco clínico e da segurança do cliente, entre outras.

Em Portugal, a infeção do local cirúrgico (ILC) afirma-se como uma das infeções mais prevalentes (Mota et al., 2021), traduzindo-se em custos significativos para o próprio, com implicação nos resultados clínicos e aumento dos custos hospitalares (Mota & Castilho, 2019).

A consulta de enfermagem pré-operatória na UCA possibilitou aprendermos a ter um papel significativos e ativo na promoção da literacia do cliente e familiar/pessoa significativa (por exemplo para a sua capacitação sobre a importância do banho pré-cirúrgico e prevenção da infeção) e a consulta pós-cirúrgica dos 30 dias, revela-se de especial relevância na obtenção de indicadores associados à qualidade dos cuidados e incidência da ILC.

Fundamentados pela evidência científica e com o objetivo de promover a SC, atendemos a estratégias de prevenção e controlo de infeção, assegurando o cumprimento dos princípios de assepsia e controlo da contaminação, de acordo com as práticas recomendadas; elaboramos na UCA um folheto sobre a campanha STOP Infeção Hospitalar (ANEXO XVI), com intuito de reforçar para a necessidade de melhorar a prática de higiene das mãos e o cumprimento dos cinco momentos divulgados pela OMS, a ser disponibilizado oportunamente pelo departamento de comunicação e imagem do Centro Hospitalar da Região Norte de Portugal. O enfermeiro especialista, favorece desta forma, a gestão de uma consciência cirúrgica para a promoção de um ambiente seguro, junto da equipa multidisciplinar.

Orientados pela norma clínica da DGS atualizada em 2022, atendemos nos cuidados perioperatórios ao “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da ILC, designadamente: realização de tricotomia quando estritamente necessária e imediatamente antes da intervenção cirúrgica;

administração de antibiótico prescrito de forma profilática nos 60m antes da incisão cutânea e, repicagem se indicado; utilização de solução antisséptica de Clorexidina a 2% em álcool a 70% para a antissepsia da pele do doente imediatamente antes da incisão em conformidade com as instruções do fabricante; garantir normotermia (temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$); normoglicemia (≤ 180 mg/dl); oxigenoterapia (manter SpO2 igual ou superior a 95%) nos clientes com função pulmonar normal e, cumprir com técnica asséptica na realização do penso.

A promoção da confirmação da esterilização dos dispositivos médicos, o cumprimento da manutenção e higienização ambiental, a manutenção da técnica asséptica cirúrgica e a colaboração na redução do tempo cirúrgico foram igualmente atendidos nos distintos campos de estágio para a prevenção da ILC, cumprindo com as competências específicas do EEEMC na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória de acordo com as competências definidas pela OE (2018).

Por fim, no âmbito do estágio no CC definimos os seguintes **objetivos específicos**: conhecer o processo de integração e formação dos enfermeiros perioperatórios e, compreender o papel dos enfermeiros perioperatórios em contexto de ambiente em constante inovação tecnológica.

Neste percurso, tivemos a oportunidade de realizar um estágio de observação numa instituição líder no tratamento cirúrgico de pessoas com doença oncológica.

As condições físicas excecionais tanto para os clientes como para os profissionais, a gestão de recursos humanos – com a garantia das dotações seguras e, investimento na sua formação e desenvolvimento profissional, os incentivos financeiros, a organização e o planeamento cirúrgico (ex. com a otimização de recursos e a dinâmica dos horários dos colaboradores; o planeamento cirúrgico para o dia seguinte com a reunião de materiais necessários; a entrada antecipada no turno da manhã do enfermeiro de anestesia e assistente operacional para melhor desempenho da equipa; o sistema inteligente de gestão de consumos de acordo com a cirurgia; a disponibilidade de recursos materiais; a liderança da gestão/coordenação) - contribuem para a eficiência, a segurança e qualidade dos cuidados, a satisfação do cliente e, a promoção da motivação dos enfermeiros perioperatórios.

O CC evidencia elevados padrões de humanização dos cuidados e a garantia pelo respeito da dignidade e, conforto do cliente e sua família/pessoa significativa, estendendo-a ao bem-estar dos seus colaboradores.

O processo de integração dos enfermeiros do perioperatório no CC é altamente valorizado, com a disponibilização de um manual de integração – e oportunidades de desenvolvimento profissional com a aquisição de competências perioperatórias em enfermagem de anestesia, circulação e instrumentação; assegurando todos os colaboradores do CC exercem estas funções; sendo este processo de integração vital para a promoção de cuidados com segurança.

A promoção de formação e desenvolvimento profissional é uma evidência no CC com oportunidades de desenvolvimento em contexto internacional, por exemplo a nível da robótica e o uso de outras tecnologias no perioperatório; incentivando-se a formação, estágios, a colaboração e partilha de experiências entre peritos – internacionais e nacionais, na área de especialidade.

Uma das formações que tivemos oportunidade de assistir foi sobre a utilização do *Bispectral Index* reforçando o nosso conhecimento sobre o assunto e, a importância de se manter o nível anestésico a um nível adequado para que o cliente não se lembre da cirurgia (Galante & Melchionda, 2019). Destacamos outra formação que nos enriqueceu e cativou o nosso particular interesse, sobre cirurgia robótica, a qual nos levou a refletir sobre esta tecnologia inovadora no tratamento do cancro, utilizada no intra-operatório.

A cirurgia robótica, com o sistema *Intuitive Surgical da Vinci Xi* é definida como uma tecnologia minimamente invasiva, de alta precisão, composta por um robot com quatro braços, na qual o cirurgião manipula o instrumental num carrinho de visão (Mehta et al, 2022). Associada a esta cirurgia, impõe-se o conceito de verticalidade estrutural – a qual possibilita que a equipa do CC possa realizar uma cirurgia robótica em qualquer parte do mundo, com garantia de segurança ao ser executada de forma *standard* (Ferreira & Carregoso, 2018).

O *Intuitive Surgical da Vinci Xi* é utilizado no CC em diversas especialidades cirúrgicas, como urológica, digestiva e ginecológica e evidencia ganhos como: redução de hemorragia no intraoperatório, internamentos hospitalares mais curtos, menos ICL, menos complicações pós-operatórias e, o mais importante, promover a qualidade de vida dos clientes (Liu et al., 2022; Liu et al., 2020). Sendo de realçar, que a cirurgia robótica apresenta de igual modo benefícios para a equipa cirúrgica, confirmando-se ser mais ergonómica do que a via laparoscópica (Wee, Kuo & Ngu, 2020).

Celik et al (2022) salienta para a importância de os enfermeiros da cirurgia robótica aprenderem como se adaptar ao avanço da tecnologia e, como atualizar ou complementar as suas habilidades. Evidenciamos igualmente, no CC a promoção da segurança do cliente ser apenas possível com esse investimento nos conhecimentos, treino, habilidades e motivação dos enfermeiros perioperatórios (Valero, Rivera & Barroso, 2019; Ferreira & Carregoso, 2018).

Em contexto de sala de operações do CC, salientamos os cuidados em maximizar a segurança do cliente ao ter em consideração os corretos posicionamentos para o procedimento cirúrgico (num perfeito equilíbrio entre as necessidades cirúrgicas e anestésicas e tolerância do cliente); a sistematização na prevenção da hipotermia – com a colocação de insuflador de ar quente; na identificação pró-ativa e envolvimento dos clientes – personalizando os cuidados; na rotulagem de toda a medicação – com etiquetas pré-definidas para identificação correta dos

fármacos; na prevenção do trombo embolismo com a utilização de meias de pressão alternada; na prevenção de úlceras com utilização de almofadas gel e dispositivo *Vacuform*®(permite imobilização segura na cirurgia robótica e conforto ao cliente); na prevenção da lesão ocular com realização de penso ocular; na prevenção de quedas para e fora da sala de operações com a utilização de grades laterais elevadas, como no pós-operatório a sua manutenção; na prevenção das infeções respeitando-se o feixe de intervenções da DGS (2022).

O estágio no CC levou-nos a refletir sobre esta técnica cirúrgica inovadora, a qual exige formação e, aquisição e desenvolvimento de competências especializadas. A maioria dos incidentes em cirurgia robótica atribuem-se à falta de experiência e formação (Ferreira & Carregoso, 2018), sendo fundamental ter uma equipa qualificada e especializada, com domínio da sua utilização, gestão e manutenção do equipamento, bem como, registo apropriado dos consumíveis.

Os enfermeiros perioperatórios assumem assim, um papel vital neste contexto de constante inovação tecnológica, ao facilitar a introdução de novas tecnologias no bloco, e no seu compromisso de maximizar a segurança dos cuidados à pessoa em situação perioperatória agem de acordo com a sua consciência cirúrgica, sem comprometer a humanização dos cuidados no perioperatório, colocando o cliente no centro do sistema, num profundo respeito pela dignidade da pessoa humana, que se encontra numa situação particular de vulnerabilidade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Numa realidade em constante mudança e inovação, os distintos estágios proporcionaram uma oportunidade única de *benchmarking* – uma ferramenta fundamental para avaliar processos existentes e novos caminhos/protocolos e apoiar tomada de decisão (Silva, 2022); vital para identificar áreas de melhoria (Rodriguez & Bloomstone, 2023), promover satisfação dos clientes e reduzir custos (Canilho, 2019), com o intento de se obterem os melhores cuidados com segurança, sempre focados e centrados no cliente e família/pessoa significativa que vivenciam a experiência perioperatórias.

O percurso realizado foi muito enriquecedor em termos de partilha, conhecimentos e experiências e, oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional refletindo-se no desenvolvimento de competências pessoais, interpessoais essenciais à *praxis* da enfermagem especializada à pessoa em situação perioperatória.

O caminho pautou-se por uma atitude pró-ativa de empenho, resiliência e motivação neste processo de aprendizagem; com acolhimento de oportunidades que muito facilitaram este crescimento e o alcance gradual e progressivo dos objetivos específicos definidos.

A prática de enfermagem avançada só é possível com desenvolvimento de uma prática baseada na mais recente evidência científica e, na participação e liderança de projetos e investigação que promovam cuidados de qualidade e, o desenvolvimento de competências específicas da área de especialização à pessoa em situação perioperatória, criando assim valor.

Consideramos ao longo deste processo, ter alcançado a autonomia na prestação de cuidados de enfermagem, à pessoa em situação perioperatória, descrevendo e - numa análise crítico-reflexiva ao longo do presente relatório - vivências, conhecimentos e decisões, assentes no raciocínio crítico e reflexivo, sustentado na evidência científica disponível, sempre orientado para o cliente e família/pessoa significativa, na promoção da segurança e qualidade.

Entre as experiências mais impactantes revelam-se de igual modo nos distintos estágios, o trabalho em equipa, a humanização dos cuidados, a capacitação com a promoção da literacia, o envolvimento da pessoa, a prevenção e a gestão do risco e, o reforço para a importância da garantia da segurança e da consciência cirúrgica, contribuindo para a elevação e a aquisição de competências especializadas nos cuidados e, maximização da segurança à pessoa em situação perioperatória.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

**SEGURANÇA PSICOLÓGICA E RISCOS PSICOSSOCIAIS DOS
ENFERMEIROS PERIOPERATÓRIOS**

1. RESUMO

ENQUADRAMENTO: A criação de locais de trabalho saudáveis é um desafio, com potencial impacto na saúde física e mental dos colaboradores, como na segurança do cliente perioperatório. Neste contexto a Segurança Psicológica é um elemento vital em organizações dinâmicas e colaborativas e, em equipas de alto desempenho. O comportamento de silêncio ou dar voz aos profissionais de saúde impacta o sucesso das organizações. Por outro lado, os fatores de riscos psicossociais (FRPs) afirmam-se igualmente como uma variável chave na qualidade e dinâmica organizacional, sendo crítica a sua avaliação.

OBJECTIVO: Avaliar a Segurança Psicológica e os FRPs dos enfermeiros perioperatórios e a sua relação com a segurança do cliente.

METODOLOGIA: Estudo quantitativo, descritivo-correlacional, corte transversal. A Segurança Psicológica é avaliada com o questionário *Team Psychological Safety* (Edmondson, 1999); os riscos psicossociais são avaliados pela versão média do *Copenhagen Psychological Questionnaire III* (Cotrim et al., 2022) e a avaliação da Segurança do Cliente pelo *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (Eiras et al., 2014).

RESULTADOS: Participaram neste estudo 192 enfermeiros perioperatórios os quais percecionam níveis moderados de Segurança Psicológica (M= 4.12, DP= 0.65); 41.70% dos enfermeiros perioperatórios referem a percepção que se cometerem um erro, este poder ser utilizado contra eles e, 43.70% a referir que por vezes, as pessoas da sua equipa são rejeitadas por serem diferentes; os resultados sugerem níveis intermédios e de risco na maioria das dimensões dos FRPs do COPSOQIII. Destacam-se as exigências cognitivas, emocionais e o *burnout*, nos quais mais de 50% dos participantes reportam valores de exposição de risco para a saúde. A Segurança Psicológica correlaciona-se positivamente com todos os FRPs incluídos nas dimensões de: Organização de trabalho e conteúdo; Relações sociais e liderança; Interação trabalho indivíduo, Capital social e Personalidade (autoeficácia). A segurança do cliente correlaciona-se com todas dimensões de FRPs e apresenta uma correlação positiva com a Segurança Psicológica ($r = -.376, p \leq 0.01$).

CONCLUSÃO: A Segurança Psicológica e a sua relação positiva com a segurança do cliente sugerem para a importância da sua promoção no perioperatório. Por outro lado, o investimento em locais de trabalho saudáveis é premente, pois a sua promoção tem benefícios para os colaboradores e instituição, como para a segurança do cliente.

Segurança psicológica e riscos psicossociais dos enfermeiros perioperatórios

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Ocupacional; Segurança do Paciente; Enfermeiros

2. Abstract

BACKGROUND: The creation of healthy workplaces is a challenge, with potential impact on the physical and mental health of employees, as well as on patient safety. In this context, Psychological Safety is a vital element in dynamic and collaborative organizations and in high-performance teams. The behavior of silence or giving voice to health professionals impacts the success of organizations. On the other hand, psychosocial risk factors (PRFs) are also a key variable in organizational quality and dynamics, and their evaluation is critical.

OBJECTIVE: To assess the Psychological Safety and FRPs of perioperative nurses and their relationship with patient safety.

METHODOLOGY: Quantitative, descriptive-correlational, cross-sectional study. Psychological Safety is assessed using the Team Psychological Safety Questionnaire (Edmondson, 1999); psychosocial risks are assessed using the medium version of the Copenhagen Psychological Questionnaire III (Cotrim et al., 2022) and the assessment of patient safety using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (Eiras et al., 2014).

RESULTS: 192 perioperative nurses participated in this study, who perceived moderate levels of Psychological Safety ($M= 4.12$, $SD= 0.65$); 41.7% of perioperative nurses refer to the perception that if they make a mistake, this can be used against them, and 43.7% mention that sometimes people on their team are rejected for being different; the results suggest intermediate and risk levels in most dimensions of the COPSOQIII FRPs. The cognitive and emotional demands and burnout stand out, in which more than 50% of respondents report health risk exposure values. Psychological Safety is positively correlated with all FRPs included in the dimensions of: Work organization and content; Social relations and leadership; Individual work interaction, Social capital and Personality (self-efficacy). Patient safety correlates with all FRP dimensions and is positively correlated with Psychological Safety ($r= -.376$, $p\leq 0.01$).

CONCLUSION: Psychological Safety and its positive relationship with patient safety suggest the importance of promoting it in the perioperative period. On the other hand, investment in healthy workplaces is urgent, as their promotion has benefits for employees and the institution, as well as for patient safety.

KEYWORDS: Occupational Health; Patient safety; Nurses

3. Fundamentação/enquadramento teórico

Nesta parte do trabalho, pretende-se apresentar o enquadramento teórico que fundamenta o estudo de investigação. Para isso, são abordados os temas da Segurança Psicológica, dos riscos psicossociais e por fim, a segurança do cliente.

3.1. Segurança Psicológica

A Segurança Psicológica, pelo seu papel em contexto organizacional, afirma-se como um fator fundamental para se alcançar a inovação, melhoria do desempenho das equipas e promoção da aprendizagem (Edmondson & Lei, 2014).

Este construto psicológico inicialmente explorado por Edgar Schein e Warren Bennis (1965), é percebido como fundamental para as pessoas se sentirem seguras face à mudança, alcançando um novo impulso na década dos anos 90 até ao presente. Schein (1993, citado por Edmondson & Lei, 2014) refere que com a Segurança Psicológica, os colaboradores focam-se mais na prevenção de problemas e no alcance dos objetivos coletivos do que na autoproteção.

A Segurança Psicológica descreve assim, a perceção das pessoas sobre as consequências de assumirem riscos interpessoais, em contextos profissionais particularmente associados à mudança e incerteza (Schein & Bennis, 1965). Esta inclui o envolvimento numa comunicação aberta (O'Donovan, De Brún & McAuliffe, 2021). A Segurança Psicológica refere-se à crença que cada um pode se expressar, sem o medo das consequências negativas que a sua ação, comentário ou discurso possam originar (Edmondson & Lei, 2014) e, deste modo sentir-se seguro em assumir riscos interpessoais (Edmondson, 1999).

Para Clark (2020) a Segurança Psicológica é a condição na qual os colaboradores sentem-se 1) incluídos e aceites – sentem-se seguros de pertencer à equipa; 2) seguros em aprender – podem aprender fazendo perguntas; 3) seguros em contribuir – seguros em contribuir com ideias e, 4) seguros em desafiar o *status quo* – podem questionar as ideias dos outros ou propor mudanças, sem o medo de serem punidos, embaraçados ou marginalizados.

As pessoas sentindo-se seguras são mais abertas ao crescimento, à negociação da mudança e ao desenvolvimento (Lateef, 2020). Uma cultura organizacional que investe em Segurança Psicológica, as pessoas estão mais disponíveis em pedir ajuda, dar *feedback*, ideias e

comunicar erros (Lee & Dahinten, 2021); admitindo-se existir uma relação consistente entre Segurança Psicológica e aprendizagem (Madireddy & Rufa,2021).

Figura 1: Segurança Psicológica e nível de responsabilidade

	Reduzido sentido de responsabilidade	Elevado sentido de responsabilidade
Segurança Psicológica elevada	Zona de conforto ²	Zona de elevado desempenho e aprendizagem ⁴
Segurança Psicológica reduzida	Zona de apatia ¹	Zona de ansiedade ³

Nota: Adaptado de Edmondson (2019, p.18)

Segundo Edmondson (2019): - níveis reduzidos de Segurança Psicológica e de responsabilidade (zona 1- apatia), os colaboradores comparecem ao serviço e, escolhem a autoproteção; - níveis elevados de Segurança Psicológica e reduzidos de responsabilidade (zona 2- conforto), os colaboradores sentem-se bem a trabalhar, mas não são desafiados pelo trabalho, nem se sentem motivados para aprender ou inovar ou estar envolvidos (Figura 1).

Para esta autora, o nível que exige particular atenção é quando se verificam níveis reduzidos de Segurança Psicológica e elevados de responsabilidade (zona 3- ansiedade), colaboradores sentem-se ansiosos em falar, comprometendo a segurança e qualidade do seu trabalho. Enquanto níveis elevados de Segurança Psicológica e elevados de responsabilidade (zona 4- elevado desempenho e aprendizagem) será o desejável com colaboradores que aprendem mutuamente, colaboram entre si e, apresentam níveis elevados de desempenho.

Neste contexto, a teoria da Segurança Psicológica de Edmondson (1999) é fundamentada em princípios da psicologia organizacional: clima organizacional, teoria da aprendizagem e teoria da liderança.

Clima organizacional, a teoria do clima organizacional sugere que o ambiente de trabalho pode ser caracterizado por um conjunto de atributos que influenciam o

comportamento e as atitudes dos colaboradores (Schneider, 1975). A Segurança Psicológica pode ser vista como um elemento do clima organizacional (Argyris & Schön, 1978).

Teoria da aprendizagem, sugere que a aquisição de novos conhecimentos e habilidades seja crucial para o sucesso e o desenvolvimento profissional contínuo, sendo um indicador de aprendizagem das equipas quando estas refletem e discutem acerca das rotinas e das ações (Argyris & Schön, 1978). O comportamento de aprendizagem da equipa depende da Segurança Psicológica (Hedlund & Österberg, 2013).

Por último a Teoria da liderança, enfatiza o papel dos líderes na criação de ambientes de trabalho saudáveis e produtivos (Bass, 1990). A Segurança Psicológica é promovida num clima organizacional positivo no qual os líderes demonstram comportamentos de apoio e consulta – solicitando aos seus membros da equipa *inputs*; desafiam a equipa a expressar criatividade e, a reanalisar as suas crenças sobre o seu trabalho e como podem exceder as suas expectativas e, atingir o seu potencial (McKinsey & Company, 2021).

De acordo com a pesquisa de Edmondson, Kramer e Cook (2004), existem três comportamentos que os líderes podem facilitar uma melhor Segurança Psicológica dos seus colaboradores, como estar disponível e acessível, solicitar explicitamente aos membros da sua equipa pelas suas opiniões e pelo seu feedback e, modelar abertura e a questão da falibilidade.

Rego et al. (2020) refere neste domínio a importância da liderança humilde para a promoção do capital psicológico - conjunto de quatro forças Psicológicas que inclui a autoeficácia, esperança, otimismo e resiliência, facultando o apoio social aos liderados, que são capazes de compreender as forças e as qualidades dos outros, e que estão disponíveis para aprender com os seus próprios erros.

A presença de medo na organização associa-se a uma liderança pouco eficaz (Clark, 2020). Nas organizações sem medo e, de acordo com Edmondson (2018), os líderes devem perceber o trabalho como forma de aprendizagem para o executar melhor na próxima oportunidade; admitir que é legítimo partilhar quando se erra ou não se sabe a resposta; perguntar e estimular a participação dos seus colaboradores com contributos.

A Segurança Psicológica dos profissionais de saúde pode ser influenciada também pelas diferenças individuais como a perceção pessoal de controlo, género e, características de personalidade; elementos da equipa que são menos experientes devem ser suportados pelos líderes (O'donovan & Mcauliffe, 2020). Por outro lado, fatores organizacionais como a coesão da equipa, a organização das equipas, a autonomia e, a gestão do supervisor imediato afetam positivamente a Segurança Psicológica (Volevakha, Kolomiiets & Kukhar, 2021).

A promoção do bem-estar da organização e o seu sucesso exigem Segurança Psicológica, ao facilitar a comunicação ascendente com cargos de gestão, identificar problemas e oportunidades para a melhoria (Edmondson & Lei, 2014) e trabalho em equipa (Torralba, Jose & Byrne, 2020).

Em particular, no contexto perioperatório, os ganhos da implementação de uma cultura de Segurança Psicológica podem ser diversos, designadamente contribuir para a redução dos elevados níveis de sobrecarga, da ansiedade associada aos processos de aprendizagem - ao mesmo tempo – contribuir para fomentar o *feedback*, a identificação dos erros e melhorar a prática clínica (Swendiman, Edmondson & Mahmoud, 2019).

A criatividade com a otimização da experiência do cliente (Lee, 2017) e a promoção da inovação é, também potencialmente impactada pela Segurança Psicológica (Grailey, Murray, Reader & Brett, 2021). No contexto da saúde e de equipas de alto desempenho, a Segurança Psicológica promove a segurança do cliente em distintas áreas, como por exemplo, na emergência (Han & Roh, 2020); na adoção de práticas preventivas de infeção (Greene, Gilmartin & Saint, 2020); na prática anestésica (Rudolph, Pian-Smith & Minehart, 2022); na redução de eventos adversos no bloco operatório (Jones & Durbridge, 2016).

No estudo de Remtulla et al. (2019) são identificados como facilitadores da Segurança Psicológica: liderança inclusiva, cultura aberta de não julgamento, apoio em silos com grupo de colaboradores similares, presidir reuniões (estão motivados a falar), indivíduos que agregam/ligam subgrupos, equipas pequenas (os colaboradores ficam mais confortáveis) e, uma personalidade vocal (com habilidade para expressar as suas opiniões com confiança). Já personalidades dominantes (que sobrepõem a sua voz), líderes autoritários (desvalorizando as ideias de outros), a hierarquia e a falta de conhecimentos são por Remtulla et al.(2021) identificados como barreiras.

Importa investir na promoção da Segurança Psicológica para assim, promover cuidados com segurança e de elevada qualidade (Wright, 2021) e, impactar igualmente o bem-estar e o desempenho das equipas (Obrenovic et al., 2020).

3.2. Riscos Psicossociais

Num ambiente cada vez mais global e complexo, as organizações abraçam grandes desafios na promoção da Saúde Mental e bem-estar dos seus colaboradores e, com um número crescente de situações de stress, ansiedade ou *burnout* (DGS, 2021).

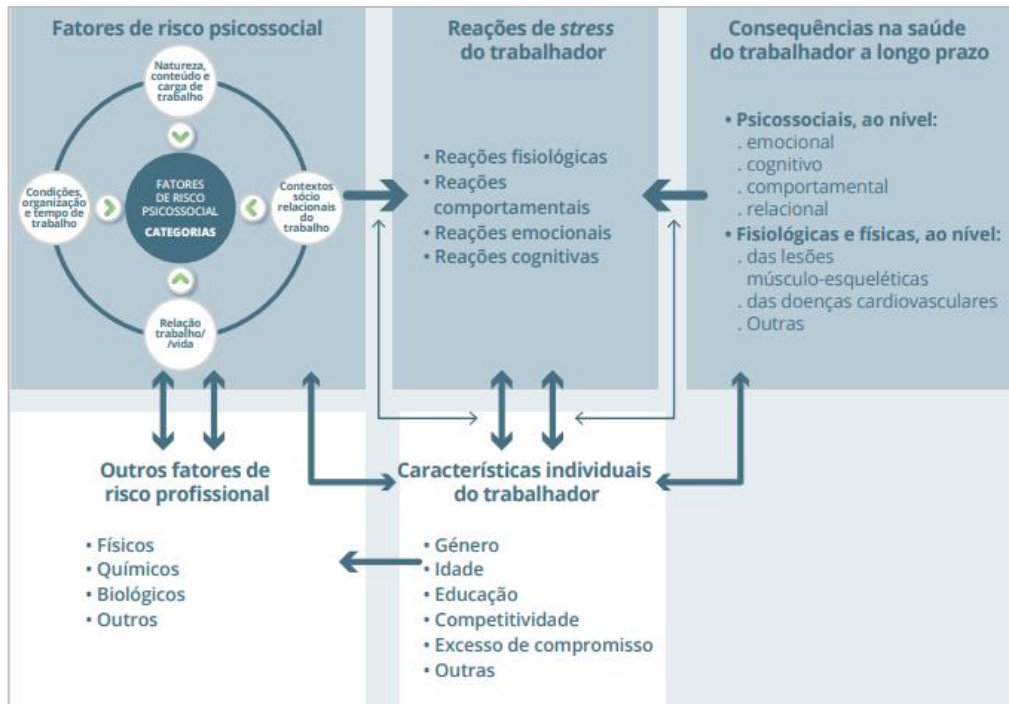
O ambiente psicossocial de trabalho deteriorado associa-se a piores indicadores de saúde mental e física e predizem o absentismo ou mesmo a intenção dos colaboradores abandonarem o trabalho (Fernandes & Pereira, 2016), comprometendo assim, não apenas o seu bem-estar - com impacto na sua saúde física e Psicológica (Zhou & Chen, 2021), como a resiliência organizacional, por exemplo, com elevados níveis de *turnover* e redução na produtividade (Hupke, Van den Broek & Kudas, 2013).

O relatório do Custo do Stress e dos Problemas de Saúde Psicológica no Trabalho, em Portugal, publicado pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (2023) estima em 5,3 mil milhões de euros o custo de perda de produtividade relacionado com o absentismo e presentismo secundários a problemas de saúde Psicológica e ao stress.

Neste sentido, emerge o construto de Fatores de Risco Psicossociais (FRPs), os quais podem ser definidos de acordo com a Organização Mundial do Trabalho enquanto interação entre conteúdo do trabalho, a gestão e a organização do trabalho, condições ambientais e organizacionais e, as competências e as necessidades do colaborador (Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health, 1986); os quais podem impactar o nível de satisfação, o rendimento e, influenciar a saúde dos colaboradores.

Segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (European Agency for Safety and Health at Work, 2012) os FRPs resultam em prejuízo para o colaborador como para a organização e, podem incluir: - o conteúdo do trabalho; - a organização e gestão do trabalho; - contexto social do trabalho como assédio moral, sexual, violência, falta de apoio da gestão e dos colegas.

Figura 2: Principais efeitos na saúde resultantes da exposição a FRPs



Nota: Direção Geral de Saúde (2021, p. 31)

Segundo a DGS (2021, Figura 2) os FRPs podem ser operacionalizados em distintas categorias e, interagindo entre si e com outros fatores de risco profissional (ex., físicos, químicos, biológicos), designadamente:

- **conciliação trabalho/vida familiar** (incluem o conflito “trabalho-família”; insegurança no emprego);
- **contextos sócio relacionais do trabalho** (conflitos laborais; falta de suporte - ou apoio social);
- **condições, organização e tempo de trabalho** (turnos; constrangimentos associados ao tempo de trabalho; condições inadequadas do ambiente de trabalho);
- **natureza, conteúdo e carga de trabalho** (monotonia do trabalho; repetitividade de tarefas; exigência do trabalho; intensidade do ritmo trabalho; inadequação de competências, inadequação da autonomia ou controlo sobre o trabalho; objetivos irrealistas).

A exposição aos FRPs pode de facto, causar danos aos colaboradores da organização, sendo este processo mediado pelo stress (EurWORK, 2022). O stress ocorre quando o colaborador avalia os recursos e as estratégias de *coping* que dispõe para fazer face às exigências da situação e, não tem a capacidade ou recursos de forma a responder a estas (Dias & Pais-Ribeiro, 2019).

No modelo transacional de Lazarus e Folkman (1984) o stress resulta assim da interação entre a pessoa e o seu meio, afirmando-se a avaliação cognitiva que o colaborador faz sobre as exigências percebidas e as suas capacidades – um elemento nuclear neste processo.

A avaliação cognitiva tem subjacente a variabilidade individual e pode ser condicionada pelas experiências prévias e atuais, personalidade, estratégias de *coping* e exigências da situação (EurWORK, 2022). Numa perspetiva transacional dinâmica entre a pessoa e o meio (Lazarus & Folkman 1984), o stress pode manifestar-se a nível social, comportamental, físico e psicológico (EurWORK, 2022), sendo de realçar a natureza distinta das características individuais dos colaboradores inerente à avaliação da situação.

A DGS (2021) destaca que para se afirmarem como verdadeiros FRPs é necessário que sejam valorizados pelos colaboradores como importantes, tenham a perceção que as exigências da situação excedem os seus recursos ou estejam fora do seu controlo (especialmente presente em contexto de pouco suporte social).

Nesta tríade colaborador-tarefa-organização, a personalidade, as características e experiências dos colaboradores são determinantes na sua saúde e, acrescenta-se que daí podem advir consequências na sua saúde a nível psicossocial, como físico (DGS, 2021).

A implementação de medidas estratégicas para a prevenção dos FRPs continua escassa (Hassard et al., 2021), apesar da recomendação da OECD (2019) para que se proceda não apenas à avaliação dos FRPs como a medidas efetivas de intervenção para a promoção da saúde e bem-estar no local de trabalho.

Emerge assim, a necessidade de se criarem Locais de Trabalho Saudáveis que promovam: a autoeficácia; a inclusão e apoio dos colegas e supervisores; a gestão do stress; autonomia e controlo dos colaboradores: reconhecimento e recompensa; a conciliação entre vida pessoal e vida profissional; a criação de um contexto física e psicologicamente seguro e, uma gestão e liderança com um impacto positivo - em que todos os colaboradores da organização cooperam para a melhoria contínua dos processos com vista a proteção e promoção da saúde, segurança e bem-estar (OP, 2023).

Segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OP, 2023) o sucesso e a sustentabilidade das organizações dependem do seu investimento em Locais de Trabalho Saudáveis, promotores de Saúde Psicológica e bem-estar, designadamente através da avaliação, prevenção e intervenção nos FRPs.

O investimento na prevenção e a promoção da Saúde Psicológica e bem-estar dos colaboradores pode contribuir para mitigar a redução da produtividade em 30% e, resultar numa poupança efetiva de 1,6 mil milhões de euros por ano (OP, 2023). A Direção Geral de

Saúde (2021), considera a saúde Psicológica e o bem-estar, como um dos melhores investimentos das organizações que ambicionam ser sustentáveis e produtivas.

A AORN (2021) define um local de prática perioperatória saudável como um ambiente que promove uma cultura colaborativa de segurança; que protege os seus colaboradores com programas de segurança robustos; no qual todos os elementos são respeitados, reconhecidos, incentivados no seu desenvolvimento profissional; que promove a comunicação; que respeita todos os membros da equipa, nomeadamente os seus direitos, responsabilidades, contributos e necessidades; promove a diversidade, equidade e inclusão; promove a melhoria contínua; reconhece o valor dos enfermeiros; os enfermeiros perioperatórios demonstram liderança; partilha a tomada de decisões; proporciona dotações seguras e, apoiam a resiliência e o bem-estar.

Locais de trabalho saudáveis que maximizem a saúde e o bem-estar dos enfermeiros são fundamentais para garantir um bom desempenho organizacional como também, bons resultados para o cliente e para a sociedade (Mabona, van Rooyen & ten Ham-Baloyi, 2022).

3.3. Segurança do cliente

A SC afirma-se como um significativo desafio global das organizações, com 1 em cada 300 pessoas com probabilidade de ser lesionada durante a prestação de cuidados e com 42,7 milhões de eventos adversos (EA) ocorridos todos os anos a nível mundial (WHO, 2019). Os EA estão associados ao aumento do número de dias de internamento e dos custos com a prestação de cuidados de saúde (Pierdevara et al., 2017).

A DGS define -a como *“a redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável”* (DGS, 2017, p.4).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, publicado no Despacho 9390/2021, de 24 de setembro e, com o intuito de promover a segurança define cinco pilares essenciais de intervenção para a prestação de cuidados de saúde com segurança, nomeadamente: - Cultura de segurança; - Liderança e governação; - Comunicação; - Prevenção e Gestão de incidentes de segurança do doente e, Práticas seguras em ambientes seguros.

Salienta-se de acordo com este PNSD 2021-2026, para a importância da avaliação da cultura de segurança; a capacitação, envolvimento e formação; otimização da comunicação; incentivar a notificação de incidentes e, consolidar práticas seguras.

A nível hospitalar a avaliação da cultura de segurança possibilita: identificar áreas de melhoria; avaliar o impacto das intervenções ao longo do tempo; realizar benchmarking; promover a certificação e acreditação da qualidade e segurança dos serviços de saúde; cumprir diretivas europeias; identificar problemas na cultura de segurança; aperfeiçoar formas de comparar dados e, definir indicadores em projetos de segurança (DGS, 2015).

Organizações de elevada fiabilidade na sua cultura de segurança caracterizam-se por valorizar a aprendizagem organizacional; falar sobre os erros e incidentes notificados; comunicação frequente entre todos os profissionais; a segurança ser uma prioridade a todos os níveis, independentemente da “eficiência” e “produção”; níveis elevados de produção, com atos inseguros raros; compromisso com a segurança partilhados a todos os níveis; recompensas e recursos necessários para sustentar esse compromisso (Singer et al., 2003). No contexto perioperatório, promoção da SC assume-se como uma prioridade fundamental dos enfermeiros perioperatórios (Benze, Spruce & Groah, 2021).

3.4. Modelo Conceptual

A prestação de cuidados não seguros pode ter um impacto significativo para o próprio, como elevados custos financeiros. Segundo Slawomirski & Klazinga (2022), largas dezenas de milhões de pessoas continuam a ser lesadas por falhas na segurança da prestação de cuidados, emergindo a necessidade de se intervir.

A promoção da segurança do cliente, neste contexto requer níveis elevados de Segurança Psicológica que fomentem aprendizagem contínua (Kingston et al., 2022), afirmando-se como um construto importante a atender.

Em ambientes de trabalho que promovem a Segurança Psicológica e a aprendizagem existe maior probabilidade de os profissionais reportarem quase eventos comparativamente com os profissionais que não se sentem num clima de Segurança Psicológica; reconhecendo-se a oportunidade de aprendizagem destes quase eventos e, portanto, sem danos para melhor atender às causas dos potenciais eventos adversos (Jung et al., 2020).

Uma cultura positiva de segurança na qual os enfermeiros perioperatórios falam abertamente está associada a ocorrência de menos eventos adversos (Jones & Durbridge, 2016).

Ao facilitar-se a análise destes quase eventos bem como dos eventos adversos podem-se induzir mudanças organizacionais com base na aprendizagem e, assim melhorar as condições de segurança do cliente antes da ocorrência de um evento sentinela (Goekcimen

et al., 2023). A implementação da mudança na cultura e prática organizacional de hospitais com níveis elevados de desempenho e numa efetiva aprendizagem pelo erro, depende por isso da confiança induzida pela cultura de Segurança Psicológica e envolvimento da gestão (Tabrizi & Masri, 2021).

Por outro lado, FRPs como a falta de recursos, de tempo, a sobrecarga dos colaboradores, a priorização dos resultados ao invés da priorização da segurança e aprendizagem constituem-se como barreiras à implementação de estratégias de aprendizagem como *defriefing*, abertura à comunicação e envolvimento dos colaboradores e Segurança Psicológica (Kingston et al., 2022).

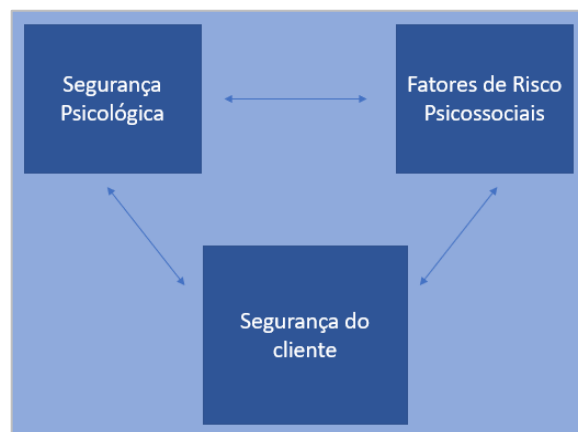
A própria saúde dos enfermeiros e a presença de sintomas somáticos pode ter impacto na segurança do cliente, tornando os mais vulneráveis a cometer erros que podem comprometer a segurança do cliente (Pappa, Sakkas & Sakka, 2022).

Segundo a DGS (2015), inúmeros fatores podem impactar a segurança do cliente, dando especial ênfase: ao papel da liderança (em relação à comunicação, à cultura de segurança, e gestão); ao ambiente de trabalho; ao trabalho em equipa e ao trabalho individual (incluindo a tomada de decisão, fadiga, stress).

Torna-se essencial que as organizações avaliem os FRPS e adotem medidas que permitam preveni-los, promovendo a sua saúde e bem-estar e a sua saúde Psicológica, obtendo-se ganhos para os colaboradores, para o utente como para a organização (ex. aumento da motivação, do compromisso, menos absentismo, redução de custos, aumento da produtividade).

Com base no referencial teórico, definiu-se assim um modelo conceptual das relações entre os construtos para melhor orientação e compreensão do presente estudo (Figura 3).

Figura 3: Modelo conceptual de Segurança Psicológica, FRPS e Segurança do Cliente



4. Metodologia

A presente etapa metodológica visa descrever a estratégia geral que orienta a pesquisa, afim de produzir dados fidedignos e relevantes (Fortin, 2009).

Nesta secção são descritas a questão de investigação e objetivos, tipo de estudo, população e amostra, variáveis em estudo, instrumento de recolha de dados, procedimentos, considerações éticas e tratamento dos dados.

4.1. Questão de investigação e objetivos do estudo

A questão de investigação que precede a definição dos objetivos constitui o elemento fundamental do início de uma investigação; enquanto os objetivos representam o que o investigador incita a fazer para responder à questão de investigação formulada (Ribeiro, 1999).

Assim, considerando a problemática exposta, formulamos as seguintes questões de investigação:

Q1- Como se caracteriza o contexto de trabalho dos enfermeiros perioperatórios, em termos de FRPs e SP?

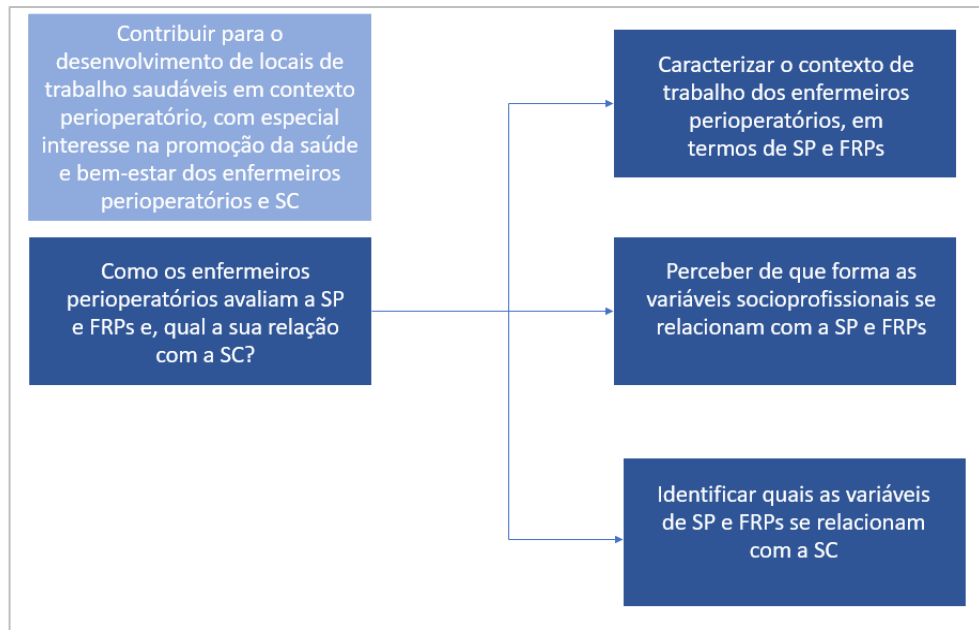
Q2- Como se relacionam as variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros perioperatórios com a SP, FRPs?

Q3- Qual a relação da SP e dos FRPs na SC?

Para responder a estas questões de investigação e, tendo como **objetivo geral** avaliar a SP, os FRPs dos enfermeiros perioperatórios e a sua relação com a SC, definem-se os seguintes **objetivos específicos**: - Caracterizar o contexto de trabalho dos enfermeiros perioperatórios, em termos de SP e FRPs (Q1); - Perceber de que forma as variáveis sociodemográficas e variáveis profissionais se relacionam com a SP e FRPs (Q2);- Identificar quais as variáveis de SP e FRPs se relacionam com a SC (Q3).

A finalidade do presente estudo centra-se em contribuir para o desenvolvimento de locais de trabalho saudáveis em contexto perioperatório, com especial interesse na promoção da saúde e bem-estar dos enfermeiros perioperatórios e da Segurança do Cliente (figura 4).

Figura 4: Esquema representativo da finalidade, questão de investigação e objetivos do estudo



4.2. Tipo de estudo

No domínio das ciências sociais o recurso aos métodos de investigação correlacionais tem-se revelado conveniente na medida que permitem estabelecer e quantificar as relações entre uma multiplicidade de variáveis simultaneamente (Bourdieu, 2008).

Este estudo visa descrever e explicar as relações estatísticas entre as variáveis num único momento, pelo que se classificou como um estudo quantitativo, **descritivo correlacional de corte transversal** (Pais-Ribeiro, 1999).

4.3. População e amostra

A população do estudo é constituída pelos enfermeiros a exercer a sua atividade profissional no perioperatório, no território nacional, que se encontrassem no ativo e aceitassem participar no estudo no período definido para a recolha de dados.

Assim, definiu-se como critério de inclusão serem enfermeiros perioperatórios no ativo em território nacional e, como critério de exclusão não se encontrarem no ativo e não exercerem funções no perioperatório em território nacional.

No sentido de se conseguir uma amostra heterogénea e representativa solicitou-se pedido à Ordem dos Enfermeiros Portugueses (ANEXO XVII) para a divulgação do estudo

junto dos seus membros (ANEXO XVIII). O link de acesso ao formulário digital foi também partilhado na rede de contactos dos investigadores (tendo em consideração a proximidade e acessibilidade) por email e por meio de aplicações digitais.

A amostra foi selecionada segundo um processo não probabilístico por conveniência, no qual os enfermeiros perioperatórios foram incluídos de forma sequencial, à medida que aceitaram participar no estudo. Este estudo de amostragem não probabilística é fácil de implementar e os custos são reduzidos, permitindo desta forma extrair a maior quantidade de informação possível a partir de um pequeno número de participantes, apresentando como desvantagem a sua probabilidade de erro de amostragem (Bhardwaj, 2019).

Para o cálculo do tamanho da amostra, utilizou-se um nível de significância (α) de 0,05 (correspondente a erro de tipo I, ou seja, a probabilidade de rejeitar a hipótese nula quando esta é verdadeira), um nível de confiança de 95% e um erro de 5%, utilizando-se a fórmula para populações finitas $n=(N.z^2.p.(1-p))/(z^2.p.(1-p)+e^2.(N-1))$.

Considerando a população de 2975 enfermeiros perioperatórios (Penedo et al., 2015), o cálculo inicial previu a necessidade de uma amostra mínima total de $n= 341$ participantes, para obter representatividade. No entanto, a amostra obtida é constituída por 192 enfermeiros.

4.4. Considerações éticas

A recolha de dados realizou-se através de um formulário *online* disponível durante 3 meses e, teve início logo após a autorização emitida pela Unidade de Investigação e Desenvolvimento e pela Comissão de Ética da ESSNORTECVP com o Parecer n.º 006/2022 (ANEXO XIX).

O presente estudo seguiu todas as disposições éticas da declaração de Helsínquia. Cada participante no estudo deu o seu consentimento informado no início do questionário, assinalando no formulário o seu consentimento (ANEXO XX); sendo previamente informado quanto aos objetivos, enquadramento, finalidade, investigadores responsáveis, à participação voluntária e à possibilidade de desistência a qualquer momento sem qualquer prejuízo.

Todos os participantes são informados que a sua participação é anónima e confidencial, com garantia de privacidade e respeitando a legislação de armazenamento e conservação de dados – os quais no fim do estudo, serão eliminados; garantindo que os dados recolhidos são

exclusivamente para fins de investigação em curso e se destinariam apenas para divulgação no meio científico.

A todos os participantes foi fornecido formas de contacto (email e contacto de telemóvel dos investigadores) para o esclarecimento de dúvidas e para o acesso dos dados recolhidos.

Este estudo não implicou custos para os participantes, apenas o tempo despendido para o preenchimento dos instrumentos solicitados. Os investigadores igualmente declararam não existir conflitos de interesse, nem qualquer fonte de financiamento externo.

Procedeu-se igualmente, junto dos respetivos autores de todos os instrumentos utilizados no estudo, ao pedido de autorização (ANEXO XXI, ANEXO XXII e ANEXO XXIII).

4.5. Instrumentos de Avaliação

O presente estudo procedeu à seleção de instrumentos de avaliação tendo em consideração a especificidade, fidelidade e validade dos instrumentos e a sua aferição para a população portuguesa.

A recolha de dados foi realizada através de um formulário digital, via *Google Forms* (ANEXO XXIV) constituído por um conjunto de quatro partes com a seguinte designação: I - Questionário de caracterização sociodemográfica e profissional; II – Questionário *Team Psychological Safety* (Edmondson, 1999, versão portuguesa de Ferreira, 2019); III – *Copenhagen Psychological Questionnaire III* (COPSOQ III), versão média (Cotrim et al., 2022) e IV – Questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (versão portuguesa de Eiras et al., 2014).

Questionário sociodemográfico e profissional

O questionário sociodemográfico e profissional foi desenvolvido pelos investigadores para o presente estudo. Neste instrumento estão reunidas as variáveis sociodemográficas e profissionais, nomeadamente, género; idade; habilitações académicas; se é cuidador (a) informal; se tem dificuldades em conciliar trabalho hospitalar com a prestação de cuidados; localização geográfica onde exerce funções; tipo de contrato de trabalho; tipo de horário; área de especialização; integração no quadro de especialista da instituição; tempo de exercício profissional; tempo de exercício profissional no BO; carga horária semanal no BO; acumulo de funções como enfermeiro noutra instituição; função no BO; função de gestão. Foram incluídas duas questões: 1) uma questão sobre perceção/ conhecimento de ocorrência de erros no bloco operatório “*Já vi cometerem-se erros no bloco operatório com*

o potencial de causar danos nos pacientes” (BO-Erros), cuja resposta requerida foi sim/não; 2) uma questão sobre a pressão para o cumprimento do plano cirúrgico “A pressão para o cumprimento do plano cirúrgico faz a equipa apressar ou não executar procedimentos de segurança” (BO-Pressão), cuja resposta foi pontuada em escala de Tipo Likert (1- Nunca; 2- Raramente; 3- Regularmente; 4- Frequente; 5- Muito Frequentemente e, 6- não se aplica).

Segurança Psicológica

A Segurança Psicológica foi avaliada através da *Team Psychological Safety* (Edmondson, 1999, versão portuguesa de Ferreira, 2017). Na sua origem, trata-se de uma escala unidimensional, composta por 7 itens, cuja resposta é obtida através do grau de concordância com afirmações referentes à dimensão alvo, através de escala de Likert (1- Não se aplica; 2- Quase não se aplica; 3- Aplica-se pouco; 4- Aplica-se moderadamente; 5- Aplica-se muito; 6- Aplica-se quase totalmente e, 7- Aplica-se totalmente). O resultado é interpretado a partir da média das pontuações de todos os itens.

Quatro dos sete itens da *Team Psychological Safety* são expressos de forma positiva, que Edmondson (2019) refere indicar Segurança Psicológica: [*“Os membros desta equipa são capazes de abordar problemas e assuntos difíceis”*]; [*“Nesta equipa é seguro arriscar”*]; [*“Ninguém desta equipa tentaria, deliberadamente, prejudicar os meus esforços”*]; [*“Quando trabalho com os outros membros da equipa, as minhas competências e talentos únicos são valorizados e utilizados”*] e, três são expressos de forma negativa: [*“Se nesta equipa cometemos um erro, este é frequentemente usado contra nós”*]; [*“Por vezes, as pessoas desta equipa rejeitam outros por serem diferentes”*] e, [*“É difícil pedir ajuda a outros membros da minha equipa”*]. Seguindo as indicações da autora do instrumento, as médias destes três itens são interpretadas de forma reversa por apresentarem um sentido conceptualmente oposto à Segurança Psicológica; deste modo “1 é convertido para um 7, o 7 para 1, o 2 para 6, e assim sucessivamente” (Edmondson, 2019, p. 20).

O questionário no estudo de Ferreira (2017) apresenta razoável consistência interna ($\alpha = .70$), sendo um instrumento válido a ser utilizado em contexto de investigação (Pestana & Nunes, 2008), traduzido e utilizado em diversas línguas (Edmondson, 2019).

No presente estudo a Segurança Psicológica, apresenta uma consistência interna moderada com $\alpha = .62$, valor ligeiramente abaixo do apresentado no estudo de referência ($\alpha = .70$) (Ferreira, 2017).

Copenhagen Psychological Questionnaire III (COPSOQ III)

O COPSOQ é uma escala altamente fiável para avaliar um leque de Fatores de Risco Psicossociais (FRPs) no local de trabalho, enquanto potenciais geradores de stress ocupacional (Silva et al., 2011).

O COPSOQ apresenta segundo Silva et al (2011) 3 versões: curta (destinada a locais com menos de 30 colaboradores ou autoavaliação), média (visa ser usada por profissionais de saúde ocupacional para avaliação de riscos, planificação e inspeção) e longa (para fins de investigação).

Trata-se de uma ferramenta multidimensional, com a versão curta e média a incluir apenas dimensões psicossociais com evidência epidemiológica com a saúde (Silva et al., 2011) e cuja versão portuguesa mais recente (COPSOQ III) (Cotrim et al., 2022), é composta por 85 itens distribuídos em 31 FRPs, agrupados em 7 dimensões (Tabela 1).

Tabela 1: Descrição das escalas e sub-escalas/FRPs do COPSOQ III versão média. Tabela adaptada de Cotrim, et. al., (2022)

Dimensões	Sub-escalas/ FRPs
Exigências Laborais	Exigências quantitativas
	Ritmo
	Exigências cognitivas
	Exigências emocionais
Organização de trabalho e conteúdo	Influência no trabalho ^a
	Possibilidades de desenvolvimento ^a
	Controlo sobre o tempo de trabalho ^a
	Significado do trabalho ^a
	Previsibilidade ^a
	Reconhecimento ^a
Relações Sociais e Liderança	Transparência do papel laboral ^a
	Conflito de papeis laborais
	Qualidade da liderança ^a
	Suporte Social de colegas ^a
	Suporte Social de superiores ^a
	Sentido de pertença à comunidade ^a
Trabalho-Indivíduo	Compromisso face ao local de trabalho ^a
	Insegurança no trabalho
	Insegurança com condições trabalho
	Qualidade do trabalho ^a
	Conflito trabalho-família

Dimensões	Sub-escalas/ FRPs
	Satisfação com o trabalho ^a
Capital Social (CS)	Confiança horizontal ^a
	Confiança vertical ^a
	Justiça no trabalho ^a
Personalidade	(Autoeficácia) ^a
Saúde e Bem-estar	Saúde geral ^a
	Problemas em dormir
	<i>Burnout</i>
	Stress
	Sintomas Depressivos

Todos os itens das três versões são avaliados numa escala de Likert de 5 pontos (1- *Nunca/quase nunca*, 2- *Raramente*, 3- *Às vezes*, 4- *Frequentemente* e, 5- *Sempre*).

Salvaguarda-se que existem subescalas onde os valores elevados representam baixo risco (fatores protetores), e o oposto, ou seja, os valores elevados representam um alto risco (fatores de risco), pelo que se pressupõe uma interpretação de acordo com a subescala/FRP em questão (Tabela 1).

Foi igualmente aplicada uma interpretação de acordo com o modelo alternativo de interpretação utilizada no COPSOQ II (Silva et al., 2011), segundo o qual cada fator pode ser interpretado através do impacto para a saúde que a exposição representa, nomeadamente, situação *Favorável para a saúde - verde*, situação *Intermédia - amarelo* e situação *de Risco - vermelho* (risco para a saúde), num modelo de interpretação tipo “semáforo”, numa divisão de percentis tripartidos. Assim, é realizada a divisão da amplitude da cotação dos itens (1 a 5) de cada sub-escala em 3 partes iguais, com os respetivos pontos de corte de 2.33 e 3.66.

No estudo de Cotrim et al., (2022) a versão média do COPSOQ III apresenta boas propriedades psicométricas, afirmando-se ser uma ferramenta útil para avaliar os riscos psicossociais: - ao mobilizar os conhecimentos da academia para o contexto ocupacional; contribuir para a saúde e bem-estar no trabalho, bem como, o facto de ser a versão mais preferencialmente utilizada em estudos internacionais permitindo comparações com a realidade nacional e internacional (Silva et al., 2011). De referir que o COPSOQ possibilita o estabelecimento de estratégias para a prevenção dos riscos psicossociais e potenciais áreas de risco a melhorar.

O instrumento COPSOQ III (Cotrim et al., 2022) apresenta boa consistência interna no presente estudo, com $\alpha = .87$ para a escala total. Relativamente às subescalas verificou-se uma amplitude entre o máximo de .94 na subescala Insegurança no trabalho, e o mínimo de $\alpha = .61$, na subescala *Compromisso face ao local de trabalho*.

Hospital Survey on Patient Safety Culture

A *Hospital Survey on Patient Safety Culture* da *Agency for Healthcare Research and Quality* (Sorra & Nieva, 2004), traduzido e validado ao contexto português para “Questionário de avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais Portugueses” (Eiras et al., 2014), avalia a perceção que os profissionais de saúde têm acerca da cultura de segurança do cliente (Sorra et al., 2018, 2021).

A escala total é composta por 42 itens que constituem 12 dimensões (ANEXO XXV) no entanto, considerando os objetivos do presente estudo, o número de instrumentos utilizados e a importância da gestão, comunicação e liderança na SC referidos no enquadramento teórico, foram selecionadas 3 dimensões: (i) **Expectativas da supervisão/ gestão e ações de promoção da segurança do cliente** (4 itens, SC-ExG), que avalia: em que medida os supervisores/ gestores consideram as sugestões da equipa para melhorar a segurança; pretendem que os colaboradores trabalhem mais – mesmo que signifique usar atalhos; elogiam a equipa por seguir os procedimentos de segurança e/ou não ignoram os problemas de segurança do cliente; (ii) **Abertura à Comunicação** (3 itens, SC-AC) a qual avalia em que medida a equipa fala livremente sobre fatores que podem afetar negativamente um cliente e/ou se sente livre para questionar aqueles com mais autoridade; (iii) **Feedback e Comunicação sobre o Erro** (3 itens, SC-F), avalia em que medida os colaboradores são informados sobre os erros que acontecem; recebem *feedback* sobre as mudanças implementadas e/ou discutem formas de evitar erros (Eiras et al., 2014; Sorra et al., 2018, 2021).

As respostas são reportadas através de escala Tipo Likert (1- *Nunca*; 2- *Raramente*; 3- *Por vezes*; 4- *A maioria das vezes*; 5- *Sempre e*, 6- *Não se aplica*). Para a interpretação dos resultados, é feito o cálculo da média e da percentagem de respostas “não aplicáveis” (pontuação 6), negativas (pontuação 1 e 2), neutras (pontuação 3) e positivas (pontuação 4 e 5). Quando o item é apresentado pela negativa, num sentido conceptualmente oposto à dimensão avaliada é revertido de forma que “o percentual de respostas negativas é considerado como positivo” (DGS, 2015, p.6).

Foram igualmente incluídas duas questões do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (versão portuguesa de Eiras et al., 2014): uma questão relativa à **Avaliação Geral sobre a**

Segurança do cliente (1 item, SC-G), cuja interpretação é feita através do cálculo da média e da percentagem de respostas negativas (1- *Muito Fraco* e 2- *Fraco*), moderada/ neutras (3- *Aceitável*) e positivas (4- *Muito Bom*, 5- *Excelente*); e, outra questão sobre Número total de Acontecimentos Comunicados nos últimos 12 meses, como medida de **Reporte de relatórios de ocorrência** (1 item, SC-R), cuja interpretação é feita através do cálculo da média e da percentagem de respostas negativas (11 a >21 relatórios), moderada/ neutras (3 a 10 relatórios) e positivas (de nenhum a 2 relatórios).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 reforça a importância da avaliação da cultura da segurança do cliente, na qual todos elementos da equipa são imprescindíveis na implementação de medidas que evitam e previnam os erros e incidentes (DGS, 2015).

O *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (Eiras et al., 2014) no estudo de validação para o contexto do território nacional, apresenta adequadas propriedades psicométricas com 8 em 12 dimensões a apresentar alfas de Cronbach superior a 0.7 e da escala geral um alfa de Cronbach de 0.91, sendo amplamente utilizado para avaliar a cultura de segurança em diversos países (Waterson et al., 2019; Andrade et al., 2017). A seleção por este instrumento deveu-se de igual modo pelo facto de ser utilizado pela DGS (2015), possibilitando comparação de resultados deste estudo com os publicados a nível nacional.

Relativamente à análise da consistência interna das subescalas de Segurança do cliente utilizadas no presente estudo, verificou-se confiabilidade mais baixa, com $\alpha = .49$ na subescala Abertura à Comunicação, $\alpha = .72$ na dimensão Expectativas da supervisão/gestão e $\alpha = .78$, na dimensão Feedback e comunicação sobre o erro. A confiabilidade total de todos os itens/ subescalas incluídos é elevada, com $\alpha = .87$.

4.6. Análise de dados

No sentido de os resultados obtidos apresentarem rigor, significância e coerência de acordo com os objetivos pré-estabelecidos, é fundamental definir os métodos e as técnicas a utilizar.

A análise estatística foi efetuada com o recurso a estatística descritiva e inferencial, utilizando o *software Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS Statistics®, versão 29).

Ao nível da estatística descritiva, utilizaram-se medidas de tendência central (média) para analisar as variáveis quantitativas em que cada valor representa a variável na dimensão

da amostra, as medidas de dispersão (desvio-padrão) sendo esta, uma medida relativa de dispersão dos valores em torno da média. Procedemos ao cálculo das frequências para análise das variáveis nominais (Maroco, 2010).

Após a estatística descritiva procedeu-se à avaliação da consistência interna da *Team Psychological Safety*, do COPSQ e do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, com recurso ao cálculo do Alfa de Cronbach (α), sendo considerado que valores de $\geq .70$ como aceitáveis ($\geq .9$ - Excelente, $\geq .8$ - Bom, $\geq .7$ - Aceitável, $\geq .6$ - Razoável, $\geq .5$ - Mau, e $< .5$ - Inaceitável) (Cronbach, 1951; Field, 2009; Gliem & Gliem, 2003).

No processo de inferência estatística, evoluiu-se para a realização de uma série de testes estatísticos para, a partir dos resultados da amostra, se obterem conclusões acerca da população alvo (Martins, 2011).

Foi realizado o teste *t-Student* para uma amostra (para comparação das médias do presente estudo com as médias de referência), cujas magnitudes de efeito foram medidas através do *d* de Cohen (*d*), considerando que valores de .2, .5 e .8 representam efeitos pequenos, médios e grandes, respetivamente (Field, 2009).

Foram também realizadas comparações entre grupos (especialidade médico cirúrgica, outras especialidades e sem especialidade/ não especialista), através do teste ANOVA de uma via, cujas magnitudes de efeito foram medidas através do *Omega-squared Fixed-effect* (ω^2 , considerando que valores de .01, .06 e .14 representam efeitos pequenos, médios e grandes, respetivamente) (Field, 2009).

Por fim, foram realizadas correlações de *Pearson* para explorar a relação entre as variáveis em teste, sendo considerado que, valores de $\pm .1$ representam um baixo efeito, $\pm .3$ efeito moderado $\pm .5$ elevado ou forte, para além da consideração da sua significância estatística (probabilidade de a correlação diferir de zero, $\rho \leq .05$; $\rho \leq .001$) (Field, 2009).

O nível de significância foi estabelecido antes da realização do estudo, com um intervalo de confiança de 95% ($\rho = .05$) para todos os testes.

5. Resultados

5.1. Caracterização Sociodemográfica e profissional da amostra

O estudo empírico contou com a participação de 192 enfermeiros a exercer funções no BO. A amostra é constituída por 166 enfermeiros do género feminino e 26 do género masculino, com idades compreendidas entre 24 e 64 anos, sendo a idade média 45.04 anos, a mediana de 45 anos e o desvio padrão de 8.47 anos.

Destaca-se a participação mais expressiva de enfermeiros da região norte (n=128; 66.70%). Participaram igualmente neste estudo enfermeiros da região centro (n=28; 14.60%) e da área metropolitana de Lisboa (n=28; 14.60%), 3 enfermeiros da Região Autónoma da Madeira, com um inquirido a não identificar a sua região.

A amostra é composta predominantemente por enfermeiros licenciados (n=136; 70.80%), seguidos de mestres (n=51; 26.60%) e doutorados (n=5; 2.60%). A maioria dos enfermeiros não possui especialização (n=90; 46.90%), embora nos enfermeiros com especialidade predomina os enfermeiros com a especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica (n=45; 23.40%) (ANEXO XXVI). Os enfermeiros com a especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória representam 13.00% da amostra (n=25); seguidos os enfermeiros com especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (n=9; 4.70%) e, por fim, os enfermeiros com especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (n=3; 1.60%). As outras áreas de especialização dos enfermeiros são comparativamente pequenas: 5.70% (n=11) na Enfermagem Saúde Comunitária e Saúde Pública; 2.10% (n=4) na Especialização em Enfermagem de Reabilitação; 1.60% (n=3) na Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e, por fim 0.50% (n=1) na Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e 0.50% (n=1) na Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ANEXO XXVI).

Relativamente à experiência profissional, os participantes do estudo têm uma experiência profissional entre 1 e 44 anos, com uma média de 22.40 anos (DP= 8.65). Do total de participantes, 185 (96.40%) exercia funções no BO a tempo inteiro e 7 (3.60%) a tempo parcial, maioritariamente como Enfermeiro instrumentista (n=89, 46.40%); 73 como Enfermeiro de anestesia (38.00%); 26 como Enfermeiro circulante (13.50%); 3 como

Enfermeiro da unidade de cuidados pós-anestésicos (1.60%) e 1 como enfermeiro na Consulta de Enfermagem Perioperatória (0.50%).

A grande maioria dos participantes trabalha em regime de *roulement* diurno (n=80; 41.70%), 57 dos participantes em regime de horário fixo (29.70%) e, 55 em regime misto de turnos diurno e noturnos (28.60%).

Ao nível das relações contratuais, destaca-se que a maioria dos participantes não pertence ao quadro de especialista na instituição onde exercia funções (n=134; 69.80%), detendo maioritariamente contrato por tempo indeterminado (n=91; 47.40%) e/ou contrato de trabalho em funções públicas (n=90; 46.90%), seguidos de 11 enfermeiros (5.70%) com contrato por tempo determinado. Adicionalmente, a grande maioria dos participantes não acumula funções (n=138; 71.90%); 29 enfermeiros (15.10%) acumula funções noutra BO e 25 noutra serviço (13.00%). Relativamente a funções de gestão, estas são exercidas por 47 participantes (24.50%) (ANEXO XXVI).

Do total da amostra, 34 enfermeiros são cuidadores informais (17.70%), dos quais 22 (11.50%) tem dificuldades em conciliar o trabalho hospitalar com a prestação de cuidados informais.

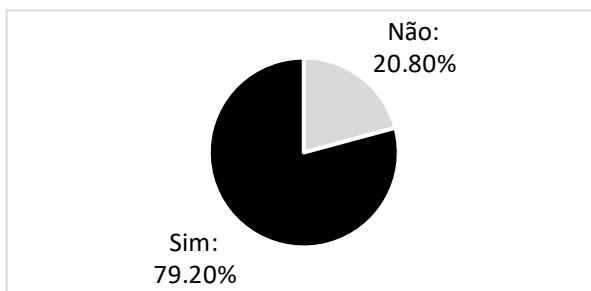
Considerando a amostra obtida (n=192) de um universo de 2975 enfermeiros perioperatórios (Penedo et al., 2015), bem como o grau de confiança inicialmente pretendido de 95.00%, verifica-se um erro máximo (E_m) de $\approx 6.84\%$. Com a amostra utilizada, o $E_m \approx 5.00\%$ é enquadrado num grau de confiança de 85.00%.

5.2. Perceção dos enfermeiros perioperatórios sobre Erros e Pressão no BO

Os participantes do presente estudo foram inquiridos sobre erros no BO, bem como se pressão para o cumprimento do plano cirúrgico faz a equipa apressar, ou não executar os procedimentos de segurança.

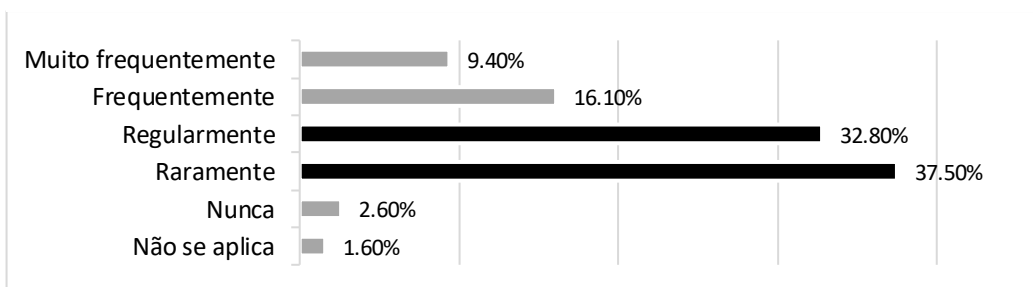
Os dados revelam que: 79.20% dos participantes (n=152) respondeu sim, já terem visto cometerem-se erros no BO, com o potencial de causar danos nos clientes (Figura 5).

Figura 5: Percentagem de respostas à questão “Já vi cometerem-se erros no bloco operatório com o potencial de causar danos nos pacientes”



Por sua vez, quando inquiridos se a pressão para o cumprimento do plano cirúrgico faz a equipa apressar, ou não executar os procedimentos de segurança, apenas 2.60% dos participantes (n= 5) refere nunca e com 1.60% (n= 3) participantes a dizer que não se aplica ao seu contexto de trabalho. Já 37.50% dos participantes (n= 72) reporta raramente, sendo de evidenciar a elevada expressividade dos enfermeiros que reporta regularmente (n=63; 32.80%), frequentemente (n=31; 16.10%), e muito frequentemente (n=18; 9.40%). Assim, verifica-se que a percentagem de respostas positivas ascende a 58.30% da amostra (Figura 6).

Figura 6: Percentagem de respostas à questão “A pressão para o cumprimento do plano cirúrgico faz a equipa apressar ou não executar procedimentos de segurança”



5.3. Segurança Psicológica

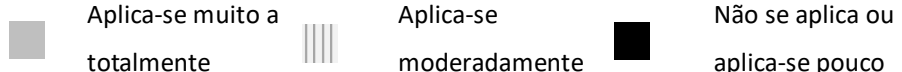
Das questões relativas à Segurança Psicológica (Tabela 2), verifica-se que a questão 4 [“Nesta equipa é seguro arriscar”], apresenta a média mais baixa (M= 3.05; DP= 1.08). Por sua vez, a questão 5 [“É difícil pedir ajuda a outros membros da minha equipa”] apresenta a média mais elevada (M= 5.06, DP= 1.36). No entanto, sendo este um item reverso, verifica-se que tal pontuação reporta **ausência de dificuldade** no pedido de ajuda a outros membros da equipa.

Relativamente à escala total, verifica-se valor médio de 4.12 (DP=0.65) (Tabela 2). Interpreta-se este resultado como moderado, por se situar a meio da amplitude da escala Tipo Likert utilizada (de 1- *não se aplica* a 7- *aplica-se totalmente*). Acrescente-se que o valor médio encontrado está abaixo da média obtida no estudo de referência (M=4.82, DP= 1.31) de Ferreira (2017), no entanto, salvaguarda-se que esta diferença não é estatisticamente significativa.

Tabela 2: Medidas descritivas da Segurança Psicológica sociodemográficas e profissionais

Segurança Psicológica (Itens/ total)	M	DP	Frequências de resposta ^b				
			0%	25%	50%	75%	100%
Q1. Se nesta equipa cometemos um erro, este é frequentemente usado contra nós	4.77 ^a	1,18	17.70		58.30		
Q2. Os membros desta equipa são capazes de abordar problemas e assuntos difíceis	3.83	1,06	30.70		39.60		
Q3. Por vezes, as pessoas desta equipa rejeitam outros por serem diferentes	4.80 ^a	1,27	19.80		56.30		
Q4. Nesta equipa é seguro arriscar	3.05	1,08	14.60		63.00		
Q5. É difícil pedir ajuda a outros membros da minha equipa	5.06 ^a	1,36	16.10		62.50		
Q6. Ninguém desta equipa tentaria, deliberadamente, prejudicar os meus esforços	3.26	1,47	21.40		64.60		
Q7. Quando trabalho com os outros membros da equipa, as minhas competências e talentos únicos são valorizados e utilizados	4.07	1,21	34.90		35.40		
Total	4.12	0.65			--		

^a Itens reversos – as médias devem ser interpretadas de forma inversa.

^b Legenda:  Aplica-se muito a totalmente Aplica-se moderadamente Não se aplica ou aplica-se pouco

5.4. Fatores de Risco Psicossociais

No que concerne aos dados recolhidos com COPSQ III (Tabela 3), destaca-se os FRPs de Exigências cognitivas (M=4.02; DP=0.65) e Exigências emocionais (M=3.69; DP=0.77) cujos valores médios enquadram-se em elevada exposição e subsequente risco e impacto na saúde

(≥ 3.66) – segundo a orientação de Silva et al., (2011). Por outro lado, os FRPs de Possibilidades de desenvolvimento, Significado do trabalho, e Transparência do papel laboral, apresentam igualmente valores ≥ 3.66 , no entanto, tratando-se estes de fatores protetores/ subescalas positivas, estes valores altos representam valores de exposição adequados/ não correspondentes a exposição de risco. As restantes subescalas apresentam valores de exposição moderados/medianos (Tabela 3).

Na interpretação global dos percentis tripartidos correspondentes ao impacto na saúde que a exposição representa (modelo semáforo), apenas 7 (das 31 subescalas/FRPs), apresentam nível de exposição favorável/ sem risco de impacto na saúde (mais de 50% dos participantes reportam valores ≤ 2.33 , Tabela 3). Estes FRPS são: Influência no trabalho; Controlo sobre o tempo de trabalho; Conflito de papeis laborais; Suporte social de superiores; Compromisso face ao trabalho; Insegurança no trabalho e Qualidade do trabalho (Tabela 3).

Por outro lado, nos FRPs de Exigências cognitivas, Exigências emocionais e *Burnout*, observa-se mais de 50% dos participantes a reportar valores ≥ 3.66 , cuja interpretação se enquadra em situação de risco para a saúde. A estes adicionam-se mais 13 FRPs com mais de 25% dos participantes a reportar valores de exposição de ≥ 3.66 nomeadamente: Exigências quantitativas, ritmo, influência no trabalho, reconhecimento, transparência do papel laboral, qualidade da liderança, sentimento de pertença à comunidade, insegurança com as condições de trabalho, conflito trabalho família, justiça no trabalho, problemas em dormir, stress, sintomas depressivos.

De forma sumária, e considerando o enquadramento nas respetivas dimensões dos FRPS que maior risco representa, destacam-se as dimensões Exigências Laborais, Relações Sociais e Liderança, bem como Saúde e Bem-Estar, como aquelas cujos FRFs representam maior risco (Tabela 3).

Tabela 3: Medidas descritivas do COPSOQ III e respetivos FRPs

Dimensão/ Subescala (FRPs)		M	DP	Impacto na saúde ^a				
				0%	25%	50%	75%	100%
Exigências Laborais	Exigências quantitativas	2.63	0.73					
	Ritmo	3.41	0.86					
	Exigências cognitivas	4.02	0.65					
	Exigências emocionais	3.69	0.77					
Organização de trabalho e conteúdo	Influência no trabalho	2.98	0.81					
	Possibilidades de desenvolvimento	3.93	0.81					
	Controlo sobre o tempo de trabalho	2.85	0.81					
	Significado do trabalho	4.05	0.79					
Relações Sociais e Liderança	Previsibilidade	2.78	0.83					
	Reconhecimento	2.96	0.95					
	Transparência do papel laboral	3.77	0.85					
	Conflito de papéis laborais	3.12	0.71					
	Qualidade da liderança	3.05	0.97					
	Suporte social de colegas	3.42	0.79					
	Suporte social de superiores	2.77	1.06					
	Sentido de pertença à comunidade	3.59	0.85					
Interação Trabalho-Individuo	Compromisso face ao local de trabalho	3.35	0.88					
	Insegurança no trabalho	2.06	1.14					
	Insegurança com as condições de trabalho	3.02	1.05					
	Qualidade do trabalho	3.53	0.88					
	Conflito trabalho-família	3.39	0.97					
	Satisfação com o trabalho	3.18	0.87					
Capital Social	Confiança horizontal	2.73	0.64					
	Confiança vertical	3.22	0.81					
	Justiça no trabalho	2.73	0.84					
Personalidade	(Autoeficácia)	3.58	0.68					
Saúde e Bem-estar	Saúde geral	3.10	0.97					
	Problemas em dormir	3.01	1.09					
	Burnout	3.54	0.99					
	Stress	3.29	0.99					
	Sintomas Depressivos	2.97	1.13					

^a Interpretação dos FRPs, segundo o modelo tripartido do COPSOQ, representando, o impacto na saúde que a exposição representa, em percentagem de respostas.

Legenda: Favorável Intermédia Risco

5.5. Segurança do cliente

No que concerne à dimensão Expectativas da supervisão/gestão, verifica-se um valor médio baixo (M=2.88, DP=1.06), estando o mesmo abaixo dos valores de referência da população portuguesa (Eiras et al., 2014), sendo a diferença estatisticamente significativa, com tamanho

de efeito elevado: $t(191) = -9.411$, $p \leq .001$, 95% CI [-.868, -.567], $d = 1.056$. De forma global, verifica-se que, a percentagem de respostas positivas supera as restantes categorias em todos os itens da dimensão. No entanto, importa igualmente realçar percentagens $\geq 25\%$ de respostas negativas nos mesmos itens (Tabela 4).

Tabela 4: Medidas descritivas das Expectativas da supervisão/gestão

Expectativas da supervisão/gestão (Itens/ total)	M	DP	Frequências de resposta ^b				
			0%	25%	50%	75%	100%
O seu supervisor/diretor tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos	2.82	1.40	40.60%				31.80%
O seu supervisor/diretor leva seriamente em consideração, as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente	3.16	1.38	50.50%				25.50%
Sempre que existe pressão, o meu supervisor/diretor quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso nos leve a seguir por alguns atalhos	2.78	1.51	36.50%				25.00%
O meu supervisor/diretor revê os problemas que acontecem relacionados com a segurança do doente, repetidamente	2.78	1.44	38.00%				30.20%
Total**	2.88	1.06	41.41%				28.13%

^a Legenda: ■ Positivo ▨ Não se aplica ▩ Neutro ■ Negativo

** Valor médio abaixo da média do estudo de referência, com diferença estatisticamente significativa ($p \leq .001$).

Na dimensão Abertura na comunicação, verifica-se um valor médio de total de 3.05 (DP= 0.85), valor este abaixo dos valores de referência da população portuguesa (Eiras et al., 2014), cuja diferença é estatisticamente significativa, com tamanho de efeito elevado: $t(191) = -5.684$, $p \leq .001$ 95% CI [-0.471, -0.229], $d = .853$. De forma global, verifica-se que a percentagem de respostas positivas supera as restantes categorias tanto na escala total e na maioria dos respetivos itens. Verifica-se exceção no item “*Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos que têm maior autoridade*”, cuja percentagem de respostas negativas supera as positivas (Tabela 5). Importa igualmente realçar percentagens $\geq 20\%$ de respostas negativas nos restantes itens.

Tabela 5: Medidas descritivas da Abertura na comunicação

Abertura na comunicação (Itens/ total)	M	DP	Frequências de resposta ^b				
			0%	25%	50%	75%	100%
Os profissionais falarão livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente	3.28	1.10					
Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos que têm maior autoridade	2.88	1.10					
Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo	2.99	1.40					
Total**	3.05	0.85					

^a Legenda: ■ Positivo ▨ Não se aplica ▨ Neutro ■ Negativo

** Valor médio abaixo da média do estudo de referência, com diferença estatisticamente significativa ($p \leq .001$).

Já na dimensão Feedback e comunicação sobre o erro, verifica-se um valor médio de 2.88 (DP= 0.83), valor este abaixo dos valores de referência da população portuguesa (Eiras et al., 2014), cuja diferença é estatisticamente significativa, com tamanho de efeito elevado: $t(191) = -8.592, p \leq .001, 95\% \text{ CI } [-0.635, 0.398], d=.833$. Destaca-se a elevada percentagem de respostas negativas (42.70%) na questão “É-nos fornecido feedback acerca das mudanças a efetuar, baseadas nos relatórios de ocorrências”, sendo que, nos restantes itens e escala total, a percentagem de respostas positivas supera as restantes categorias (Tabela 6).

Tabela 6: Medidas descritivas do *feedback* e comunicação sobre o erro

Feedback e comunicação sobre o erro (Itens/ total)	M	DP	Frequências de resposta ^b				
			0%	25%	50%	75%	100%
É-nos fornecido <i>feedback</i> acerca das mudanças a efetuar, baseadas nos relatórios de ocorrências	2.66	1.21					
Somos informados acerca de erros que aconteçam neste Serviço/unidade.	3.00	1.17					
Neste Serviço/unidade discutimos modos de prevenção de repetição de erros	3.04	1.19					
Total**	2.88	0.83					

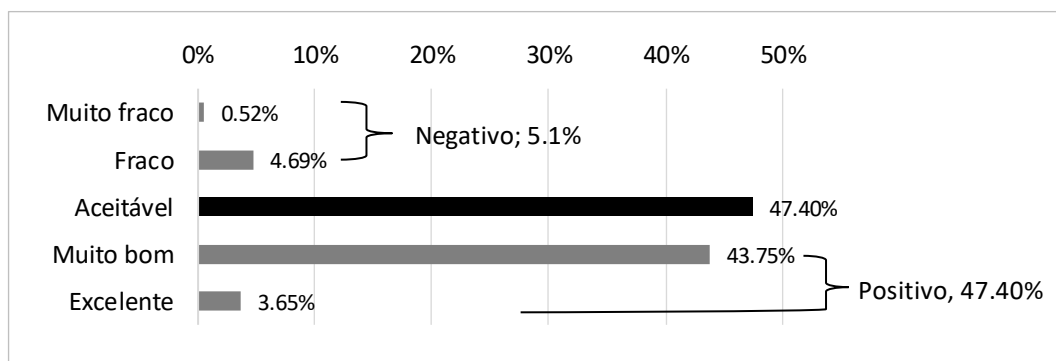
^a Legenda: ■ Positivo ▨ Não se aplica ▩ Neutro ■ Negativo

** Valor médio abaixo da média do estudo de referência, com diferença estatisticamente significativa ($p \leq .001$).

Relativamente aos resultados da Avaliação geral da segurança do Cliente, os valores médios obtidos no presente estudo ($M= 3.45$, $DP= 0.67$) revelam-se ligeiramente acima dos valores de referência da população portuguesa (Eiras et al., 2014), não sendo encontrada diferença estatisticamente significativa. De forma global a maioria das respostas caracteriza a Segurança do Cliente como aceitável (47.40%) a muito bom (43.75%) (Figura 7).

No que concerne à interpretação das respostas (em termos de respostas negativas, neutras e positivas), verifica-se que a percentagem de respostas positivas supera as restantes categorias.

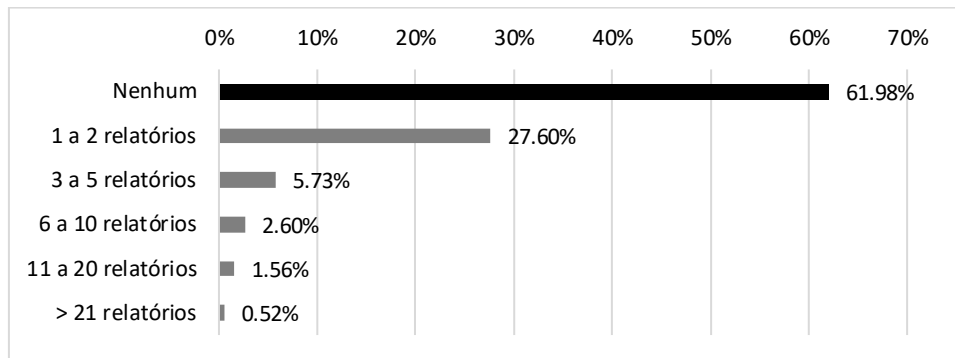
Figura 7: Avaliação geral da Segurança do Cliente



Por fim, em termos de Número de Notificações realizadas (relatórios), verifica-se que 61.98% dos enfermeiros ($n=119$) refere não ter efetuado qualquer notificação nos últimos

12 meses, enquanto 38.00% realizou uma ou mais notificações (Figura 8). Os valores médios confirmam a tendência para um baixo número de notificações realizadas ($M= 0.55$, $DP 0.90$), verificando-se que este valor se encontra muito abaixo do valor de referência (Eiras et al., 2014), cuja diferença é estatisticamente significativa e com tamanho de efeito elevado $t(191) = -39.064$, $p \leq .001$, 95% CI $[-2.671, -2.414]$, $d= .902$.

Figura 8: Número de Notificações realizadas



5.6. Variáveis sociodemográficas e profissionais, Segurança Psicológica, Segurança do cliente e FRPs

Na análise da relação de variáveis sociodemográficas e profissionais com a Segurança Psicológica e Segurança do cliente, são identificadas diversas relações estatisticamente significativas (ANEXO XXVII).

Em termos de variáveis sociodemográficas, verificou-se que a idade apresenta correlação positiva e significativa, ainda que fraca, com a Avaliação geral sobre a segurança do Cliente ($r= .204$, $p \leq 0.01$). Por outro lado, a habilitação académica evidenciou uma correlação negativa e igualmente fraca, mas significativa, quer com a Abertura à comunicação ($r= -.154$, $p \leq 0.05$), como com o Feedback e comunicação sobre o erro ($r= -.217$, $p \leq 0.01$) (ANEXO XXVII).

Por sua vez, em termos de variáveis profissionais, verifica-se que os anos de experiência no BO tem correlações positivas, estatisticamente significativas, ainda que fracas, com a Segurança Psicológica ($r= .157$, $p \leq 0.05$), a Abertura à comunicação ($r= .172$, $p \leq 0.05$), a Avaliação geral sobre a segurança do Cliente ($r= .176$, $p \leq 0.05$) e o Número de Notificações realizadas ($r= .157$, $p \leq 0.05$). Por sua vez, os anos de experiência (total), apenas têm correlação estatisticamente significativa positiva, mas fraca, com a Avaliação geral sobre a segurança do Cliente ($r= .180$, $p \leq 0.01$). Por outro lado, estar a tempo inteiro no BO apenas se correlaciona positivamente de forma significativa ainda que fraca com o Feedback e

comunicação sobre o erro ($r = .196, p \leq 0.01$). Em termos de funções, destaca-se a acumulação de funções de gestão, a qual surge com o maior número de correlações estatisticamente significativas, nomeadamente com a Segurança Psicológica ($r = .148, p \leq 0.05$), bem como com as dimensões de Abertura à comunicação ($r = .208, p \leq 0.01$), Feedback e comunicação sobre o erro ($r = .153, p \leq 0.05$), Avaliação geral sobre a segurança do Cliente ($r = .230, p \leq 0.01$) e Número de Notificações realizadas ($r = .294, p \leq 0.01$). Já a acumulação de funções como enfermeiro não revela relação com as restantes variáveis (ANEXO XXVII).

No que concerne à relação de fatores socioprofissionais com FRPs, são encontradas diversas relações estatisticamente significativas (ANEXO XXVIII).

Destaca-se a acumulação de funções de gestão como o fator que apresenta maior número de correlações com os FRPs (correlação com 20 dos 31 FRPs), quando comparado com todos os outros fatores socioprofissionais avaliados. Salienta-se que a acumulação de funções de gestão tem correlação positiva, estatisticamente significativa e de efeito moderado com Justiça no trabalho ($r = .344, p \leq 0.01$), Influência no trabalho ($r = .339, p \leq 0.01$), Previsibilidade ($r = .339, p \leq 0.01$), Compromisso face ao local de trabalho ($r = .338, p \leq 0.01$), Suporte social de superiores ($r = .352, p \leq 0.01$) e Controlo sobre o tempo de trabalho ($r = .331, p \leq 0.01$). Por outro lado, na acumulação de (outras) funções como enfermeiro, não é verificada qualquer correlação significativa (ANEXO XXVIII).

Importa igualmente salientar que os anos de experiência em BO apresenta maior número de correlações com diversos FRPs, quando comparado com os anos de experiência total (ANEXO XXVIII). Destaca-se o elevado número de correlações significativas (positivas e negativas) da experiência em BO com as dimensões Relações sociais e liderança e Interface trabalho-indivíduo. Na relação entre experiência em BO e dimensão Relações sociais e liderança, destaca-se as correlações positivas estatisticamente significativas com os FRPs de Previsibilidade ($r = .183, p \leq 0.05$), Reconhecimento ($r = .168, p \leq 0.05$), Suporte social de colegas ($r = .166, p \leq 0.05$) e Sentido de pertença à comunidade (no trabalho, $r = .201, p \leq 0.01$). Já na relação entre experiência em BO e dimensão Interface trabalho-indivíduo evidencia-se as correlações estatisticamente significativas com os FRPs de Insegurança no trabalho ($r = -.265, p \leq 0.01$), Insegurança com as condições de trabalho ($r = -.170, p \leq 0.01$) e Satisfação com o trabalho ($r = .192, p \leq 0.01$). Importa igualmente salientar a correlação positiva, estatisticamente significativa com o FRP Autoeficácia (dimensão de Personalidade, $r = .227, p \leq 0.01$). Ressalva-se que estas correlações são baixas (ANEXO XXVIII).

Por fim, no fatoridade verifica-se elevado número de correlações significativas (positivas e negativas) com os FRPs da dimensão Interface trabalho-indivíduo (quando comparado com o número de correlações encontradas em outras dimensões), nomeadamente Insegurança

no trabalho ($r = -.188, p \leq 0.01$), Insegurança com as condições de trabalho ($r = -.203, p \leq 0.01$), Qualidade do trabalho ($r = .155, p \leq 0.05$), e Conflito trabalho-família ($r = -.181, p \leq 0.05$) (ANEXO XXVIII).

Por outro lado, foi efetuada comparação entre os grupos de Especialidade de enfermagem (Especialidade médico-cirúrgica, Outras especialidades, Sem especialidade/ Não especialista), no que refere às pontuações médias obtidas na Segurança Psicológica e Dimensões de Segurança do Cliente.

Foram verificadas diferenças entre os grupos nas dimensões Abertura à Comunicação [$F(2, 189) = 3.517, p \leq .05, \omega^2 = .011$], Feedback e comunicação sobre o erro [$F(2, 189) = 2.523, p \leq .05, \omega^2 = .028$], bem como Reporte de Relatórios de ocorrência [$F(2, 189) = 8.112, p \leq .001, \omega^2 = .069$] (Tabela 7).

O teste *post hoc* de Bonferroni (que é mais conservador e robusto para diferentes tamanhos de grupo (Field, 2009)), mostrou que nas dimensões Abertura à Comunicação o valor médio para o grupo Especialidade Médico cirúrgica ($M = 3.22, DP = 0.79$) são mais elevados, quando comparados com os restantes grupos, evidenciando-se diferença estatística em relação ao grupo Sem especialidade/ não especialista ($M = 2.98, DP = 0.92$) (Tabela 7). Também na dimensão Feedback e comunicação verifica-se o valor médio para o grupo Especialidade Médico cirúrgica ($M = 3.06, DP = 0.78$) é mais elevado, quando comparados com os restantes grupos, evidenciando-se diferença estatística em relação ao grupo Sem especialidade/ não especialista ($M = 2.77, DP = 0.99$) (Tabela 7). Ressalva-se que é verificado tamanho de efeito baixo. Por outro lado, na dimensão Número de notificações, o inverso é encontrado, sendo que o valor médio do grupo Sem especialidade/ Não especialista ($M = 0.85, DP = 1.14$) é superior quando comparado com os restantes grupos, verificando-se diferença estatisticamente significativa com tamanho de efeito moderado, em relação ao grupo de Especialidade Médico cirúrgica ($M = 0.29, DP = 0.52$) (Tabela 7).

Tabela 7: Comparação entre os grupos de Especialidade de Enfermagem com Segurança Psicológica e Segurança do Cliente

Escala	Grupos/ Especialidade	M	DP	Diferenças entre os grupos ^{a, b}
Seg. Psicológica	Médico cirúrgica	4.12	0.76	
	Outra	4.22	0.93	
	Não especialista	3.71	0.76	
Expectativas da supervisão/gestão	Médico cirúrgica	3.03	1.06	
	Outra	2.70	1.03	
	Não especialista	2.96	1.08	
Abertura à Comunicação	Médico cirúrgica	3.22	0.79	
	Outra	2.88	0.88	
	Não especialista	2.98	0.92	
Feedback e comunicação sobre o erro	Médico cirúrgica	3.06	0.78	
	Outra	2.72	0.82	
	Não especialista	2.77	0.99	
Segurança Geral	Médico cirúrgica	3.39	0.70	
	Outra	3.52	0.59	
	Não especialista	3.45	0.83	
Número de Relatórios de ocorrência	Médico cirúrgica	0.29	0.52	
	Outra	0.78	1.08	
	Não especialista	0.85	1.14	

^a As diferenças estatísticas significativas estão assinaladas com seta preta (direcionada de média mais alta para a mais baixa). Linhas tracejadas indicam que não foi encontrada diferença estatística.

^b Legenda: MC=Médico cirúrgica, Outra= Outras especialidades, NE= Não especialista.

5.7. Segurança Psicológica, Segurança do cliente e FRPs

Na análise da relação entre as variáveis Segurança Psicológica, e dimensões da Segurança do Cliente (Expectativas da supervisão/gestão, Abertura à Comunicação, Feedback e comunicação sobre o erro, Segurança Geral do cliente, Número de notificações), verificam-se correlações positivas, estatisticamente significativas em todas as dimensões observadas, exceto o Número de Notificações realizadas. Estas correlações são fracas a moderadas (Tabela 8).

Foram também incluídas as relações entre Segurança Psicológica e dimensões de Segurança do Utente como o conhecimento acerca de erros no BO (Erros BO) e pressão para o cumprimento do plano cirúrgico (Pressão BO). Verifica-se que o conhecimento acerca dos erros apresenta uma correlação negativa significativa e moderada com o Número de notificações ($r = -.324, p \leq 0.001$). Por sua vez, o fator pressão para o cumprimento do plano cirúrgico apresentam correlação negativa, significativa com a Segurança Psicológica ($r = -.220, p \leq 0.001$), bem como com dimensões de Feedback ($r = -.163, p \leq 0.05$) e Segurança do Cliente Geral ($r = -.315, p \leq 0.001$).

Tabela 8: Relação entre as variáveis Segurança Psicológica e Segurança do Cliente

	Seg.	Seg. do Cliente ^a				
	Psicológica	SC-ExG	AC	F	SC-G	SC-R
Seg. Psicológica	-	.291**	.352**	.334**	.376**	0.07
SC-ExG		-	.449**	.438**	.290**	-0.014
Seg. do	AC		-	.763**	.321**	-0.039
Cliente	F			-	.345**	-0.057
	SC-G				-	-0.108
Erros BO	-0.138	-0.03	-0.095	-0.113	-.324**	0.132
Pressão BO	-.220**	-0.096	-0.091	-.163*	-.315**	0.083

^a Legenda: SC-ExG= Expectativas da supervisão/gestão, AC= Abertura à Comunicação, F= Feedback e comunicação sobre o erro, SC-G= Segurança do cliente geral, SC-R= Reporte de relatórios de ocorrência. Por sua vez, Erros BO= conhecimento acerca de erros no BO e Pressão BO= pressão para o cumprimento do plano cirúrgico.

No que concerne à análise da relação entre FRPs com Segurança Psicológica, bem como as dimensões de Segurança do cliente, foram encontradas diversas correlações positivas e negativas, estatisticamente significativas (ANEXO XXIX). A Segurança Psicológica apresenta correlação estatisticamente significativa com todos os FRPs incluídos nas dimensões de Organização de trabalho e conteúdo, Relações Sociais e Liderança, Interação Trabalho-indivíduo, Capital Social e Personalidade (autoeficácia), sendo a correlação mais elevada verificada com o FRP de Sentido de pertença à comunidade (no trabalho) ($r = .483, p \leq 0.01$) (ANEXO XXIX).

Ao nível da Segurança do cliente, nas dimensões Expectativas da supervisão/gestão, Abertura à Comunicação, Feedback e comunicação sobre o erro, Segurança do utente geral, (exceto Número de notificações), destaca-se as correlações encontradas com as dimensões de Organização de Trabalho e Conteúdo, Relações Sociais e Liderança, bem como Capital Social (ANEXO XXIX). Na Expectativas da supervisão/gestão e Abertura à Comunicação, a correlação mais forte é encontrada com o FRP de Suporte social de superiores ($r = .500, p \leq$

0.01). Nas dimensões *Abertura à Comunicação e Feedback* e *comunicação sobre o erro* verificam-se correlações mais elevadas com o FRP de Suporte social de colegas ($r = .473, p \leq 0.01$; $r = .481, p \leq 0.01$). Por sua vez, em *Segurança do utente geral* destaca-se a correlação mais elevada com o FRP de Justiça no trabalho ($r = .411, p \leq 0.01$). Por fim, a dimensão *Número de notificações* apresenta menor quantidade de correlações com FRPs avaliados, sendo a mais elevada a correlação negativa com *Insegurança com as condições de trabalho* ($r = -.179, p \leq 0.05$) (ANEXO XXIX).

6. Discussão

Nesta etapa metodológica pretende-se discutir e interpretar os resultados, orientados pelas questões de investigação, designadamente *“Como se caracteriza o contexto de trabalho dos enfermeiros do perioperatório, em termos de SP e FRPs?”* (Q1); *“Como se relacionam as variáveis sociodemográficas e profissionais com as variáveis de SP e FRPs dos enfermeiros perioperatórios?”* (Q2); e *“Como se relaciona a Segurança Psicológica, os riscos psicossociais e a segurança do cliente?”* (Q3).

Assim, a matriz da discussão define-se em três partes, designadamente: (i) a caracterização do contexto de trabalho dos enfermeiros do perioperatório, em termos de SP e FRPs; (ii) a relação das variáveis sociodemográficas e profissionais com a SP e os FRPs dos enfermeiros perioperatórios; (iii) a relação entre a Segurança Psicológica e os riscos psicossociais dos enfermeiros perioperatórios e a segurança do cliente.

Contexto de trabalho dos enfermeiros do perioperatório, em termos de SP e FRPs

Relativamente à SP, verificou-se um valor médio moderado, abaixo do valor de referência da média nacional (Ferreira, 2017), apesar da diferença encontrada não ser estatisticamente significativa.

A escassez de estudos no âmbito da avaliação da Segurança Psicológica no perioperatório a nível nacional, tornam este estudo inovador e com contributos para se compreender este construto psicológico na dinâmica organizacional num ambiente altamente complexo como é o bloco operatório (Bello et al., 2022).

O BO é um espaço físico no qual os enfermeiros estão expostos a um conjunto de fatores que podem comprometer a sua saúde física e Psicológica.

Os resultados do estudo sugerem a necessidade de intervenção em 25 FRPS (num total de 31) que apresentam um nível de exposição não favorável e, portanto, com potencial impacto na saúde. As exigências cognitivas, emocionais e o *burnout* sobressaem neste contexto, apresentando taxas de exposição a estes FRPS superiores a 50.00%, enquadrando-se em situação de risco para a saúde (Silva et al., 2011).

Estes resultados estão em consonância com a literatura, a qual refere que a necessidade constante de atenção inerente ao exercício das suas funções contribui para as exigências físicas que diariamente os enfermeiros vivenciam no perioperatório, acompanhadas pela

tomada de decisões por vezes difíceis e a exposição a situações emocionalmente exigentes, num ambiente regularmente tenso (Akansel, Akansel & Yanik, 2019). Detentores de níveis elevados de conhecimentos, os enfermeiros perioperatórios precisam de ser altamente flexíveis e adaptativos (Benze, Spruce, & Groah 2021).

Por outro lado, lidar com os problemas pessoais de outras pessoas, incluindo a falta de respeito, o autoritarismo, a falta de capacidade do outro profissional gerir o seu stress e o abuso são fatores descritos na literatura (Teymoori et al., 2022; Higgins & Macintosh, 2010) como podendo contribuir para as exigências emocionais que os enfermeiros enfrentam no perioperatório.

A profissão de Enfermagem é aliás, considerada como uma das mais expostas aos riscos psicossociais por os enfermeiros se encontrarem frequentemente sujeitos a situações de maior exaustão emocional e de stress (Lopes et al., 2022).

Benze, Spruce e Groah (2021) referem que muitos são os fatores podem contribuir para o *burnout* nos enfermeiros perioperatórios, nomeadamente a exaustão física, o ter de trabalhar num ambiente de elevada complexidade técnica, os altos níveis de stress com jornadas de trabalho longas e, o assédio moral. O aumento da complexidade dos clientes e procedimentos, os recursos limitados, o ritmo de trabalho e pressão no perioperatório são também identificados noutros estudos como fatores contributivos para o *burnout* no perioperatório (Halpin, Terry & Curzio, 2017; Wang, Liu & Wang, 2015). Note-se que a síndrome de *burnout* é caracterizada por exaustão emocional, baixa realização profissional e, despersonalização, tendo elevados custos e podendo impactar negativamente a sua saúde e desempenho (Munhoz et al., 2020; Ribeiro, 2018).

No presente estudo, mais 13 FRPs - cujas taxas de resposta enquadradas no valor risco de exposição ao FRP supera os 25%, exigem igualmente atenção as Exigências quantitativas, o ritmo e a influência no trabalho, o reconhecimento, a transparência do papel laboral, a qualidade da liderança, o sentimento de pertença à comunidade, a insegurança com as condições de trabalho, o conflito trabalho-família, a justiça no trabalho, os problemas em dormir, o stress, e os sintomas depressivos. De forma sumária, destacam-se assim, as dimensões Exigências Laborais, Relações Sociais e Liderança, bem como Saúde e Bem-Estar, cuja exposição representa maior risco, evidenciando-se como uma prioridade de intervenção.

Como consequências da exposição a estes FRPs, vários estudos documentam o seu impacto, podendo-se desenvolver doenças – com repercussões a nível psiconeuroimunológico, cognitivo, emocional, comportamental e, social; absentismo,

acidentes de trabalho, decréscimo da produtividade e qualidade do trabalho entre outros (Silva et al., 2011).

Variáveis sociodemográficas e profissionais com as variáveis de SP e FRPs dos enfermeiros perioperatórios

Em termos de relação entre Segurança Psicológica e os fatores sociodemográficos e profissionais, salienta-se a correlação estatisticamente significativa positiva com os anos de experiência no BO, bem como a acumulação com funções de gestão.

Os enfermeiros perioperatórios mais experientes, bem como os que acumulam funções de gestão e, portanto, eventualmente mais bem incluídos na organização, atendem mais facilmente às diferentes etapas inerentes à Segurança Psicológica descritos por Clark (2020) e, por se sentirem incluídos e aceites, seguros em aprender e contribuir, são também os que questionam ideias e propõe mudanças sem medo.

Importa igualmente salientar as diversas correlações significativas (positivas) entre a acumulação de funções de gestão pelos enfermeiros perioperatórios e a segurança do cliente, em consonância com as competências do enfermeiro especialista ou gestor que a OE reconhece em termos da sua responsabilidade na promoção da garantia da segurança dos cuidados (Diário da República, 2.ª série, N.º 135 — 16 de julho de 2018; Diário da República, 2.ª série, N.º 48 de 10 de março de 2015).

Por sua vez, na relação dos fatores sociodemográficos e profissionais com os FRPs, destacam-se as correlações entre a idade e a dimensão Interface Trabalho-Indivíduo bem como a acumulação com funções de gestão e os anos de experiência em bloco, os quais surgem com maior número de correlações, estatisticamente significativas, com os FRPs avaliados.

A correlação negativa entre a idade e a insegurança no trabalho (na dimensão Interface Trabalho-Indivíduo) caracterizada no COPSOQ III (Cotrim et al., 2022) por sentirem-se preocupados em ficar desempregados; em serem transferidos para outro posto de trabalho ou o seu horário ser mudado contra a sua vontade, refletem de facto, a imprevisibilidade e insegurança experienciada, posicionando os jovens num dos grupos sociais de maior vulnerabilidade (Carmo & Matias, 2019) que importa, assim atender.

A correlação negativa da idade e conflito trabalho-família sugerem a importância de se investir em medidas que apoiem particularmente os jovens enfermeiros do perioperatório de forma que as exigências do seu trabalho não interfiram negativamente com a sua vida

privada e familiar. A dificuldade dos enfermeiros em conciliar trabalho e família é documentada por outros estudos (Zhang et al., 2023; Labrague, Ballad & Fronda, 2021).

Neste contexto, a correlação negativa da insegurança no trabalho e das condições de trabalho com os anos de experiência e o acúmulo de funções de gestão, sugere para a melhoria desta condição provavelmente associada às conquistas de segurança laboral e de direitos entretanto adquiridos ao longo do seu desenvolvimento profissional.

Já o exercício de funções de gestão dos enfermeiros perioperatórios e as correlações positivas com os diversos FRPs sugerem a importância em particular de se investir em programas de capacitação no domínio da gestão de riscos psicossociais para este grupo de profissionais.

Pela responsabilidade inerente ao exercício das suas funções na gestão da equipa, na implementação da melhoria contínua da qualidade de uma prática profissional e ética na equipa que lidera (Diário da República, 2.ª série, N.º 48 de 10 de março de 2015) o seu desempenho pode ficar condicionado com exposição a FRPs com potencial risco para a sua saúde, como pelo risco de impactar negativamente a segurança do cliente e, bem-estar da equipa.

Segurança Psicológica, riscos psicossociais e a segurança do cliente

Segurança do cliente

O Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas de 2021 (Ministério da Saúde, 2021) evidencia o início da recuperação da atividade assistencial no SNS, pós-pandemia, salientando-se o incremento de 25.60% de cirurgias programadas e, do número de cirurgias realizadas no âmbito do SIGIC, face ao ano anterior, em 22.50%.

Longas horas de trabalho (Benze, Spruce & Groah, 2021) e um ritmo de trabalho intenso são uma realidade para os profissionais do perioperatório, com 58.30% dos participantes do presente estudo a referirem pressão para o cumprimento do plano cirúrgico de forma regular (32.80%), frequente (16.10%) ou muito frequente (9.40%) e, reportando fazendo-o com que a equipa apresse ou não execute procedimentos de segurança.

É igualmente expressivo que 79.20% dos enfermeiros perioperatórios do presente estudo, já viu cometerem-se erros no BO com o potencial de causar danos nos clientes, com 38.00% a realizar uma ou mais relatórios de ocorrência/notificações nos últimos 12 meses.

Os resultados da dimensão Expectativas da supervisão/gestão, abertura na comunicação, feedback e comunicação do erro estão abaixo dos valores de referência para a população portuguesa (Eiras et al., 2014), cuja diferença é estatisticamente significativa, com tamanho de efeito elevado.

Apesar da percentagem de respostas positivas superar as restantes categorias em todos os itens da dimensão de Segurança avaliadas, importa realçar que 25.00% ou mais dos participantes neste estudo refere que o seu supervisor/gestor não tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos; não leva em séria consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do cliente; mesmo que exista pressão quer que os colaboradores trabalhem mais rapidamente e não revendo os problemas que aconteçam relacionados com a segurança do cliente.

Já 42.70% dos participantes referem que não recebem feedback acerca das mudanças necessárias com base nos relatórios de ocorrências e 29.20% refere que no serviço não se discutem modos de prevenção de repetição de erros, o que revela a importância de se investir na melhoria deste processo em contexto perioperatório.

McElroy et al. (2022) evidenciam a importância do *debriefing* como uma estratégia a utilizar no perioperatório que deve ser promovida, para facilitar a discussão construtiva, num ambiente de apoio e promover a redução dos erros, a aprendizagem das equipas e a segurança do cliente.

Por fim e, tendo em consideração que as respostas positivas superaram as respostas negativas nas categorias de Segurança em todos os itens da dimensão avaliadas, pode-se considerar que existe uma avaliação positiva sobre a segurança geral do cliente, designadamente 47.40% dos participantes avalia-a como aceitável e 43.75% como muito boa e, 3.65% excelente; revelando oportunidades de investimento no sentido de a melhorar.

Os enfermeiros perioperatórios terão neste contexto, uma responsabilidade significativa na promoção da segurança, afirmando-se como o grupo profissional com maior predisposição para reportar incidentes (Sidika et al., 2020; Farag & Anthony, 2015) e, com um papel ativo na defesa e proteção dos direitos, saúde e segurança do cliente (Benze, Spruce & Groah, 2021).

O EEEMC demonstra competências especializadas na garantia da segurança do cliente e, na prevenção de eventos adversos (OE, 2018), evidenciando-se no presente estudo diferenças estatisticamente significativa entre quem tem especialidade médico cirúrgica e outras especialidades nas dimensões Abertura à comunicação, e Feedback e comunicação sobre o erro - embora com tamanho efeito baixo, verificando-se nestas dimensões diferenças

estatísticas entre os valores médios para o grupo Especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica (que são mais elevados) quando comparados com os restantes grupos.

Os resultados podem sugerir que, por estes enfermeiros com Especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica serem detentores de competências suportadas na evidência científica (OE, 2018), isso pode contribuir para se sentirem mais à vontade para questionar as decisões e ações dos que têm maior autoridade (Abertura à comunicação) e, pelo exercício das suas funções, ser-lhes fornecido feedback acerca das mudanças a efetuar, informados acerca de erros e discutir modos de prevenção de erros (Feedback e comunicação sobre o erro). A OE (2018, p.19367) salienta *“o enfermeiro especialista na área de Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória mobiliza conhecimentos e habilidades que garantam a segurança da pessoa, profissionais e ambiente”*.

Contudo, o número de relatórios de ocorrência/notificações médio realizadas pelo grupo de enfermeiros sem especialidade/não especialista é superior quando comparado com os restantes grupos, verificando-se diferenças estatisticamente significativas, com tamanho de efeito moderado. O clima/cultura organizacional é descrito no estudo de (Aljabari & Kadhim, 2021) como uma das principais barreiras à notificação, o que pode eventualmente suportar estes resultados.

Segurança Psicológica e Segurança do Cliente

Os resultados sugerem a importância da Segurança Psicológica na promoção da segurança do cliente ao se verificar correlações positivas, estatisticamente significativas, entre a Segurança Psicológica e as dimensões: expectativas da supervisão/gestão, abertura à comunicação, feedback e comunicação sobre o erro e segurança geral do cliente, exceto no número de relatórios de ocorrência/notificações.

Embora existam estudos que evidenciam relação entre Segurança Psicológica e promoção da segurança do cliente e o respetivo aumento das notificações de incidentes (Aljabari & Kadhim, 2021), no presente estudo 41.70% dos participantes perceciona que, se na equipa se cometer um erro, frequentemente este será usado contra eles, identificando-se aliás o medo das consequências como uma das principais barreira à notificação descritas por outros estudos (Aljabari & Kadhim, 2021; Soydemir, Intepeler & Mert, 2017).

O próprio Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD, 2021) sensível a esta questão, recomenda a aprendizagem com o erro, numa cultura não punitiva e de melhoria contínua.

Já a pressão para o cumprimento do plano cirúrgico que faz a equipa apressar e não executar procedimentos de segurança, apresenta correlação negativa com a Segurança Psicológica, dimensão de feedback e segurança geral. De facto, um contexto de pressão caracterizado por ser difícil pedir ajuda manifestada por 37.50% dos participantes e com 42.70% dos participantes a não ter feedback nem informação acerca dos erros que acontecem no serviço (25.50%) contribui negativamente para a Segurança Psicológica (Lee & Dahinten, 2021) e, no presente estudo, relacionando-se negativamente essa percepção de pressão com a segurança do cliente.

Um estudo de Jimmieson et al. (2016) reconhece por exemplo, a influencia negativa das elevadas cargas de trabalho e a pressão do tempo na adesão à correta higiene das mãos dos enfermeiros, constituindo o clima de segurança uma variável chave na sua mitigação.

Estudos evidenciam a relação positiva entre Segurança Psicológica e a segurança do cliente (Rudolph, Pian-Smith & Minehart, 2022; Wright, 2021; Greene, Gilmartin & Saint, 2020) evidenciando a importância de se investir nesta em contexto perioperatório.

Segundo Murray, Kelly e Hanover (2022), uma equipa que se sente segura e capacitada, à vontade para fazer perguntas, levantar preocupações, identificar erros e que dá sugestões de melhoria, promove a segurança do cliente.

A correlação negativa entre a segurança do cliente geral e a *percepção dos erros no BO operatório com o potencial de causar danos nos clientes* evidencia a importância de se investir em práticas seguras e estratégias que previnam a ocorrência de erros com potencial de impactar negativamente a saúde e a própria vida do cliente (Zabihirad, Mojdeh, & Shahriari, 2019).

Segurança Psicológica e Riscos Psicossociais

A Segurança Psicológica apresenta correlação com todos os FRPs incluídos nas dimensões de Organização de trabalho e conteúdo; Relações sociais e liderança, Interação trabalho individuo, Capital Social e Personalidade (autoeficácia), sendo a correlação mais elevada verificada com o FRP de Sentido de pertença à comunidade (no trabalho).

Neste estudo verifica-se a relação da Segurança Psicológica com as possibilidades de desenvolvimento, a qualidade de liderança, o suporte social dos colegas e superiores, a questão da insegurança no trabalho, a confiança horizontal e vertical, o sentido de autoeficácia entre outros.

O sentido de pertença à comunidade e a vivencia de um bom ambiente de trabalho entre os participantes e os seus colegas, onde se é apoiado e em que se verifica cooperação,

reveste-se de especial importância. Para Clark (2020) a Segurança Psicológica é a condição na qual os colaboradores sentem-se incluídos e aceites, seguros de pertencer à equipa, reforçando esta ideia de pertença.

Já os sintomas depressivos, o stress, a insegurança no trabalho-família, a insegurança no trabalho e nas condições de trabalho, as exigências quantitativas e os conflitos de papéis laborais a apresentam neste estudo uma relação significativa negativa com a Segurança Psicológica, sendo igualmente reforçada essa relação por outros estudos (Kerrissey et al., 2022; Klinefelter et al., 2021; Obrenovic et al., 2020)

Riscos Psicossociais e Segurança do cliente

Ao nível da Segurança do cliente (expectativas supervisor/gestor, abertura à comunicação, feedback e segurança geral do cliente), destaca-se as correlações encontradas com as dimensões de Organização do trabalho e conteúdo, Relações sociais e Liderança e Capital social.

De facto, os resultados, tal como noutros estudos, identificam FRPs como as possibilidades de desenvolvimento (Nijkamp & Foran, 2021); a confiança horizontal (Doo & Choi, 2021), a justiça no trabalho (Gluschkoff et al., 2021), a qualidade de liderança (Peñataro-Pintado et al., 2021; Silvia, Kusumapradja & Jus' at, 2021); o suporte social dos colegas (Serou et al., 2021), a autoeficácia (Peñataro-Pintado et al., 2021), a satisfação com o trabalho (Kristensen et al., 2015), entre outros fatores, a apresentar uma correlação positiva com a segurança do cliente.

A dimensão expectativas de supervisão e gestão apresenta correlação mais forte com o FRP de Suporte social de superiores e, portanto, a frequência com que a chefia direta fala com os colaboradores sobre o desempenho laboral e proporciona a ajuda e apoio necessário relaciona-se com as expectativas que depositam no supervisor/gestor em termos de cultura de segurança do cliente. Estudos evidenciam a importância da qualidade de liderança na prevenção e gestão dos riscos psicossociais (Akansel, Akansel, & Yanik, 2019) como na promoção da segurança do cliente (Sandelin, Kalman & Gustafsson, 2019).

Nas dimensões abertura à comunicação e feedback verificam-se correlações mais elevadas com o FRP de Suporte social de colegas, designadamente com a frequência que Cotrim et al., (2022) caracteriza com que os colegas estão recetivos a escutar sobre os problemas do trabalho, falam sobre o seu próprio desempenho, ajudam e apoiam os seus colegas de trabalho.

No perioperatório, uma estrutura hierárquica forte afirma-se como uma barreira à segurança do cliente e à comunicação (Ead, 2014), pelo que a existência de suporte social entre colaboradores sugere-se neste estudo ser um fator protetor de segurança do cliente ao promover a abertura à comunicação e feedback em contexto organizacional.

Por sua vez, na segurança geral do cliente destaca-se a correlação mais elevada com o FRP de Justiça no trabalho que Cotrim et al. (2022) descrevem como ser promovida quando o trabalho é distribuído de forma justa; com o reconhecimento de um bom trabalho; com as sugestões dos colaboradores a serem tratados de forma séria pela gestão e os conflitos resolvidos de uma forma justa.

A gestão de conflitos de forma justa e a sua prevenção são fundamentais para a criação de um bom ambiente de trabalho saudável. Estudos evidenciam a importância da comunicação e do trabalho de equipa na promoção da segurança do cliente (Abebe et al., 2024; Sparling et al., 2023; Burgener, 2020; Ahn & Lee, 2019). A justiça no trabalho a ser associada igualmente a menores níveis de absentismo (Franklin & Franklin, 2017).

7. Conclusão

Os enfermeiros perioperatórios vivenciam níveis moderados de Segurança Psicológica e estão expostos a um número significativo de FRPs, sugerindo-se a necessidade de se encetarem por estratégias efetivas de prevenção e gestão de riscos psicossociais - que protejam e promovam a saúde e bem-estar e, garantam a sua segurança.

As exigências laborais (cognitivas e emocionais) e o *burnout* evidenciam-se pelo que a sua exposição pode-se refletir em efeitos adversos na saúde dos colaboradores.

A necessidade de intervenção em 25 FRPs num total de 31 e, reconhecendo as repercussões negativas decorrentes da sua exposição, quer direto, quer indireto, na sua saúde física e bem-estar, sugere a inexistência ou ineficácia de estratégias de prevenção robusta e efetivas direcionadas para os enfermeiros perioperatórios.

A prevenção dos riscos psicossociais que promova em particular nos enfermeiros mais novos, conciliação do trabalho e da vida familiar e, a promoção de condições de segurança no trabalho é sugestivo de especial atenção, posicionando-se estes jovens enfermeiros como um dos grupos de maior vulnerabilidade.

O investimento em locais de trabalho perioperatórios saudáveis é cada vez mais relevante à medida que se reconhece que, uma força de trabalho saudável e motivada, promove Segurança Psicológica na organização, com benefício para a segurança do cliente.

Neste contexto, importa investir na melhoria da organização do trabalho e conteúdo, o capital social e as relações sociais e de liderança. Neste sentido, importa que os enfermeiros perioperatórios atribuam significado e propósito ao seu trabalho, sejam reconhecidos e recompensados, giram o seu tempo e recursos, tenham a possibilidade de demonstrar as suas competências, sintam-se apoiados e pertencentes ao grupo, reconhecidos e recompensados com possibilidades de desenvolvimento, num contexto psicologicamente seguro.

A Segurança Psicológica, FRPs e segurança do cliente são construtos que se relacionam e que importa atender em contexto perioperatório. O presente estudo deu valiosos contributos para a promoção de locais de trabalho perioperatórios saudáveis e de segurança do cliente, pelo que consideramos que foi possível alcançar os objetivos inicialmente definidos.

Limitações e Sugestões para Investigações Futuras

Embora os dados recolhidos sejam de enfermeiros perioperatórios de diversos contextos do território, estes não podem ser generalizados dado o tamanho da amostra e a sua representatividade. Este estudo de natureza correlacional e cariz transversal, não possibilita o estabelecer de relação causa-efeito, sendo a leitura e interpretação dos resultados por isso condicionada.

Salienta-se que os dados obtidos em relação aos FRPs e as áreas onde se evidencia maior risco implicam uma análise mais detalhada para assim se melhor intervir e diminuir o risco.

Investir na prevenção e intervenção dos FRPS, implementar estratégias de promoção da saúde Psicológica e do bem-estar no local de trabalho, investir em práticas de gestão de lideranças facilitadoras, promover a saúde e bem-estar dos colaboradores e competências do autocuidado, valorizar a formação continua e praticas laborais positivas com empatia, interajuda e, uma gestão justa de objetivos são alguns exemplos de intervenção possíveis para a promoção de locais de trabalho saudáveis (Gaspar et al., 2023) e, que importa atender no contexto perioperatório.

A escassez de estudos em contexto nacional sobre Segurança Psicológica, limitou a nossa capacidade de comparar os resultados com estudos similares. Sugerimos a realização de estudos adicionais que utilizem ambas metodologias quantitativas e qualitativas para promover um melhor conhecimento da Segurança Psicológica, FRPS e, maximizar a segurança do cliente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caminho realizado revelou-se uma experiência amplamente positiva, germinando na aquisição de um nível elevado de competências de juízo crítico, planeamento e de decisão no âmbito da EMC à pessoa em situação perioperatória e, culminando na elaboração do presente relatório.

Gratidão pelas experiências, oportunidades e apoio – do orientador, tutores, professores, colegas e equipas multidisciplinares, para o desenvolvimento de competências de forma autónoma, interdisciplinar que muito contribuíram para o enriquecimento da identidade enquanto EEMC à pessoa em situação perioperatória e a aplicação de conhecimentos no processo de tomada de decisão na área científica de enfermagem, nos diversos contextos de estágios.

Neste caminho procuramos evidenciar a aquisição de competências técnicas, científicas e relacionais que criam valor nas organizações e, em particular no cliente cirúrgico e sua família/pessoa significativa.

Com a elaboração deste relatório procuramos descrever assim, as aprendizagens e competências adquiridas, refletindo sobre as experiências vivenciadas durante o estágio à pessoa em situação perioperatória.

Soft skills como assertividade, comunicação, empatia, resiliência, proatividade, criatividade, flexibilidade foram aprimoradas, na procura da promoção constante da excelência dos cuidados de enfermagem perioperatórios.

Um caminho extremamente enriquecedor e de partilha de experiências com profissionais perioperatórios, disponíveis por nos darem esse privilégio de crescer também com eles e, que nos motivaram à *praxis* de excelência de cuidados especializados com base na sua experiência e, alicerçados na evidência científica.

Acreditamos que este percurso afirma -se como âncora no âmbito do desenvolvimento profissional enquanto EEMC à pessoa em situação perioperatória; um estímulo essencial para a promoção de cuidados perioperatórios de qualidade, assente no conhecimento e no progresso científico ao mesmo tempo que prioriza no centro dos cuidados, o cliente e sua família/pessoa significativa.

Na componente de investigação, salientamos para a importância de se criarem ambientes de trabalho saudáveis e da Segurança Psicológica para a promoção da segurança do cliente no contexto perioperatório.

Embora existam algumas limitações do estudo, como as referidas anteriormente, relacionadas com o facto de os dados não poderem ser generalizados - dado o tamanho da amostra e, exigirem igualmente uma avaliação mais detalhada - no que respeita aos FRPS, o mesmo representa um contributo valioso para uma melhor compreensão da Segurança Psicológica e dos riscos psicossociais dos enfermeiros perioperatórios.

A criação de um ambiente de trabalho saudável no contexto perioperatório, é um processo contínuo fundamental para a promoção do bem-estar e segurança dos enfermeiros perioperatórios, como a garantia da segurança do cliente.

A vivência de níveis moderados de Segurança Psicológica e o número elevado de FRPs sugerem para a importância de se intervir, em particular a nível das exigências laborais (cognitivas e emocionais) e *burnout*.

A liderança neste contexto, possui um papel determinante num ambiente de trabalho saudável e na criação de um clima de acolhimento promotor de Segurança Psicológica, na qual importa investir em contexto organizacional.

Importa referir, o compromisso de divulgar o presente estudo no meio científico sob a publicação de artigo, uma comunicação oral ou poster, para assim também contribuir para a promoção da divulgação, visibilidade e excelência dos cuidados especializados enquanto EEMC à pessoa em situação perioperatória.

Salientamos que a vivência da pandemia tornou este caminho ainda mais desafiante e o desenvolvimento de metodologias pedagógicas como o investimento do ensino online, com a resiliência, o apoio da direção e do corpo docente da ESSNorteCVP, constituíram igualmente um valioso recurso para o sucesso e alcance dos objetivos propostos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abebe, E., Cooper, R., Zink, R., DeLaurentis, P., Degnan, D., & Barach, P. (2024). Enhancing medication safety during the perioperative period. In *Handbook of Perioperative and Procedural Patient Safety* (pp. 165-190). <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-66179-9.00015-4>
- Ahn, S., & Lee, N. (2019). Experience of communication for patient safety by perioperative nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 25(4), 329-339. <https://doi.org/10.11111/jkana.2019.25.4.329>
- Akansel, N., Akansel, M., & Yanik, H. (2019). Association of organisational stress with fatigue in operating room nurses. *International Journal of Caring Sciences*, 12(2), 627-638.
- Aljabari, S., & Kadhim, Z. (2021). Common barriers to reporting medical errors. *The Scientific World Journal*, 2021. <https://doi.org/10.1155/2021/6494889>
- Andrade, L., Melo, L., Silva, I., Souza, R., Lima, A., Freitas, M., Batista, A., & Gama, Z. (2017). Adaptation and validation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture in an electronic Brazilian version. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(3), 455-468. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300004>
- Andreia, F., Carregoso, J., Pereira, M., Fernandes, R., Lemos, M., & Fragata, M. (2018). *Manual de cirurgia robótica*. Centro Clínico da Fundação Champalimaud.
- Argyris, C., & Schön, D. (1978). *Organizational learning: A theory of action perspective*. Addison-Wesley.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas. (2006). *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lusodidacta.
- Association of PeriOperative Registered Nurses. (2021). *AORN Position Statement on a Healthy Perioperative Practice Environment*. https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/position-statements/patient-workplace-safety/posstat-healthyperioppracenv-0721.pdf?sfvrsn=df148d53_1
- Association of PeriOperative Registered Nurses. (2014). AORN position statement on managing distractions and noise during perioperative patient care. *AORN journal*, 99(1), 22-26. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2013.10.010>

- Azenha, M., Rocha, C., Oliveira, E., Cruz, L., Pascoal, M., Macedo, A., & Gomes, M. (2017). *Recomendações da SPA para manutenção de normotermia no período perioperatório*. Consensos de manutenção da normotermia no período perioperatório. Sociedade Portuguesa de Anestesiologia.
- Bass, B. (1990). From transactional to transformational leadership: Learning to share the vision. *Organizational Dynamics*, 18, 19-32. [http://dx.doi.org/10.1016/0090-2616\(90\)90061-S](http://dx.doi.org/10.1016/0090-2616(90)90061-S).
- Batista, J., Cruz, E., Silva, D., Nazário, S., & Antunes, B. (2023). Impact of surgical checklists on the time of surgical processes: a cross-sectional study. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 50. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20233425-en>
- Bello, C., Filipovic, M., Anderegg, L., Heidegger, T., Urman, R., & Luedi, M. (2022). Building a well-balanced culture in the perioperative setting. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2022.05.003>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora.
- Benze, C., Spruce, L., & Groah, L. (2021). *Perioperative Nursing: Scope and Standards of Practice*. AORN Inc
- Bhardwaj, P. (2019). Types of Sampling in Research. *Journal of the Practice of Cardiovascular Sciences*, 5, 157-163. https://doi.org/10.4103/jpcs.jpcs_62_19
- Bourdieu P. (2008). *Para uma sociologia da ciência*. Edições 70, Lda.
- Burgener, A. (2020). Enhancing communication to improve patient safety and to increase patient satisfaction. *The health care manager*, 39(3). <https://doi.org/128-132.10.1097/HCM.0000000000000298>
- Canilho, J. (2019). *Análise da Eficiência dos Hospitais Públicos Portugueses com Recurso à Metodologia de Data Envelopment Analysis*. [Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa]. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/41351>
- Carmo, R., & Matias, A. (2019). As dimensões existenciais da precariedade: jovens trabalhadores e os seus modos de vida. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 118, 53-78. <https://doi.org/10.4000/rccs.8502>
- Caspe Healthcare Knowledge Systems Healthcare Accreditation. (2018). Programa de Acreditação para Organizações de Cuidados de Saúde Normas para Acreditação de Serviços Especializados e de Apoio. Versão 1.
- Çelik, S., Koken, O., Canda, A., & Esen, T. (2022). Experiences of perioperative nurses with robotic-assisted surgery: a systematic review of qualitative studies. *Journal of Robotic Surgery*, 1-11. <https://doi.org/10.1007/s11701-022-01511-9>

- Centro Clínico Champalimaud. (2023). <https://fchampalimaud.org/pt-pt/centro-clinico-champalimaud>
- Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE. (2022). Manual da Qualidade da Qualidade - Unidade de Cirurgia de Ambulatório. [Documento interno]
- Chaparro, A., Keebler, J., Lazzara, E., & Diamond, A. (2019). Checklists: a review of their origins, benefits, and current uses as a cognitive aid in medicine. *Ergonomics in design*, 27(2), 21-26. <https://doi.org/10.1177/1064804618819181>
- Clark, T. (2020). *The 4 stages of psychological safety: Defining the path to inclusion and innovation*. Berrett-Koehler Publishers.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2016). *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE/ICNP): versão 2015*. Ed. Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros. https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf
- Cotrim, T., Bem-Haja, P., Pereira, A., Fernandes, C., Azevedo, R., Antunes, S., Pinto, J., Kanazawa, F., Souto, I., Brito, E., & Silva, C. (2022). The Portuguese Third Version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire: Preliminary Validation Studies of the Middle Version among Municipal and Healthcare Workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1167. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031167>
- Cronbach, L. (1951). Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests. *Psychometrika*, 16(3).
- Cumpsty-Fowler, C., & Saletnik, L. (2021). Influencing Well-Being in Perioperative Nursing: The Role of Leaders. *AORN journal*, 114(5), 426-429. <https://doi.org/10.1002/aorn.13548>
- de Almeida, C. (2023). *Ensaio sobre o conceito de literacia em saúde*. Sociedade Portuguesa Literacia em Saúde. Ponteditora.
- Decreto-Lei n.º 161/1996 do Ministério da Saúde: Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. (1991). Diário da República n.º 205, Série I-A de 04-09-1996. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640> Decreto-Lei n.º 50 - A/2007 do Ministério da Saúde: Aprova a transformação de instituições em entidades públicas empresariais. (2007). Diário da República n.º 42, Série I de 28-02-2007. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/50-a-2007-470071>
- Despacho n.º 5613/2015 do Ministério da Saúde: Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. (2015). Diário da República n.º 102, Série II de 27-05-2015. <https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>

- Despacho n.º 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde: Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. (2021). Diário da República n.º 187, Série II de 24-09-2021. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde, 11*(2), 55-66. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>
- Direção-Geral da Saúde. (2009). *Manual de Implementação – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44186/9789241598590_por.pdf?sequence=71&isAllowed=y
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma nº 2: Cirurgia Segura, Salva-Vidas*. <https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-Cirurgia-Segura-Salva-Vidas.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma n.º 001/2017 de 08/02/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*. <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Cirurgia Segura Salva Vidas. Relatório de Monitorização-2014*. <https://docplayer.com.br/10249446-Cirurgia-segura-salva-vidas-relatorio-de-monitorizacao-2014.html>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Guia Técnico N.º 3 da DGS - Vigilância da saúde dos trabalhadores expostos a fatores de risco psicossocial no local de trabalho. Programa Nacional de Saúde Ocupacional*. Ministério da Saúde. <https://bussola.gov.pt/Guias%20Prcticos/Guia%20t%C3%A9cnico%20vigil%C3%A2ncia%20da%20sa%C3%BAde%20mental%20dos%20trabalhadores%20-%20Vers%C3%A3o%20s%C3%ADntese.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico/>
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências a Antimicrobianos*. <https://www.dgs.pt/ms/15/pagina.aspx?ur=1&id=5514>

- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in Health Care*. University Press.
- Doo, E., & Choi, S. (2021). Effects of horizontal violence among nurses on patient safety: Mediation of organisational communication satisfaction and moderated mediation of organisational silence. *Journal of Nursing Management*, 29(3), 526-534. <https://doi.org/10.1111/jonm.13182>
- Ead, H. (2014). Perianesthesia nursing—beyond the critical care skills. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 29(1), 36-49. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2013.05.012>
- Edmondson, A. (1999). Psychological Safety and learning behavior in work teams. *Administrative science quarterly*, 44(2), 350-383. <https://doi.org/10.2307/2666999>
- Edmondson, A. (2019). *The fearless organization: Creating Psychological Safety in the workplace for learning, innovation, and growth*. John Wiley & Sons.
- Edmondson, A., & Lei, Z. (2014). Psychological safety: The history, renaissance, and future of an interpersonal construct. *Annu. Rev. Organ. Psychol. Organ. Behav.*, 1(1), 23-43. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091305>
- Edmondson, A., Kramer, R., & Cook, K. (2004). Psychological safety, trust, and learning in organizations: A group-level lens. In R. M. Kramer & K. S. Cook (Eds.), *Trust and distrust in organizations: Dilemmas and approaches* (pp.239–272). Russel Sage Foundation
- Eiras, M., Escoval, A., Grillo, I., & Silva-Fortes, C. (2014). The hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals: instrument validity and reliability. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 27(2), 111–122. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-07-2012-0072>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2022). *Cirurgia de Ambulatório | SINAS*. <https://apch2.ers.pt/pages/232>
- Eskola, S., Roos, M., McCormack, B., Slater, P., Hahtela, N., & Suominen, T. (2016). Workplace culture among operating room nurses. *Journal of Nursing Management*, 24(6), 725-734. <https://doi.org/10.1111/jonm.12376>
- Eurofound. (2022). *Psychosocial risks*. <https://www.eurofound.europa.eu/topic/psychosocial-risks>
- European Agency for Safety and Health at Work. (2009). *Psychosocial risks and stress at work / Safety and health at work EU-OSHA*. <https://osha.europa.eu/en/themes/psychosocial-risks-and-stress>
- European Operating Room Nurses Association (2020). *Best Practice for perioperative care*. <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2020/09/EORNA-Best-Practice-for-Perioperative-Care-Edition-2020.pdf>

- Farag, A., & Anthony, M. (2015). Examining the relationship among ambulatory surgical settings work environment, nurses' characteristics, and medication errors reporting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 30(6), 492-503. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2014.11.014>
- Feil, M. (2017). Distractions in the operating room. *Distracted Doctoring: Returning to Patient-Centered Care in the Digital Age*, 143-160. https://doi.org/10.1007/978-3-319-48707-6_11
- Fernandes, C., & Pereira, A. (2016). Exposição a fatores de risco psicossocial em contexto de trabalho: revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*, 50. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006129>
- Ferreira, A., & Carregoso, J. (2018). *Manual de cirurgia robótica do Centro Clínico da Fundação Champalimaud*. Fundação Champalimaud.
- Ferreira, M. (2017). *Eficácia grupal: O papel da Segurança Psicológica e da aprendizagem grupal* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. <http://hdl.handle.net/10316/84242>
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS* (2.ª Edição). Sage Publications.
- Figueiredo, A., Potra, T., & Lucas, P. (2020). Transição de cuidados de enfermagem: ISBAR na promoção da segurança dos doentes – revisão scoping. *Ámbitos. Revista Internacional de Comunicación*, 32-48. <https://dx.doi.org/10.12795/Ambitos.2020.i49.03>
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Franklin, J., & Franklin, T. (2017). Improving preoperative throughput. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 32(1), 38-44. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2015.03.012>
- Fundação Champalimaud (2023). Serviços Clínicos. Centro Cirúrgico Champalimaud. <https://fchampalimaud.org/pt-pt/centro-clinico-champalimaud>
- Galante, D., & Melchionda, M. (2019). The introduction of bispectral index (BIS) in anesthesia practice. *Anaesthesia, Pain & Intensive Care*, 230-231.
- Gaspar, T., Telo, E., Rocha-Nogueira, J., & LABPATS (2023). *Manual de Boas Práticas: Promoção de Ambientes de Trabalho Saudáveis*. Laboratório Português de Ambientes de Trabalho Saudáveis.
- Gerschenfeld, A. (2022a). "Painting" tissues with light to detect cancerous tumours and their margins. Fundação Champalimaud. <https://www.fchampalimaud.org/news/painting-tissues-light-detect-cancerous-tumours-and-their-margins>
- Gerschenfeld, A. (2022b). *New form of surgical remote supervision takes its first steps*. Fundação Champalimaud. <https://www.fchampalimaud.org/news/new-form-surgical-remote-supervision-takes-its-first-steps>

- Gliem, J., & Gliem, R. (2003). Calculating, Interpreting, and Reporting Cronbach's Alpha Reliability Coefficient for Likert-Type Scales. *Midwest Research to Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education*, 82–88. <https://hdl.handle.net/1805/344>
- Gluschkoff, K., Kaihlanen, A., Palojoki, S., Laukka, E., Hyppönen, H., Karhe, L., Saranto, K., & Heponiemi, T. (2021). Reporting of health information technology system-related patient safety incidents: The effects of organizational justice. *Safety Science*, 144, 105450. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0925753521002940>
- Grailey, K., Murray, E., Reader, T., & Brett, S. (2021). The presence and potential impact of Psychological Safety in the healthcare setting: an evidence synthesis. *BMC health services research*, 21(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06740-6>
- Greene, M., Gilmartin, H., & Saint, S. (2020). Psychological Safety and infection prevention practices: Results from a national survey. *American journal of infection control*, 48(1), 2–6. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2019.09.027>
- Gümüs K. (2021). The Effects of Preoperative and Postoperative Anxiety on the Quality of Recovery in Patients Undergoing Abdominal Surgery. *Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 36(2), 174–178. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.08.016>
- Halpin, Y., Terry, L., & Curzio, J. (2017). A longitudinal, mixed methods investigation of newly qualified nurses' workplace stressors and stress experiences during transition. *Journal of advanced nursing*, 73(11), 2577-2586. <https://doi.org/10.1111/jan.13344>
- Han, J., & Roh, Y. (2020). Teamwork, psychological safety, and patient safety competency among emergency nurses. *International emergency nursing*, 51, 100892. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100892>
- Hartiti, T., Poddar, S., & Bhaumik, A. (2020). Development transformational leadership model to improve nurses' soft skills. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*, 16, 113-118.
- Hassard, J., Teoh, K., Thomson, L. & Blake, H. (2021). Understanding the cost of mental health at work: An integrative framework. In T. Wall, C. L. Cooper & P. Brough (Eds.), *The SAGE Handbook of Organizational Wellbeing* (pp. 9-25).
- Haugen, A., Sevdalis, N., & Sjøfteland, E. (2019). Impact of the World Health Organization surgical safety checklist on patient safety. *Anesthesiology*, 131(2), 420-425. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002674>

- Havaei, F., Astivia, O., & MacPhee, M. (2020). The impact of workplace violence on medical-surgical nurses' health outcome: A moderated mediation model of work environment conditions and burnout using secondary data. *International journal of nursing studies*, 109, 103666. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103666>
- Hedlund, E., & Österberg, J. (2013). Team training, team learning, leadership and psychology safety: A study of team training and team learning behavior during a Swedish military staff exercise. *Sociology Mind*, 3(1), 89-98. <https://doi.org/10.4236/sm.2013.31014>
- Higgins, B., & Macintosh, J. (2010). Operating room nurses' perceptions of the effects of physician-perpetrated abuse. *International nursing review*, 57(3), 321-327. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2009.00767.x>
- Huang, F., Brouqui, P., & Boudjema, S. (2021). How does innovative technology impact nursing in infectious diseases and infection control? A scoping review. *Nursing open*, 8(5), 2369–2384. <https://doi.org/10.1002/nop2.863>
- Hupke, M., Van den Broek, K., & Kudas, F. (2013). *Psychosocial risks and workers health - OSH-wiki | European Agency for Safety and Health*. <https://oshwiki.osha.europa.eu/en/themes/psychosocial-risks-and-workers-health>
- International Council of Nurses (2015). *Enfermeiros: Uma força para a Mudança – Eficiência + Eficácia=Ganhos em Saúde. Dia Internacional do Enfermeiro 2015*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8892/kit_die2015_vf.pdf
- Jaensson, M., Dahlberg, K., & Nilsson, U. (2019). Factors influencing day surgery patients' quality of postoperative recovery and satisfaction with recovery: a narrative review. *Perioperative Medicine*, 8, 1-7. <https://doi.org/10.1186/s13741-019-0115-1>
- Jain, A., Torres, L., Teoh, K. & Leka, S. (2022). The impact of national legislation on psychosocial risks on organisational action plans, psychosocial working conditions, and employee work-related stress in Europe. *Social science & Medicine*, 302, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114987>
- Jimmieson, N., Tucker, M., White, K., Liao, J., Campbell, M., Brain, D., Page, K., Barnett, A., & Graves, N. (2016). The role of time pressure and different Psychological Safety climate referents in the prediction of nurses' hand hygiene compliance. *Safety Science*, 82, 29-43. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2015.08.015>
- Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health. (1986). *Psychosocial Factors at Work: Recognition and Control*. International Labour Organisation, 56.
- Jones, C., & Durbridge, M. (2016). Culture, Silence and Voice: The Implications for Patient Safety in the Operating Theatre. *Journal of Perioperative Practice*, 26(12), 281-284. <https://doi.org/10.1177/175045891602601204>

- Jung, O., Kundu, P., Edmondson, A., Hegde, J., Agazaryan, N., Steinberg, M., & Raldow, A. (2021). Resilience vs. vulnerability: Psychological safety and reporting of near misses with varying proximity to harm in radiation oncology. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 47(1), 15-22. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2020.09.005>
- Kerrissey, M., Hayirli, T., Bhanja, A., Stark, N., Hardy, J., & Peabody, C. (2022). How Psychological Safety and feeling heard relate to burnout and adaptation amid uncertainty. *Health Care Management Review*, 47(4), 308-316. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000338>
- Kingston, M., Dowell, P., Mossburg, S., Makkenchery, A., Hough, K., (2022). *Annual Perspective: Psychological Safety of Healthcare Staff*. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). <https://psnet.ahrq.gov/perspective/annual-perspective-psychological-safety-healthcare-staff>
- Kirkpatrick, D. (2009). *Implementing the four levels: A practical guide for effective evaluation of training programs*. Berrett-Koehler Publishers.
- Kirkpatrick, D., & Kirkpatrick, J. (2006). *Evaluating training programs: The four levels*. Berrett-Koehler Publishers.
- Klinefelter, Z., Sinclair, R., Britt, T., Sawhney, G., Black, K., & Munc, A. (2021). Psychosocial safety climate and stigma: Reporting stress-related concerns at work. *Stress and Health*, 37(3), 488-503. <https://doi.org/10.1002/smi.3010>
- Kristensen, S., Sabroe, S., Bartels, P., Mainz, J., & Christensen, K. (2015). Adaption and validation of the Safety Attitudes Questionnaire for the Danish hospital setting. *Clinical epidemiology*, 149-160. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S75560>
- Kumar, S., Massey, N., Jasline, M., & Sahu, M. (2023). Does Quality Nursing Care Affects the Patient Satisfaction. *International Journal of Research in Medical Surgical Nursing*, 4(1), 1-9.
- Labrague, L., Ballard, C., & Fronda, D. (2021). Predictors and outcomes of work–family conflict among nurses. *International Nursing Review*, 68(3), 349-357. <https://doi.org/10.1111/inr.12642>
- Lateef F. (2020). Maximizing Learning and Creativity: Understanding Psychological Safety in Simulation-Based Learning. *Journal of emergencies, trauma, and shock*, 13(1), 5–14. https://doi.org/10.4103/JETS.JETS_96_19
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. Springer.
- Lee, S. , & Dahinten, V. (2021). Psychological Safety as a Mediator of the Relationship Between Inclusive Leadership and Nurse Voice Behaviors and Error Reporting. *Journal of nursing scholarship*, 53(6), 737–745. <https://doi.org/10.1111/jnu.12689>

- Liu, H., Cao, Y., Li, L., Bai, Y., & Liu, J. (2022). Effectiveness of robotic surgery for endometrial cancer: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 1-14. <https://doi.org/10.1007/s00404-021-06229-x>
- Liu, H., Wang, Y., Wu, C., Fei, W., & Luo, E. (2020). Robotic surgery versus open surgery for thyroid neoplasms: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 146, 3297-3312. <https://doi.org/10.1007/s00432-020-03418-0>
- Lögde, A., Rudolfsson, G., Broberg, R., Rask-Andersen, A., Wålinder, R., & Arakelian, E. (2018). I am quitting my job. Specialist nurses in perioperative context and their experiences of the process and reasons to quit their job. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(4), 313-320. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy023>
- Lopes, J., Patrício, A., Lopes, D., Duarte, M., & Gomes, J. (2022). Estratégias de Prevenção do Burnout nos Enfermeiros-Revisão da Literatura. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional online*, 13, 1-15. <https://doi.org/10.31252/RPSO.04.06.2022>
- Luther, B., Barra, J., & Martial, M. (2019). Essential nursing care management and coordination roles and responsibilities: a content analysis. *Professional Case Management*, 24(5), 249-258. <https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000355>
- Mabona, J., van Rooyen, D., & Ham-Baloyi, W. (2022). Best practice recommendations for healthy work environments for nurses: An integrative literature review. *Health SA Gesondheid*, 27(1). <https://doi.org/10.4102/hsag.v27i0.1788>
- Machado, L., Camponogara, S., & Moreira, D. (2021). O empoderamento como componente do trabalho do enfermeiro: tendência de teses e dissertações. *Brazilian Journal of Development*, 7(8), 83103-83117
- Madireddy, S., & Rufa, E. (2021). Maintaining Confidentiality and Psychological Safety in Medical Simulation. StatPearls Publishing.
- Maroco, J. (2010). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de dados Quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Psiquilíbrios Edições
- McElroy, C., Skegg, E., Mudgway, M., Murray, N., Holmes, L., Weller, J., & Hamill, J. (2022). Psychological safety, hierarchy, and other issues in operating room debriefing: reflexive thematic analysis of interviews from the frontline. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2022.09.23.22280268>
- McKinsey & Company (2021). *Psychological Safety and the critical role of leadership development Survey*. <https://www.mckinsey.com/capabilities/people-and-organizational-performance/our-insights/psychological-safety-and-the-critical-role-of-leadership-development>

- Mcleod, R., Myint-Wilks, L., Davies, S., & Elhassan, H. (2021). The impact of noise in the operating theatre: a review of the evidence. *The Annals of The Royal College of Surgeons of England*, *103*(2), 83-87. <https://doi.org/10.1308/rcsann.2020.700>
- Mehta, A., Ng, J. C., Awuah, W. A., Huang, H., Kalmanovich, J., Agrawal, A., Abdul-Rahman, T., Hasan, M. K., Sikora, V., & Isik, A. (2022). Embracing robotic surgery in low-and middle-income countries: Potential benefits, challenges, and scope in the future. *Annals of Medicine and Surgery*, *84*, 104803. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104803>
- Mota, A., Castilho, A., & Martins, M. (2021). Avaliação da segurança do doente no bloco operatório: percepção dos enfermeiros. *Revista De Enfermagem Referência*, *5*(6), 1-10. <https://doi.org/10.12707/RV20134>.
- Mota, A., & Castilho, A. (2019). Construção e validação psicométrica do Questionário de Segurança do Doente no Bloco Operatório. *Revista de Enfermagem Referência*, *4*(21), 67-78.
- Mulchandani, D., & Begani, M. (2021). Complications in Day Care Surgery: Our data over 20 years of ambulatory surgery. *Ambulatory Surgery*, *27*(4).
- Munhoz, O., Arrial, T., Barlem, E., Dalmolin, G., Andolhe, R., & Magnago, T. (2020). Occupational stress and burnout in health professionals of perioperative units. *Acta Paulista de Enfermagem*, *33*. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0261>
- Murray, J., Kelly, S., & Hanover, C. (2022). Promoting Psychological Safety in healthcare organizations. *Military medicine*, *187*(7-8), 808-810. <https://doi.org/10.1093/milmed/usac041>
- Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, M., & Cardoso, M. (2021). Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, *26*(2), 505-510. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40802020>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2019). *Taking action against clinician burnout: a systems approach to professional well-being*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25521>
- Neuhaus, C., Spies, A., Wilk, H., Weigand, M., & Lichtenstern, C. (2021). “Attention Everyone, Time Out!”: safety attitudes and checklist practices in anesthesiology in Germany. A cross-sectional study. *Journal of Patient Safety*, *17*(6), 467-471. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000386>
- Neves, J., Garrido, M., & Simões, E. (2015). *Manual de competências pessoais, interpessoais e instrumentais: Teoria e prática*. Edições Sílabo.

- Nijkamp, N., & Foran, P. (2021). The effects of staffing practices on safety and quality of perioperative nursing care-an integrative review. *Journal of Perioperative Nursing*, 34(1), 15-22. <https://doi.org/10.3316/informit.999137202967991>
- Nilsen, P., Seing, I., Ericsson, C., Birken, S., & Schildmeijer, K. (2020). Characteristics of successful Nilsen changes in health care organizations: an interview study with physicians, registered nurses and assistant nurses. *BMC health services research*, 20(1), 147. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4999-8>
- Obrenovic, B., Jianguo, D., Khudaykulov, A., & Khan, M. (2020). Work Family Conflict Impact on Psychological Safety and Psychological Well-Being: A Job Performance Model. *Frontiers in psychology*, 11, 475. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00475>
- O'Donovan, R., & McAuliffe, E. (2020). A systematic review of factors that enable Psychological Safety in healthcare teams. *International journal for quality in health care*, 32(4), 240-250. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa025>
- O'Donovan, R., De Brún, A., & McAuliffe, E. (2021). Healthcare Professionals Experience of Psychological Safety, Voice, and Silence. *Frontiers in psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.626689>
- Oliveira, P., Porfírio, C., Pires, R., Silva, R., Carvalho, J., Costa, T., & Sequeira, C. (2022). Psychoeducation Programs to Reduce Preoperative Anxiety in Adults: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 327. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph20010327>
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Sistemas de Informação de Enfermagem. Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados Saúde*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Divulgar - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017a). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroesqualidade-emc_rev.pdf.

- Ordem dos Enfermeiros. (2017b). Parecer Conjunto N.º 01/2017 do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Atribuição de Responsável de Turno., 1-3. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2023). *Prosperidade e Sustentabilidade das Organizações*. Relatório do Custo do Stresse e dos Problemas de Saúde Psicológica no Trabalho, em Portugal. Lisboa.
- Organização Mundial de Saúde (2009). *Orientações da OMS para Cirurgia Segura 2009: Cirurgia Segura Salva Vidas, Versão Portuguesa*. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_por.pdf;jsessionid=
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2019). Recommendation of the Council on Integrated Mental Health, Skills and Work Policy. OECD/LEGAL/0420. <https://legalinstruments.oecd.org/en/instruments/OECD-LEGAL-0420>
- Pappa, S., Sakkas, N., & Sakka, E. (2022). A year in review: sleep dysfunction and psychological distress in healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Sleep medicine, 91*, 237-245. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2021.07.009>
- Peñataro-Pintado, E., Rodríguez, E., Castillo, J., Martín-Ferrerres, M., De Juan, M., & Diaz Agea, J. (2021). Perioperative nurses' experiences in relation to surgical patient safety: A qualitative study. *Nursing inquiry, 28*(2), e12390. <https://doi.org/10.1111/nin.12390>
- Penedo, J. (Coord.), Gonçalves, G., Ormonde, L., Barros, M., Carvalho, M., Gomes, P., Sá, R., & Ribeiro, V. (2015). *Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios*. https://www.apca.com.pt/documentos/2015/Avaliacao_situacao_nacional_blocos_operatorios_Outubro2015.pdf
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS, 5ª edição revista e corrigida*. Edições Sílabo.
- Pierdevara, L., Ventura, I., Eiras, M., & Gracias, A. (2017). Trigger Tool na segurança do doente: uma revisão sistemática de literatura. *Portuguese Journal of Public Health, 35*(2), 69-76. <https://doi.org/10.1159/000479606>
- Pishgooie, A., Atashzadeh-Shoorideh, F., Falcó-Pegueroles, A., & Lotfi, Z. (2019). Correlation between nursing managers' leadership styles and nurses' job stress and anticipated turnover. *Journal of Nursing Management, 27*(3), 527-534. <https://doi.org/10.1111/jonm.12707>

- Pupkiewicz, J., Kitson, A., & Perry, J. (2015). What factors within the peri-operative environment influence the training of scrub nurses? *Nurse Education in Practice*, 15(5), 373–380. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.03.004>
- Pynea, S., Gloff, M., Kresoa, M., Spring, C., Gewandter, J., Lindenmutha, D., Kamdar, B., & Karana, S. (2021). Patient Selection Criteria in Ambulatory Surgery—A Single-Center Experience to Reflect on Development, Implementation and Evaluation of its Impact. *Ambulatory Surgery*, 27(4), 64–68.
- Rego, A., Sobral, F., Simões, A., Duarte, C., Reis, F., Quaresma, I., Guimarães, M., Teixeira, M., & Cunha, M. (2020). Garra dos líderes e capital psicológico dos liderados: Uma exploração concetual de condições moderadoras. *Psicologia*, 34(1), 1-12. <https://doi.org/10.17575/psicologia.v34i1.1435>
- Regulamento n.º 101/2015 da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. (2015). Diário da República n.º 48, Série II de 10-03-2015. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/101-2015-66699805>
- Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. (2018). Diário da República n.º 135, Série II de 16-07-2018. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República n.º 26, Série II de 06-02-2019. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Remtulla, R., Hagana, A., Houbby, N., Ruparell, K., Aojula, N., Menon, A., Thavarajasingam, S., & Meyer, E. (2021). Exploring the barriers and facilitators of Psychological Safety in primary care teams: a qualitative study. *BMC health services research*, 21(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06232-7>
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Climepsi Editores.
- Ribeiro, V. (2018). Stress and burnout among perioperative nurses. *Revista Sobecc*, 23(2) 59-60. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201800020001>
- Rodriguez, L., & Bloomstone, J. (2023). Benchmarking Outcomes for Day Surgery. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2023.03.001>
- Rothorck, J., & Smith, D. (2000). Selecting the perioperative patient focused model. *AORN journal*, 71(5), 1030-1037. [https://doi.org/10.1016/s0001-2092\(06\)61552-4](https://doi.org/10.1016/s0001-2092(06)61552-4)

- Rudolph, J., Pian-Smith, M., & Minehart, R. (2022). Setting the stage for speaking up: Psychological Safety and directing care in acute care collaboration. *British journal of anaesthesia*, *128*(1), 3–7. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2021.09.014>
- Ruetzler, K., & Kurz, A. (2018). Consequences of perioperative hypothermia. *Handbook of clinical neurology*, *157*, 687-697. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64074-1.00041-0>
- Sıdıka, K., Karaman, S., Demir, İ., Duygu, Ü., Kandemir, A., & Yiğit, D. (2020). Attitudes and Barriers to Incident Reporting for Doctors and Nurses in a University Hospital" s Surgery Departments. *Journal of Basic and Clinical Health Sciences*, *4*(2), 108-113. <https://doi.org/10.30621/jbachs.2020.930>
- Sandelin, A., Kalman, S., & Gustafsson, B. (2019). Prerequisites for safe intraoperative nursing care and teamwork—Operating theatre nurses’ perspectives: A qualitative interview study. *Journal of clinical nursing*, *28*(13-14), 2635-2643. <https://doi.org/10.1111/jocn.14850>
- Schein, E., & Bennis, W. (1965). *Personal and organizational change through group methods: The laboratory approach*. JohnWiley and Sons. Inc.
- Serou, N., Husband, A., Forrest, S., Slight, R., & Slight, S. (2021). Support for healthcare professionals after surgical patient safety incidents: a qualitative descriptive study in 5 teaching hospitals. *Journal of Patient Safety*, *17*(5), 335-340. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000844>
- Serviço Nacional De Saúde - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE. (2023). <https://www.sns.gov.pt/entidades-saude/centro-hospitalar-de-vila-nova-de-gaiaespinho-epe/>
- Serviço Nacional de Saúde. (2021). *Relatório Anual: Acesso aos cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas em 2021*. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/09/Relat%C3%B3rio-de-Acesso-2021.pdf>
- Sharara, S., & Radia, S. (2022). Quick response (QR) codes for patient information delivery: a digital innovation during the coronavirus pandemic. *Journal of Orthodontics*, *49*(1), 89-97. <https://doi.org/10.1177/14653125211031568>
- Sillero-Sillero, A., & Zabalegui, A. (2018). Organizational factors and burnout of perioperative nurses. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, *14*(1), 132-142. <https://doi.org/10.2174%2F1745017901814010132>

- Silva, C., Amaral, V., Pereira, A., Bem-haja, P., Pereira, A., Rodrigues, V., Cotrim, T., Silvério, J., & Nossa, P. (2011). *Copenhagen Psychosocial Questionnaire II: Portugal e Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa*. Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro.
- Silva, M. (2022). Gestão em saúde baseada em valor. In M. Frederico, & F. Sousa (Eds.), *Gerir com Qualidade em Saúde* (pp. 21-27). Lidel.
- Silva, M., Silva, M., Wang, Z., Melo, M., & Gouveia, M. (2022). Satisfação profissional e a qualidade dos cuidados de enfermagem—uma revisão integrativa. *Gestão e Desenvolvimento*, (30), 363-385. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11393>
- Silvia, V., Kusumapradja, R., & Jus' at, I. (2021). The Role of Transformational Leadership and Effective Communication on the Implementation of Patient Safety With Trust as Mediation. *Journal: JMMR (Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit)*, 10(2), 90-102. <https://doi.org/10.18196/jmmr.v10i2.10292>
- Simegn, G., Bayable, S., & Fetene, M. (2021). Prevention and management of perioperative hypothermia in adult elective surgical patients: A systematic review. *Annals of medicine and surgery* (2012), 72, 103059. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.103059>
- Singer, S., Gaba, D., Geppert, J., Sinaiko, A., Howard, S., & Park, K. (2003). The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *BMJ Quality & Safety*, 12(2), 112-118. <http://dx.doi.org/10.1136/qhc.12.2.112>
- Slawomirski, L., & Klazinga, N. (2022). The economics of patient safety: from analysis to action. *OECD Health Working Papers*, 145. <https://doi.org/10.1787/761f2da8-en>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sorra, J., & Nieva, V. (2004). *Hospital survey on patient safety culture*. Agency for Healthcare Research and Quality. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patientsafety/patientsafetyculture/hospital/index.html>
- Sorra, J., Gray, L., Streagle, S., Famolaro, T., Yount, N., & Behm, J. (2018). *AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide*. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospitalusersguide.pdf>

- Sorra, J., Yount, N., Famolaro, T., & Gray, L. (2021). *AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture Version 2.0: User's Guide*. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/hospitalsurvey2-users-guide.pdf>
- Soydemir, D., Intepeler, S., & Mert, H. (2017). Barriers to medical error reporting for physicians and nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 39(10), 1348-1363. <https://doi.org/10.1177/0193945916671934>
- Soyer, Ö., & Altinbaş, Y. (2023). Nurses' Perceptions of Patient Safety on Patient Safety Climate. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2022.06.004>
- Sparling, J., France, D., Abraham, J., Duffy, C., Michael, M., Riesenber, L., Lazzara, E., Mershon, B., Lane-Fall, M., Keebler, J., Weinger, M., & Greilich, P. (2023). Handoff Effectiveness Research in periOperative environments (HERO) Design Studio: A Conference Report. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2023.02.004>
- Spiva, L., Davis, S., Case-Wirth, J., Hedenstrom, L., Hogue, V., Box, M., Berrier, E., Jones, C., Thurman, S., Knotts, K., & Ahlers, L. (2020). The Effectiveness of Charge Nurse Training on Leadership Style and Resiliency. *The Journal of nursing administration*, 50(2), 95–103. <https://doi:10.1097/NNA.0000000000000848>
- Swendiman, R., Edmondson, A., & Mahmoud, N. (2019). Burnout in surgery viewed through the lens of psychological safety. *Annals of surgery*, 269(2), 234-235. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003019>
- Teymoori, E., Zareian, A., Babajani-Vafsi, S., & Laripour, R. (2022). Viewpoint of operating room nurses about factors associated with the occupational burnout: A qualitative study. *Frontiers in Psychology*, 4914. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.947189>
- The Joint Commission. (2017). *Minimizing noise and distractions in the OR and procedural units*. Division of Health Care Improvement. Quick safety (35).
- Torralba, K., Jose, D., & Byrne, J. (2020). Psychological safety, the hidden curriculum, and ambiguity in medicine. *Clinical rheumatology*, 39, 667-671. <https://doi.org/10.1007/s10067-019-04889-4>
- Valero, S., Rivera, V., & Barroso, N. (2019). Protocolo de actuación de enfermería quirúrgica en cirugía robótica. *Index de Enfermería*, 28(4), 214-218.
- Varallo, J., Fitzgerald, L., Okelo, S., Itungu, S., Mwape, L., Hardtman, P., & Ashengo, T. A. (2022). Surgery is really a team sport. *The Lancet Global Health*, 10(12), e1713. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00472-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00472-7)

- Volevackha, I. B., Kolomiets, N. V., & Kukhar, T. V. (2021). Organizational factors of Psychological Safety in the workplace. *Wiad Lek*, 74(11), 2789-2793. <https://doi.org/10.36740/WLek202111119>
- Wang, S., Liu, Y., & Wang, L. (2015). Nurse burnout: personal and environmental factors as predictors. *International journal of nursing practice*, 21(1), 78-86. <https://doi.org/10.1111/ijn.12216>
- Waterson, P., Carman, E., Manser, T., & Hammer, A. (2019). Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC): a systematic review of the psychometric properties of 62 international studies. *BMJ open*, 9(9), e026896. <https://doi:10.1136/bmjopen-2018-026896>
- Wee, I., Kuo, L., & Ngu, J. (2020). A systematic review of the true benefit of robotic surgery: Ergonomics. *The International Journal of Medical Robotics and Computer Assisted Surgery*, 16(4), e2113. <https://doi.org/10.1002/rcs.2113>
- Wicklin, S. (2020). The Perioperative Patient Focused Model: A literature review. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 18, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2019.100083>
- World Health Organization. (2019). *Patient safety*. www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/patient-safety
- World Health Organization. (2021). *Global strategic directions for Nursing and Midwifery 2021-2025*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033863>
- Wright C. (2021). The disruptive physician and impact on the culture of safety. *Current opinion in anaesthesiology*, 34(3), 387–391. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000968>
- Zabihirad, J., Mojdeh, S., & Shahriari, M. (2019). Nurse's perioperative care errors and related factors in the operating room. *Electronic Journal of General Medicine*, 16(2). <https://doi.org/10.29333/ejgm/94220>
- Zaranko, B., Sanford, N., Kelly, E., Rafferty, A., Bird, J., Mercuri, L., Sigsworth, J., Wells, M., & Proper, C. (2022). Nurse staffing and inpatient mortality in the English National Health Service: a retrospective longitudinal study. *BMJ quality & safety*, 32(5), 254-263. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2022-015578>
- Zhang, Y., Dugan, A., El Ghaziri, M., Siddique, S., & Punnett, L. (2023). Work–Family Conflict and Depression Among Healthcare Workers: The Role of Sleep and Decision Latitude. *Workplace Health & Safety*, 71 (4). <https://doi.org/10.1177/21650799221139998>

Zhou, H., & Chen, J. (2021). How Does Psychological Empowerment Prevent Emotional Exhaustion? Psychological Safety and Organizational Embeddedness as Mediators. *Frontiers in psychology, 12*, 546687. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.546687>

ANEXOS

ANEXO I: Proposta de índice e conteúdos para site da UCA



Proposta de índice e conteúdos para site da UCA

Bruno Alves*, n.º.3669
Tutoras: Fernanda Georgina
Teresinha Roque
Prof. Orientador: Prof. Nelson Coimbra

*Mestrando em Enfermagem Médico-Cirúrgica: área de Especialização à pessoa em situação perioperatória pela ESSNorteCVP

Proposta de índice e conteúdos para site da UCA

Informação ao Utente
Antes da Admissão
Dia da Cirurgia
Depois da Cirurgia
Vou ser Anestesiado
Informação para a sua criança
Direitos dos doentes e suas responsabilidades
Registos Médicos e Privacidade

Informação ao Utente
Elogios, Queixas, Sugestões
Resultados clínicos
Envolvimento do utente
Lavagem das mãos

Proposta de índice e conteúdos para site da UCA

Proposta de índice e conteúdos para site da UCA

Patients

HOME / PATIENTS

The following information will answer many of your questions about what you can expect prior to, on the day of and following your surgery.

"Seeing the world, our loved ones... precious moments, all depends on our sight"

Patient Journey Video coming soon

A informação deste site pretende dar-lhe respostas às suas questões acerca do que esperar antes, durante e após a sua cirurgia

Vídeo: Percurso do paciente na UCA

<https://www.cphospital.com.au/patients/anaesthesia-and-you/>

In this section

- ▶ Patient Information
- ▶ Before Admission
 - ▶ Online Pre-Admission Form
 - ▶ Fees And Payments
- ▶ Day Of Surgery
- ▶ Post Surgery
- ▶ Anaesthesia And You
- ▶ Patient Rights & Responsibilities
- ▶ Medical Records And Privacy
- ▶ Clinical Outcomes
 - ▶ ACHS Results
 - ▶ Internal Audits
 - ▶ GPS Benchmarking Results

Proposta de índice e conteúdos para site da UCA

Our patients' safety, care and comfort are our top priority. Patient information is a crucial part of that.

Australia's leading ear, eye, nose, throat and facial surgeons choose to undertake their client procedures in our hospital knowing their patients will receive the best of care. With our patient information portal, we hope that patients and their carers have all the information they need to make an informed choice.



<https://www.cphospital.com.au/patients/anaesthesia-and-you/>

In this section

- ▶ Patient Information
- ▶ Before Admission
 - ▶ Online Pre-Admission Form
 - ▶ Fees And Payments
- ▶ Day Of Surgery
- ▶ Falls Prevention
- ▶ Post Surgery
- ▶ Anaesthesia And You
- ▶ Information For Your Child
- ▶ Patient Rights & Responsibilities
- ▶ Medical Records And Privacy
- ▶ Compliments, Concerns & Complaints
- ▶ Clinical Outcomes
 - ▶ ACHS Results
 - ▶ Internal Audits
 - ▶ GPS Benchmarking Results
 - ▶ National Standards
- ▶ Patient Satisfaction
- ▶ Patient Engagement
- ▶ Hand Hygiene

▶ ONLINE PRE-ADMISSION FORM

Complete your on-admission form online

A qualidade dos cuidados, a sua segurança e conforto são a nossa prioridade.

A informação ao utente é fundamental.

Esperamos que utentes e cuidadores disponham da informação necessária para realizarem uma decisão informada.

Uma equipa de profissionais altamente qualificada e acolhedora está disponível para lhe proporcionar uma experiência positiva.

Foto da equipa

Before Admission

Your doctor will inform you of the day of your hospital admission as well as notifying the hospital of the date of your procedure.

Your doctor will explain your procedure or operation to you and complete your consent form with you.

Your doctor may request that you visit your GP for a general health assessment before your procedure. Regardless of whether your doctor recommends visiting your GP beforehand, it's important that you have seen your GP within the last year before your planned surgery date.

Pre-admission is an important part of your care. Prior to you coming into hospital, you are required to register your admission to confirm your personal details, health history, financial details and other arrangements. This can be done by the following methods:

- Complete your Pre-Admission Form Online

CLICK HERE TO COMPLETE YOUR ONLINE PRE-ADMISSION FORM

- Complete the form provided by your doctor and:
 - Submit in person at your hospital prior to your admission date
 - Fax to (02) 9452 3845 (please also bring the original on the day of surgery)
 - Post to: Chatswood Private Hospital, Suite 1, 585 Albert Avenue CHATSWOOD NSW 2067
 - Email a scanned copy to preadmission@cpah.com.au

Key information before you arrive

If your account is subject to a Health Cover or Third Party claim, please forward to us the full details of your claim, including a letter from your insurance company accepting liability for your admission.

If you don't speak English, please ask someone you know to discuss this with our staff before admission so that we may provide the best possible assistance.

It's very important that all our patients have a cover with them on the day of surgery, to avoid fines from the hospital, and on the night after their surgery. If the patient doesn't comply with this requirement from a release of responsibility must be signed on discharge and your carer's contact number will be requested.

<http://www.cphospital.com.au/patients/anaesthesia-and-you/>

Informação importante antes da sua chegada

É importante todos os utentes terem um cuidador com eles no dia da cirurgia, acompanhando-o para o hospital e do hospital para casa e, na noite depois da cirurgia. O contacto do cuidador será pedido. Se o utente não cumpre com parte do regulamento, então uma declaração de responsabilidade deve ser assinada no momento da alta.

If you do not speak portuguese, please ask someone you know to discuss with our staff before admission. We will do our efforts to provide the best possible option.

Antes da Admissão

A indicação para realizar a sua cirurgia na UCA é feita pelo médico da especialidade.

O seu médico irá explicar lhe o procedimento ou operação e, obterá o seu consentimento informado.

O seu médico pode requerer exames de saúde adicionais.

Uma consulta de anestesia e de enfermagem antecedem a marcação da cirurgia.

Day of Surgery

Doctors' Orders

Please follow any pre-admission instructions given by your doctor.

Medication

- Take your regular medication on the day of your procedure with a sip of water, unless otherwise instructed.
- If taking blood thinners (Aspirin) avoid on morning of procedure.
- If you are a diabetic and your procedure is in the morning have a (low sodium and low insulin or diabetic) tablet on the day of surgery. If the procedure is in the afternoon, take half your regular dose of morning insulin, your diabetic tablets and have an early breakfast, then follow the general fasting rules. Bring your insulin and/or your diabetic medications with you to the hospital.
- For patients taking Diabetes tablets - please follow your regular/normal surgeon's instructions.
- If you are on an inhalator and use puffers, bring these with you to the hospital.

What to Wear

- Wash and comb/hair styling thoroughly with clean clothes.
- Shower and wash your hair the day of or before procedure.
- Do not wear make-up or nail polish.
- Wash all jewellery and jewellery or tools - you may wear your wedding ring.

Parking and Collection

- We have an 18 minute pick-up and drop-off zone in the basement parking underneath the hospital, accessible via a ramp from Albert Ave. An entrance to the ramp provides access to the Basement. Please make sure you have the ramp, push their vehicle and then take the lift up to our reception area where they can leave their patient.
- Carers can drop their patient at the wheelchair car park on Albert Avenue and then to the hospital for two hours for free or four hours free with the MySafely app.
- Our nursing staff will call the carer when their patient is ready for collection. They can then park in the basement car park for three hours and take the lift up to collect their patient.
- For disabled patients or those using wheelchairs, we can arrange courtesy parking before your admission. A wheelchair is available at all times.
- For your convenience a business card sized map showing the location of the hospital, address, contact details, admission-date-time and appropriate pick up time is provided within this admission package to give to your relative/home to facilitate your drop-off and collection.



<http://www.cphospital.com.au/patients/anaesthesia-and-you/>

Dia da Cirurgia

Indicações médicas e de enfermagem

Por favor siga as orientações dadas pela equipa da UCA.

Flyers

Medicação

Traga a sua medicação habitual com uma pequena quantidade de água, a não ser se lhe dada indicação em contrário. Se é asmático e usa puffers/bombas para asma, traga-os para o hospital. Se diabético... (colaboração anestesia)

O que usar?

Roupa confortável e solta. Tomar banho de acordo com as indicações da equipa da UCA. Não usar maquiagem, nem unhas de gel. Deixe objetos de valor em casa.

Estacionamento

Neste momento não dispomos de lugar de estacionamento. O chão do hospital está marcado para facilitar a sua mobilidade. Se é cidadão portador de deficiência tem parque gratuito no hospital e rampa de acessibilidade.

Post Surgery

[Home / Patients / Post Surgery](#)

All procedures require recovery time, the length of which depends on the individual.
The average patient stays in hospital for approximately 4-6 hours depending on your procedure.

Although every level of anaesthesia following your procedure is to be expected, please don't hesitate to address any concerns or ask any questions of our staff before your discharge. If you are unsure of anything, please ask.

We offer patients light sedation before leaving the hospital. Following anaesthesia, you should be accompanied home by your carer who should take you to the right after surgery. We recommend that you do not drive to the hospital or to work, school or sports, transport.

You will be given post-operative information on discharge and will receive a recovery sheet with our telephone staff the following day or evening thereafter to check on your recovery progress.


Patients Staying Overnight
If you are staying overnight after your procedure please bring a small overnight bag containing your toiletries, slippers, clothes and other personal effects such as a CPAP machine or walking frame.

The hospital has two general ward single rooms with ensuite. Up to four hours before patients to stay in hospital for their post-operative care will be discharged on the morning.

Medical Staff are from: Anaesthetics, Spinal and Pain, Sports Discharge, Stroke Unit, After Hours, access to the hospital via the A&E and Paediatric emergency services.

When doctors approved nutritional meals tailored to your individual dietary requirements, should you have any specific requirements or allergies, please let our nursing staff know in advance so that they may cater to your needs. Our rooms have online medical information and downloadable video, specialist books, in-room telephone and wireless internet to enable you to relax.

Local calls are free. Mobile cards are available for purchase for 24h and mobile calls, otherwise mobile phones are permitted in your room.



<https://www.cphospital.com.au/patients/anaesthesia-and-you/>

In this section

- [Patient Information](#)
- [Before Admission](#)
- [Online Pre-Admission Form](#)
- [Fees And Payments](#)
- [Day Of Surgery](#)
- [Pain Prevention](#)
- [Post Surgery](#)
- [Anaesthesia And You](#)
- [Information For Your Child](#)
- [Patient Rights & Responsibilities](#)
- [Medical Records And Privacy](#)
- [Complaints, Concerns & Comments](#)
- [Clinical Governance](#)
- [ACQIS Results](#)
- [Internal Audits](#)
- [QPS Benchmarking Results](#)
- [National Standards](#)
- [Patient Satisfaction](#)
- [Patient Equipment](#)
- [Hand Hygiene](#)

ONLINE PRE-ADMISSION FORM
Complete your pre-admission form online.

OUR FEES
Get a better idea of how much things cost.

UPCOMING EVENTS
See the latest upcoming events at Chisholm Inland Hospital.

PATIENT JOURNALS
Watch the patient journey at Chisholm Inland Hospital.

Depois da Cirurgia

Todos os procedimentos requerem tempo de recobro, com duração variável de acordo com as suas características.

Apesar de algum nível de desconforto possa existir, por favor não hesite em contactar a equipa.

Antes da sua alta, coloque todas as questões. Se tem dúvidas, por favor pergunte.

Receberá informação e instruções relacionadas com a alta, bem como um número de telefone institucional.

A equipa de enfermagem entrará em contacto consigo 24h e 30 dias após o procedimento para monitorizar e avaliar o seu processo de recuperação.

Utentes que ficam durante a noite na UCA

As horas de visitas são das:

A alta é dada às:

Para tornar a sua experiência mais positiva e confortável, tem televisão no quarto, internet grátis e acesso ao seu telemóvel pessoal.

Anaesthesia and You

[Home / Patients / Anaesthesia and You](#)

Anaesthetists in Australia are specialised, highly-trained doctors expert at administering pain management drugs as well as managing resuscitation and other medical emergencies.
New surgical techniques combined with modern anaesthesia means that the majority of our eye, nose, throat and facial surgeries and most performed during day surgery, which is preferable to overnight hospitalisation.

Medical types of anaesthesia are commonly used in day surgery, including:

Topical Anaesthesia
Topical anaesthesia covers a small surface area only and may or may not include sedative drugs. The patient remains awake and recovery is fast.

Local Anaesthesia
Local anaesthesia covers numbness to a larger area than topical anaesthesia. The patient remains awake but comfortable, and doesn't feel any pain.

Regional Anaesthesia
Regional anaesthesia involves a nerve block to numb a particular part of the body, avoiding the need for general anaesthesia. Similar to the above methods, the patient is awake but comfortable.

Sedation
To make things more pleasant for the patient, an anaesthetist may continuously administer sedative drugs. The patient feels very relaxed and a little drowsy. Advantages of conscious sedation include fast recovery times, with discharge typically within an hour.

General Anaesthesia
General anaesthetic puts the patient into a state of unconsciousness for the duration of their operation. Anaesthetic drugs are injected through a needle placed in the vein and this is combined with a mixture of gases for inhalation. The anaesthetist monitors the patient's condition closely throughout the procedure. Recovery time is longer with general anaesthesia.

Possible risks of anaesthetic:
You can ask your anaesthetist any questions and air any concerns before your procedure. It's important that you disclose any information that may be relevant and to follow your medical and safety instructions. Your anaesthetist will monitor you throughout your procedure as well as afterwards to ensure your smooth recovery.

Anaesthetic drugs are given in the smallest effective doses, however they may take a while to be eliminated from your body due to different rates of metabolism. Even if you feel fully recovered, it is important that you do not drive, operate machinery or sign important documents for 24 hours following your procedure.

<http://www.cphospital.com.au/patients/anaesthesia-and-you/>

In this section

- [Patient Information](#)
- [Before Admission](#)
- [Online Pre-Admission Form](#)
- [Fees And Payments](#)
- [Day Of Surgery](#)
- [Pain Prevention](#)
- [Post Surgery](#)
- [Anaesthesia And You](#)
- [Information For Your Child](#)
- [Patient Rights & Responsibilities](#)
- [Medical Records And Privacy](#)
- [Complaints, Concerns & Comments](#)
- [Clinical Governance](#)
- [ACQIS Results](#)
- [Internal Audits](#)
- [QPS Benchmarking Results](#)
- [National Standards](#)
- [Patient Satisfaction](#)
- [Patient Equipment](#)
- [Hand Hygiene](#)

ONLINE PRE-ADMISSION FORM
Complete your pre-admission form online.

OUR FEES
Get a better idea of how much things cost.

UPCOMING EVENTS
See the latest upcoming events at Chisholm Inland Hospital.

Vou ser anestesiado

A equipa de anestesia é altamente qualificada e está preparada para administrar a anestesia, prevenir e tratar a dor, bem como, gerir situações de emergência.

O médico anestesta propõe lhe o melhor plano anestésico, de acordo com o procedimento e as suas características (ex. idade, doenças, comorbilidade).

Tipos de anestesia:
Local
Regional
Sedação
Geral


Possíveis riscos anestésicos:

Se tem alguma dúvida ou preocupação pergunte ao seu anestesta.

A sua equipa anestésica cuidará de si durante o procedimento e assegurará que tenha uma recuperação suave.

Mesmo que se sinta bem e recuperado é imperativo que não conduza ou assine documentos até 24h após o procedimento.

Information for your child



Children can find surgery and other procedures very intimidating. You can help ease your child's worries or anxieties by talking to them about their need for surgery using simple words to explain the so that they can understand.

Children should wear comfortable clothes on the day of their procedure and may also wish to bring their favourite toy or blanket. You can also bring tissues, bubbles, books, changes of clothing and a blanket.

Feeling:

- It's important to inform us if your child has taken food or liquid after the fasting time.
- If your child is ill require medication during the fasting period, please discuss this with our fasting staff.
- Before their appointment time, children may have white and brown-up until our fasting period, please wash up with hot soapy water and clear their teeth twice daily.
- Close fluids are required in water, only free fruit juice and clear drinks. It includes paediatric or milk based drinks.

What to bring to hospital:

Nursing staff will ask some questions and weigh your child.

The paediatric staff will see your child and can address any of your concerns.

A parent is encouraged to stay with their child and accompany in admission. The parent will be asked to wear a cap, gown and shoes for infection prevention.

Nursing staff will escort you back to our waiting area after your child is asleep.

How to enter to surgery:

Nursing staff will ask some questions and wear your child.

The paediatric staff will see your child and can address any of your concerns.

A parent is encouraged to stay with their child and accompany in admission. The parent will be asked to wear a cap, gown and shoes for infection prevention.

<https://www.cphospital.com.au/patients/anaesthesia-and-you/>

Redução ansiedade

Familiaridade do que é esperado

Vídeo: percurso e sugestão de experiência positiva

Gabinete de Humanização e de Comunicação e Imagem



This Award Presented to:

For Being So Brave

Signature _____ Date _____



BRAVERY AWARD

This certificate is awarded to _____

for _____

Signed _____ Date _____



I Was Brave

I Was Brave With The Doctor

Awarded on _____

Name _____ Name _____

Patient Rights and Responsibilities

Home / Patients / Patient Rights and Responsibilities

Chattwood Private Hospital is committed to providing the best possible health care and outcomes for each and every patient.

We have a commitment to the Privacy Act and Principles and the Australian Charter of Healthcare Rights. An integral part of providing this standard of care is ensuring that patients are aware of their rights and responsibilities.

The rights of all patients at Chattwood Private Hospital are governed by State and Commonwealth laws.

Our patients have the right to:

- Access to healthcare services and treatment relevant to their needs
- Effective care and high quality healthcare that meets National Standards in an environment that feels safe
- To be treated as an individual and with dignity and respect for their culture, identity, beliefs and choices
- Partnership in the planning and care
- Be informed about our facilities, services and treatment options, outcomes, referrals to other services and costs in a clear and open manner
- Respect for personal privacy and confidentiality of personal and medical information
- Provide feedback or make a complaint without it affecting their care and have their concerns addressed in a transparent and timely way. To share experiences and participate to improve care

Our patients have a responsibility to:

- Provide accurate and personal information
- Follow all instructions given by doctors and nursing staff
- Respect the rights of other patients
- Provide health fund details prior to admission or alternatively provide full payment on admission.

Chattwood Private Hospital is committed to being a standard bearer and centre of excellence. To ensure the highest standards of patient care, we have a continuous process of incremental quality improvement. We continuously monitor our hospital's performance against our quality objectives.

As part of our commitment to quality care, we welcome all compliments, suggestions and complaints.

In the unlikely event that the care you received did not meet your expectations or you are pleased, we are committed to communicating with you openly and honestly to bring the matter to a successful conclusion.

[Click here to download Australian Charter of Healthcare Rights](#)
[Click here to download Healthcare Rights for People with Cognitive Impairment](#)

In this section

- Patient Information
- Before Admission
 - Online Pre-Admission Form
 - Fees And Payments
 - Day Of Surgery
 - Falls Prevention
- Post Surgery
- Anaesthesia And You
- Information For Your Child
- Patient Rights & Responsibilities
- Medical Records And Privacy
- Compliments, Concerns & Complaints
- Clinical Outcomes
- A&G Results
- Internal Audits
- QPS Benchmarking Results
- National Standards
- Patient Satisfaction
- Patient Engagement
- Your History

ONLINE PRE-ADMISSION FORM

Complete your pre-admission form online

Carta dos direitos e deveres do utente

<https://www.cphospital.com.au/patients/anaesthesia-and-you/>

Medical Records and Privacy

Home / Patients / Medical Records and Privacy

APPLICATION: The purpose of this Privacy Policy is to clearly communicate how Chattwood Private Hospital collects, stores, manages and disseminates your personal information. It also provides a complete understanding of the use of personal information that PHA hold and the way PHA handle that information. A condensed version of this policy is available here.

APPLICABLE TO: All Admitted/Day SUIP
All Outpatient
All Contracted Medical Practitioners (GPs/FPs)

SCOPE:

We collect information that is necessary to provide patients with health care services. Other this includes collecting information about health history, family history, ethnic background or current lifestyle to assist the health care team in treating the patient. Chattwood Private Hospital is committed to ensuring the privacy and confidentiality of patients' personal information. PHA must comply with the Australian Privacy Principles (APPs) under the Privacy Act 1988 (Cth) and Privacy Amendment Act 2012 (Cth) which govern how private sector health service providers like PHA handle patients' personal information, including health information.

APP1: OPEN AND TRANSPARENT MANAGEMENT OF PERSONAL INFORMATION

The privacy policy has been developed in accordance with a "transparent policy" format endorsed by the Office of the Federal Privacy Commissioner. This means that it affords the ability to allow users to learn about what PHA information handling practices.

Basic information about PHA information handling practices is available in the "CONSENT" privacy policy, which is an expiry of all Personal Facilities (see PH Documents 1.1.1). This is a summary of how PHA collect, store and disclose personal information and how to correct or in order to access or correct any personal information which PHA hold.

The document contains detailed information about PHA information handling practices and is available on their website.

APP 2: ANONYMITY AND PSEUDONYMITY

In order to provide health care to our patients, PHA needs to collect and use their personal information. It is acceptable or necessary information is provided to an individual who is identified from us, PHA may not be able to provide the services required. It is inappropriate for PHA to deal with individuals who have not identified themselves or who have used a pseudonym.

APP3: COLLECTION OF PERSONAL INFORMATION

In order to provide patients with required health care services, PHA will need to collect and use patients' personal information.

In this Privacy Policy, we use the terms:

- "Personal information" as it is defined in the Privacy Act 1988 (Cth). This means "information or an opinion about an identified individual or an individual who is reasonably identifiable;
- whether the information or opinion is true or not;
- whether the information or opinion is recorded in a material form or not;"

and

- "health information" as it is defined in the Privacy Act 1988 (Cth). This is a particular subset of "personal information" and means information in an online about:

In this section

- Patient Information
- Before Admission
 - Online Pre-Admission Form
 - Fees And Payments
 - Day Of Surgery
 - Falls Prevention
- Post Surgery
- Anaesthesia And You
- Information For Your Child
- Patient Rights & Responsibilities
- Medical Records And Privacy
- Compliments, Concerns & Complaints
- Clinical Outcomes
- A&G Results
- Internal Audits
- QPS Benchmarking Results
- National Standards
- Patient Satisfaction
- Patient Engagement
- Your History

ONLINE PRE-ADMISSION FORM

Complete your pre-admission form online

ONE FEES

Get a detailed view of our service charges online

UPCOMING EVENTS

See the latest upcoming events at Chattwood Private Hospital

INTERNAL AUDITS

Watch the latest content of our internal audits register

Política de Privacidade de dados

<https://www.cphospital.com.au/patients/anaesthesia-and-you/>

Queixas, denúncias ou reclamações

Compliments, Concerns and Complaints

Home / Patients / Compliments, Concerns and Complaints

As part of our commitment to provide quality care the hospital welcomes all compliments, suggestions and complaints.

Complaints may be directed to the DON/Hospital Director:

Kerrie Legg
Tel: (02) 9433 4822
Email: klegg@cphospital.com.au

or to:

Health Care Complaints Commission
Level 4, 28-36 Foveaux Street
Surry Hills 2010
1800 043 159 or the
NSW Department of Health,
Private Health Branch
(02) 9424 5955

In this section

- [Patient Information](#)
- [Before Admission](#)
 - [Online Pre-Admission Form](#)
 - [Fees And Payments](#)
- [Day Of Surgery](#)
 - [Falls Prevention](#)
- [Post Surgery](#)
- [Anaesthesia And You](#)
- [Information For Your Child](#)
- [Patient Rights & Responsibilities](#)
- [Medical Records And Privacy](#)
- [Compliments, Concerns & Complaints](#)
- [Clinical Outcomes](#)
 - [ACHS Results](#)
 - [Internal Audits](#)
 - [GPS Benchmarking Results](#)
 - [National Standards](#)
- [Patient Satisfaction](#)
- [Patient Engagement](#)
- [Hand Hygiene](#)

<https://www.cphospital.com.au/patients/anaesthesia-and-you/>

Resultados

ACHS Results

Home / Patients / Clinical Outcomes / ACHS Results

Our facilities are accredited with the Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) and submit clinical outcomes data 6 monthly in order to compare and benchmark our care with other Australian facilities. We collect, submit and evaluate data for Anaesthesia, Day Surgery, Infection Control and Ophthalmology Clinical Indicators. Review of our data demonstrates excellent results consistent with high standards of patient safety and clinical outcomes.

IH 2021 Results

PMA Group ACHS Infection and IAIS Results 2010-2020

2H 2020 Results

IH 2020 Results

2H 2019 Results

IH 2019 Results

2H 2018 Results

IH 2018 Results

2H 2017 Results

IH 2017 Results

2H 2016 Results

IH 2016 Results

2H 2015 Results

IH 2015 Results

2H 2014 Results

IH 2014 Results

2H 2013 Results

In this section

- [Patient Information](#)
- [Before Admission](#)
 - [Online Pre-Admission Form](#)
 - [Fees And Payments](#)
- [Day Of Surgery](#)
 - [Falls Prevention](#)
- [Post Surgery](#)
- [Anaesthesia And You](#)
- [Information For Your Child](#)
- [Patient Rights & Responsibilities](#)
- [Medical Records And Privacy](#)
- [Compliments, Concerns & Complaints](#)
- [Clinical Outcomes](#)
 - [ACHS Results](#)
 - [Internal Audits](#)
 - [GPS Benchmarking Results](#)
 - [National Standards](#)
- [Patient Satisfaction](#)
- [Patient Engagement](#)
- [Hand Hygiene](#)

ONLINE PRE-ADMISSION FORM
Complete your pre-admission form online

Temos Acreditação Internacional Total em Qualidade pela CHKS.

A UCA é acreditada com o nível ótimo.

Conheça todos os parâmetros avaliados.

<https://www.cphospital.com.au/patients/anaesthesia-and-you/>

Internal Audits

Chatswood Private Hospital is part of the Presmed Australia (PMA) group of day hospitals.

CPH conducts PMA quality assurance audits to measure the outcomes of clinical and business functions within the group and to ensure compliance against policies, procedures, standards and regulations. The outcomes of these audits are benchmarked between facilities and evaluated by staff, doctors and management to improve patient care, service delivery and quality improvements.

- ESC Esc 2021 Quarter
- July Sep 2021 Quarter
- April - Jun 2021 Quarter
- January - March 2021 Quarter
- October - December 2020 Quarter
- July - September 2020 Quarter
- April - June 2020 Quarter
- January - March 2020 Quarter
- October - December 2019 Quarter
- July - September 2019 Quarter
- April - June 2019 Quarter
- January - March 2019 Quarter
- October - December 2018 Quarter
- July - September 2018 Quarter
- April - June 2018 Quarter
- January - March 2018 Quarter
- October - December 2017 Quarter
- July - September 2017 Quarter
- April - June 2017 Quarter
- January - March 2017 Quarter
- October - December 2016 Quarter
- July - September 2016 Quarter
- April - June 2016 Quarter
- January - March 2016 Quarter
- October - December 2015 Quarter
- July - September 2015 Quarter
- April - June 2015 Quarter
- January - March 2015 Quarter
- October - December 2014 Quarter
- July - September 2014 Quarter
- April - June 2014 Quarter
- January - March 2014 Quarter

In this section

- Patient Information
- Before Admission
- Order Pre-Admission Form
- Fast And Hydration
- Day Of Surgery
- Pain Prevention
- Fast Surgery
- Anaesthesia And You
- Information For Your Child
- Parent Rights & Responsibilities
- Medical Records And Privacy
- Complaints, Concerns & Comments
- Clinical Outcomes
- ACQSI Results
- Internal Audits
- IPM Benchmarking Results
- National Standards
- Parent Satisfaction
- Parent Engagement
- Head of Dept

ORDER PRE-ADMISSION FORM
Complete and send returned to us.

OUR FEES
Get a better idea of how much things cost.

UPCOMING EVENTS
See the latest upcoming events at Chatswood Private Hospital.

PATIENT JOURNEY
Search for patient journey at Chatswood Private Hospital.

<https://www.cphospital.com.au/patients/anaesthesia-and-you/>

Internal Audits

Chatswood Private Hospital is part of the Presmed Australia (PMA) group of day hospitals.

CPH conducts PMA quality assurance audits to measure the outcomes of clinical and business functions within the group and to ensure compliance against policies, procedures, standards and regulations. The outcomes of these audits are benchmarked between facilities and evaluated by staff, doctors and management to improve patient care, service delivery and quality improvements.

- ESC Esc 2021 Quarter
- July Sep 2021 Quarter
- April - Jun 2021 Quarter
- January - March 2021 Quarter
- October - December 2020 Quarter
- July - September 2020 Quarter
- April - June 2020 Quarter
- January - March 2020 Quarter
- October - December 2019 Quarter
- July - September 2019 Quarter
- April - June 2019 Quarter
- January - March 2019 Quarter
- October - December 2018 Quarter
- July - September 2018 Quarter
- April - June 2018 Quarter
- January - March 2018 Quarter
- October - December 2017 Quarter
- July - September 2017 Quarter
- April - June 2017 Quarter
- January - March 2017 Quarter
- October - December 2016 Quarter
- July - September 2016 Quarter
- April - June 2016 Quarter
- January - March 2016 Quarter
- October - December 2015 Quarter
- July - September 2015 Quarter
- April - June 2015 Quarter
- January - March 2015 Quarter
- October - December 2014 Quarter
- July - September 2014 Quarter
- April - June 2014 Quarter
- January - March 2014 Quarter

In this section

- Patient Information
- Before Admission
- Order Pre-Admission Form
- Fast And Hydration

MEASURING OUR PERFORMANCE

At Chatswood Private Hospital (CPH), we are constantly measuring our performance using both internal and external audits. In addition to the standards set by the accreditation agencies we set our own clinical and business standards and monitor, review and evaluate all aspects of care and service. The audit results are benchmarked between Presmed Australia Group of facilities and are presented to all staff quarterly as a part of our clinical quality and patient safety improvement program.

October – December 2021 Quarter PresMed Australia Audit Results – Group Comparison

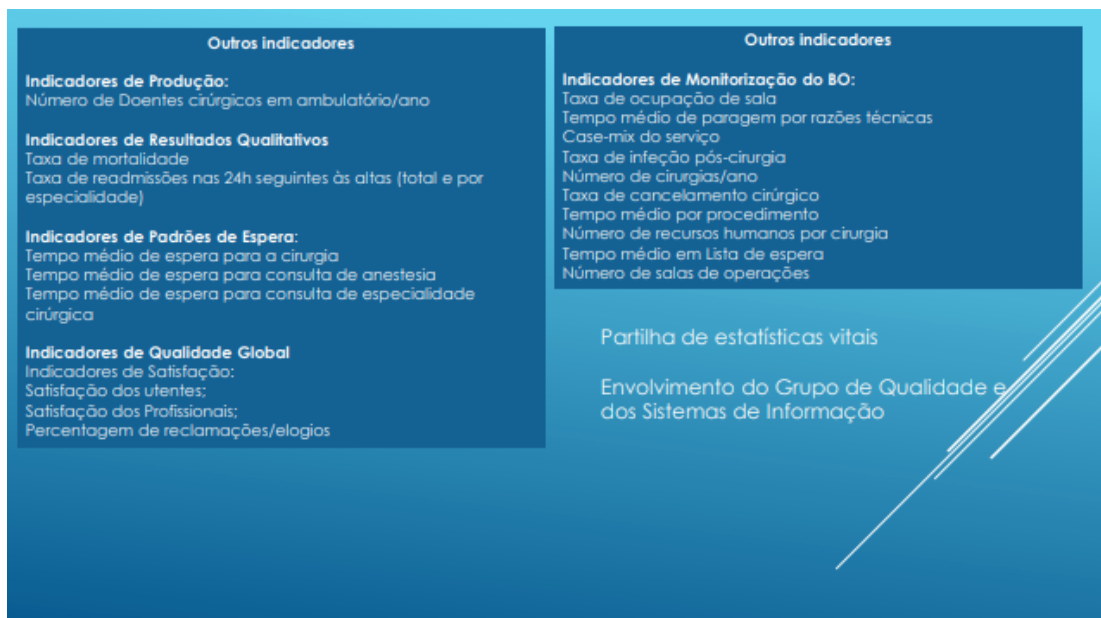
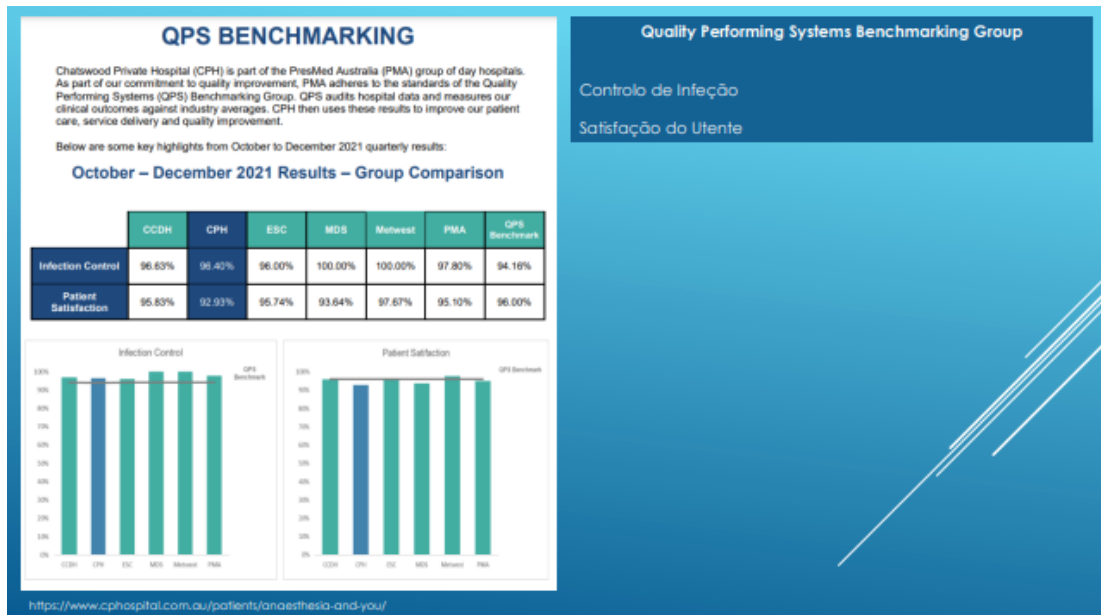
Facility	Score
CCHD	100%
CPH	100%
ESC	100%
MDS	100%
PMA	100%

Facility	Score
CCHD	97%
CPH	96%
ESC	87%
MDS	100%
PMA	96%

Facility	Score
CCHD	94%
CPH	96%
ESC	99%
MDS	94%
PMA	96%

Audit	CCHD	CPH	ESC	MDS	PMA Average
Antimicrobial Utilisation	100%	100%	100%	100%	100%
Verification Scanning	97%	96%	87%	100%	96%
Administration Documentation Audit	94%	96%	99%	94%	96%

<https://www.cphospital.com.au/patients/anaesthesia-and-you/>



Patient Satisfaction

Home / Patients / Patient Satisfaction

Quality care is the key to a positive patient experience at Chelmsford Private Hospital. We are extremely proud of the patient care we provide and constantly work to improve it. To check that we are delivering the quality of service we aim for, we ask for feedback from our patients. We track responses to the patient satisfaction surveys on an ongoing basis through an independent healthcare company. Quality Performance Systems (QPS) benchmarking. The survey offers each patient the chance to rate his or her experience with our centre.

The graph below shows the excellent and compelling results demonstrating the quality of patient care we provide.

COMPLETE THE PATIENT SATISFACTION SURVEY

CPH Patient Satisfaction Survey Results For Jan 22 (www.cph.com.au)

Waiting Time	Information	Billing Process	Decision Making & Involvement
93%	92%	92%	89%
Location/Physical Access	Discharge Process	OVERALL SCORE	
83%	95%	96%	
Care, Services & Treatment			
96%			

<https://www.cphospital.com.au/patients/anaesthesia-and-you/>

In this section

- ▶ Patient Information
- ▶ Before Admission
 - ▶ Online Pre-Admission Form
 - ▶ Fees And Payments
- ▶ Day Of Surgery
 - ▶ Falls Prevention
- ▶ Post Surgery
 - ▶ Anaesthesia And You
 - ▶ Information For Your Child
 - ▶ Patient Rights & Responsibilities
 - ▶ Medical Records And Privacy
- ▶ Compliments, Concerns & Complaints
- ▶ Clinical Outcomes
 - ▶ ACHS Results
 - ▶ Internal Audits
- ▶ QPS Benchmarking Results
 - ▶ National Standards
- ▶ Patient Satisfaction
- ▶ Patient Engagement
- ▶ Hand Hygiene

▶ ONLINE PRE-ADMISSION FORM

Satisfação utente

A sua opinião conta para nós. No final do procedimento ou cirurgia convidamo-lo a preencher o questionário de satisfação para avaliar a sua experiência com a UCA.

Pode preencher aqui o questionário de satisfação do utente

Conheça os resultados que revelam nível de excelência e satisfação com os cuidados prestados

Section 1

Appointment/Waiting Times

There are 3 questions in this section

a) The information was made available to me to prepare for my appointment.

5 Very good	4 Good	3 Average	2 Poor	1 Very poor	0 N/A
----------------	-----------	--------------	-----------	----------------	----------

b) The way I was treated on the phone.

5 Very good	4 Good	3 Average	2 Poor	1 Very poor	0 N/A
----------------	-----------	--------------	-----------	----------------	----------

c) The overall waiting times I experienced.

5 Very good	4 Good	3 Average	2 Poor	1 Very poor	0 N/A
----------------	-----------	--------------	-----------	----------------	----------

<https://www.cphospital.com.au/patients/anaesthesia-and-you/>

Patient Engagement

Home / Patients / Patient Engagement

Patient engagement is of utmost importance for improving the patient journey and experience.

What is an Advisor?

A patient and consumer advisor is someone who:

- Wants to help improve the quality of our centre's care for all patients and family members
- Gives feedback for the centre based on his or her own experience as a patient or family member
- Wants to offer changes to improve how we take care of patients
- Works with the centre for either short or long-term commitments, depending on the project
- Wishes to do so on their own

Patient and consumer advisors provide a voice that represents all patients and families of patients who receive care at Chthonaeo Private Hospital.

They partner with centre doctors, nurses, and administrators to help improve the quality of our centre's care for all patients and family members.

Why should you become a patient and consumer advisor?

- When you or your family member were at our centre, did you think there were things we could have done better?
- Do you have ideas about how to make sure other patients and families get the best care possible?

At Chthonaeo Private Hospital patient and consumer advisors give us feedback and ideas to help us improve the quality and safety of care we provide and act to improve patient engagement.

Who can be a patient and consumer advisor?

You can be an advisor if you or a family member received care at Chthonaeo Private Hospital in the last 5 years. We do not need any special qualifications to be an advisor. What's most important is your experience as a patient or family member. We will provide you with any other training you need.

What do patient and consumer advisors do?

If you are an advisor for our centre, you can help us in the following ways:

- Become a member of the Consumer Engagement Committee. This Committee is scheduled annually as a representative forum for consumers to provide input and evaluation of the safe and effective delivery of care and services in partnership with **Treatwell Australia (PMA)**. Your role could enable you to:
 - Share your story. Advisors help by talking about their health care experiences with clinicians, staff, and other advisors
 - Participate in discussion groups. Advisors tell us what it's like to be a patient of our centre and what we can do to improve
 - Review or help create educational or informational materials. Advisors help review or create materials like forms, health information brochures, and discharge instructions. Advisors help us make these materials easier for all patients and family members to understand and use
 - Work on short-term projects. We sometimes ask advisors to partner with us in making improvements — for example, helping to plan and design our reception

Is being a patient and consumer advisor right for you?

In this section

- Patient Information
- Before Admission
- Online Pre-Admission Form
- Pre-Admission Form
- Day Of Surgery
- Post-Admission
- Post Surgery
- Anaesthesia And You
- Information For Your Child
- Patient Rights & Responsibilities
- Medical Records And Privacy
- Complaints, Concerns & Comments
- Clinical Outcomes
- ACCH Results
- Internal Audits
- QPC Benchmarking Results
- National Standards
- Patient Satisfaction
- Patient Engagement
- Hand Hygiene

ONLINE PRE-ADMISSION FORM
Complete your pre-admission form online

OUR FEES
Get a better idea of how much things cost

UPCOMING EVENTS
See the latest upcoming events at Chthonaeo Private Hospital

PATIENT JOURNEY
Watch the patient journey at Chthonaeo Private Hospital

Participação do Uteute

Quer ser um conselheiro?

- Quer ajudar a melhorar a qualidade dos serviços de saúde?
- Pensa que as coisas poderiam ser feitas de outra forma para lhe proporcionarmos melhores cuidados a si e sua família?
- Tem ideias para inovar ou melhorar?

- Conte a sua história
- Participe em grupos de discussão
- Reveja ou ajude a criar materiais de informação ou educacionais

Não precisa de ter uma qualificação especial.

Inscreva-se aqui.

Hand Hygiene

Home / Patients / Hand Hygiene

Hand hygiene is the most important way to prevent the spread of infections and protect yourself. Hand hygiene is the most important way to prevent the spread of infections and protect yourself. Hand hygiene is the most important way to prevent the spread of infections and protect yourself.

Hand hygiene is the most important way to prevent the spread of infections and protect yourself. Hand hygiene is the most important way to prevent the spread of infections and protect yourself. Hand hygiene is the most important way to prevent the spread of infections and protect yourself.

87.2%

89.5%

Hand Hygiene Compliance Report for November 2020 - March 2021

87.2%

89.5%

Results as per November 2020 - March 2021 Hand Hygiene Australia reporting schedule

Hand Hygiene Information for Patients

Hand hygiene is the process that reduces the number of micro-organisms on hands and is the single most important factor in reducing hospital-acquired infections.

Hand hygiene is a general term applying to the use of soap/water and water, or a waterless antimicrobial agent such as an alcohol-based hand rub, to the surface of the hands.

Improving Hand Hygiene among healthcare workers is currently the single most effective intervention to reduce the risk of hospital-acquired infections in Australian hospitals.

Five Moments for Hand Hygiene have been identified as the critical times when Hand Hygiene should be performed.

Campanhas ativas

Stop Infection!

Cirurgia Segura Salva Vidas!




Co-designing site da UCA e perspetivas futuras...

Bruno Alves, nº.3669
Orientadoras: Fernanda Georgina
Teresinha Roque

Informação ao Utente
Antes da Admissão
Dia da Cirurgia
Depois da Cirurgia
Vou ser Anestesiado
Informação para a sua criança
Direitos dos doentes e suas responsabilidades
Registos Médicos e Privacidade

Informação ao Utente
Elogios, Queixas, Sugestões
Resultados clínicos/Auditorias
Envolvimento do utente
Lavagem das mãos

Agenda
Validar Índice
Dividir, construir conteúdos
Validar conteúdos pela Direção da UCA
Departamento Comunicação e Imagem e Gabinete de Humanização



- ▶ Investir em parcerias, projetos e consórcios com a comunidade
- ▶ Investir e reforçar redes nacionais e internacionais
- ▶ Investir na inovação, na humanização e na qualidade dos Cuidados

Obrigado pela atenção

**ANEXO II: Compreender e Gerir a Segurança do Doente na Prestação
de Cuidados Hospitalares**



Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que **José Bruno Teixeira Alves**, portador do documento de identificação nº 11898813/1zy5, frequentou, com **Aproveitamento**, a Ação de Formação **"Compreender e Gerir a Segurança do Doente na Prestação de Cuidados Hospitalares"**, com a duração de 14 horas, que decorreu nos dias 20, 21, 22 e 23 de setembro de 2021.

23 de setembro de 2021

A Diretora-Geral da Saúde

Graça Freitas
Digitally signed by Graça Freitas, DN: c=PT, ou=Direção-Geral da Saúde, ou=Direção, ou=Direção-Geral da Saúde, ou=Graça Freitas, Date: 2022.07.08 15:19:16 Z

Graça Freitas

O Presidente da Direção da APDH

Carlos Pereira Alves

O Responsável da SINASE

Carla Gonçalves Pereira

Certificado nº 316/2021



Cofinanciado por:



Modalidade de formação: Formação Profissional Contínua

Área de formação: 720 - Saúde

Plano curricular	Horas
Estratégia Nacional para Qualidade em Saúde Plano Nacional para a Segurança do Doente	3,5
Segurança do Doente Evolução Histórica, Conceitos Processos de gestão de risco clínico Iniciativas internacionais e locais	3,5
Cultura de Segurança do Doente Conceitos de cultura organizacional e de segurança Dimensão da cultura de segurança Gestão da mudança de cultura Desenvolvimento de uma cultura de segurança	3,5
Avaliação da cultura de segurança	3,5
Total	14

ANEXO III: Impresso GEL-Equipamentos da UCA

ANEXO IV: Manual de Integração da UCA

ESS+
Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA



Manual de Integração da Unidade de Cirurgia de Ambulatório: *cô-design*

José Bruno Alves, nº. 3669
Tutores: Fernanda Georgina
Teresinha Roque
Glória Gonçalves
Prof. Orientador: Nelson Coimbra

23/03/2022

Sumário

Competências
Enquadramento Teórico
Importância do Feedback
Academia de competências perioperatórias
Manual de integração

Desempenho: comportamentos ou ações necessárias à realização de tarefas


Resultado: está relacionado com a avaliação das consequências desses comportamentos com base em determinados parâmetros definidos pela organização

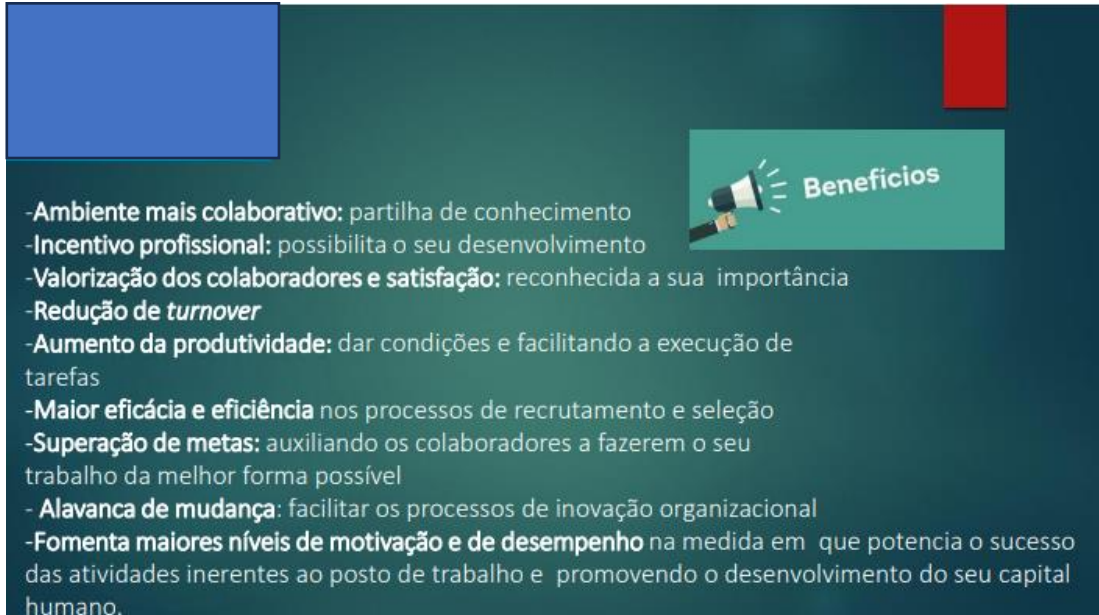
Produtividade: indicador de sucesso ou fracasso das empresas

- Competência é algo **concreto e mensurável** (entrega resultado esperado)
- Compreender a competência de **forma sistémica**
- Conhecimento na competência não é tudo....obtenção de resultados depende de mais fatores como cultura organizacional, objetivos, natureza do trabalho, recursos, motivação, habilidades...
- Depende dos CHA de forma indissociável, depende da **natureza do trabalho** a ser realizado e dos **objetivos** a serem alcançados.

Tipologia	Caracterização
Saber	Conhecimentos que permitem ao indivíduo que desempenha as funções, a realização dos comportamentos associados às competências.
Saber-fazer	Habilidades e destrezas que permitem ao indivíduo gerir e aplicar os seus conhecimentos na resolução de problemas em contexto laboral.
Saber-estar	Relacionados com os interesses e atitudes do indivíduo.
Querer-fazer	Relacionados com a motivação.
Poder-fazer	Disponibilidade de meios e recursos necessários à prossecução dos comportamentos inerentes às competências

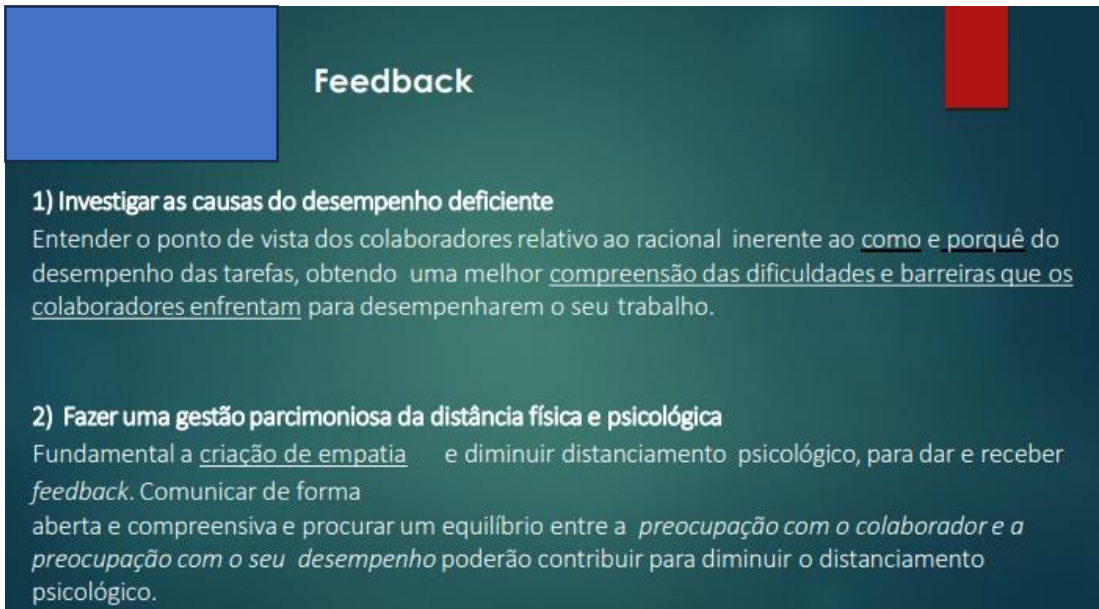
Existem benefícios na gestão de Pessoas por competências e na promoção do seu desenvolvimento?





Benefícios

- **Ambiente mais colaborativo:** partilha de conhecimento
- **Incentivo profissional:** possibilita o seu desenvolvimento
- **Valorização dos colaboradores e satisfação:** reconhecida a sua importância
- **Redução de turnover**
- **Aumento da produtividade:** dar condições e facilitando a execução de tarefas
- **Maior eficácia e eficiência** nos processos de recrutamento e seleção
- **Superação de metas:** auxiliando os colaboradores a fazerem o seu trabalho da melhor forma possível
- **Alavanca de mudança:** facilitar os processos de inovação organizacional
- **Fomenta maiores níveis de motivação e de desempenho** na medida em que potencia o sucesso das atividades inerentes ao posto de trabalho e promovendo o desenvolvimento do seu capital humano.



Feedback

- 1) Investigar as causas do desempenho deficiente**
Entender o ponto de vista dos colaboradores relativo ao racional inerente ao *como e porquê* do desempenho das tarefas, obtendo uma melhor compreensão das dificuldades e barreiras que os colaboradores enfrentam para desempenharem o seu trabalho.
- 2) Fazer uma gestão parcimoniosa da distância física e psicológica**
Fundamental a criação de empatia e diminuir distanciamento psicológico, para dar e receber *feedback*. Comunicar de forma aberta e compreensiva e procurar um equilíbrio entre a *preocupação com o colaborador e a preocupação com o seu desempenho* poderão contribuir para diminuir o distanciamento psicológico.

Feedback

3) Adoptar uma postura de escuta activa

Estar receptivo a receber *feedback* relacionado com as insuficiências de desempenho **implica que se tenha confiança no emissor do feedback**. Ou seja, que este seja capaz de comunicar com o seu receptor de uma forma empática e activa e que revele preocupação, importância e interesse pelos seus pontos de vista.

4) Possuir uma postura de abertura à aprendizagem

Errar possibilita aprender com o erro, corrigir a situação e melhorar o desempenho. Para tal, importa ter alguma *tolerância face ao erro* e estimular a prática de enfrentar os erros com uma *atitude de diagnóstico e de resolução* ao invés de adoptar uma postura de auto ou hetero culpabilização.

Feedback

5) Dar *feedback* adequado e não ameaçador

O *feedback sobre o desempenho* deverá cingir-se ao modo como o colaborador realiza o trabalho, incluindo *sugestões e orientações*.

O *feedback sobre a motivação do colaborador* para o desempenho, deve estimular e dar orientações precisas, como por exemplo, *fixar prazos ou definir objectivos*.

O *feedback* tendo como alvo os seus **atributos pessoais** **poderá não ser apropriado**, uma vez que tal pode representar uma ameaça à sua auto-estima.

Feedback

5) Dar *feedback* adequado e não ameaçador

Exercício: Enfermeiro João nas *últimas 3 semanas, chegou 6 vezes atrasado às reuniões*

Como dar feedback?

Feedback

5) Dar *feedback* adequado e não ameaçador

- a) **Descrever o comportamento específico** que o colaborador fez (ex. *nas últimas 3 semanas, chegas te 6 vezes atrasado às reuniões*);
- b) **Dar a conhecer o quanto alguém é afectado por tal desempenho** (ex. *quando chegas tarde às reuniões semanais, tenho de repetir toda a informação que já dei e impede uma boa gestão do meu tempo e dos participantes*);
- c) **Especificar os aspectos do comportamento a corrigir** (ex. *eu apreciaria o teu esforço para chegares a horas às reuniões. Elas começam às 10 horas da manhã em ponto*).
- d) **Reafirmar o valor do colaborador e da sua contribuição para a organização** (ex. *tu és um elemento desta equipa e necessitamos do contributo em cada reunião mensal*).

Feedback

Feedback para desenvolver competências:

Para oferecer feedback	Quando receber feedback
<ul style="list-style-type: none"> • Adapte-se ao estilo do outro. • Ajude a pessoa a relaxar para que se sinta bem. • Aponte claramente o que merece revisão. • Certifique-se da concordância ou não do outro e procure entender as razões. • Coloque-se no lugar do outro. • Comece com os pontos fortes e, em seguida, passe o que deve ser melhorado. • Demonstre empatia e sensibilidade. • Fale em seu próprio nome, é sempre sua opinião. • Limite-se à questão com fatos e dados. • Mantenha controle emocional e da situação. • Não exagere, seja sempre claro, direto e objetivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceite o momento como uma oportunidade. • Aceite os pontos apresentados como dicas para o seu desenvolvimento. • Agradeça cada observação e agradeça ao final. • Dê abertura para que as pessoas possam falar o que pensam e sentem sobre você. • Faça perguntas. • Mantenha a calma. • Não encare o feedback como um ataque pessoal. • Não faça interrupções. • Não se ressinta, o feedback é uma percepção sobre seus comportamentos e não pessoais. • Organize tudo o que ouviu, defina prioridades e estabeleça objetivos.

Feedback

Feedback para desenvolver competências:

Para oferecer feedback	Quando receber feedback
<ul style="list-style-type: none"> • Não seja agressivo, o feedback é sua percepção sobre os comportamentos da pessoa e não sobre a pessoa. • Não seja impositivo, agressivo ou autoritário. • Peça confirmação de que a pessoa entendeu. • Prepare-se para lidar com justificativas e não aceitação, isso é normal. • Seja assertivo, coloque as questões como declarações, não como perguntas. • Seja descritivo e respeitoso. • Seja específico, dê exemplos, faça analogias. • Simplifique a linguagem. • Use tom de voz cortês e educado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ouça atentamente. • Peça exemplos para entender melhor. • Peça licença, quando for o caso, para apresentar seu ponto de vista. • Receba a crítica como uma informação valiosa. • Reconheça que você tem aspectos a serem aprimorados. • Reflita, faça uma autoanálise. • Repita o que foi dito para evitar mal-entendidos. • Segure seu impulso defensivo, nunca retruque. • Seja humilde. • Tenha maturidade.



Projeto: Academia de Competências Perioperatórias



Objetivos:

- Melhorar o Processo de Integração
- Facilitar a aquisição de conhecimentos e competências técnicas
- Promover a segurança e a qualidade dos cuidados

Programa de Intervenção apresenta vantagens:

- Redução do período de adaptação
- Aumento da eficiência do trabalho
- Aumento da qualidade dos cuidados
- Fixação dos novos elementos nos seus locais de trabalho (redução de custos tem para a instituição)
- Melhor satisfação profissional (redução de stress; frustração)
- Promoção da autoconfiança e autodesenvolvimento

Em contexto de BO as integrações são mais complexas:

- Maior especificidade e, maioria dos conteúdos ausentes na formação base
- Segurança do doente

Os cuidados em BO implicam uma integração eficaz por parte da equipa de enfermagem, pois a qualidade dos cuidados assenta neste princípio

O programa de integração em Bloco Operatório de acordo com a AESOP (2006) encontra-se dividido em quatro fases:

Acolhimento/Observação

Enfermeiro de Anestesia

Enfermeiro Circulante

Enfermeiro Instrumentista (AESOP,2006)

Plano estruturado de Integração

Destinatários:

↗ Enfermeiros em integração no Bloco da Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Métodos:

↗ Academia de Competências *online*

↗ Grelha de Monitorização

↗ Entrevista de avaliação de competências

Academia de Competências online

A academia de competências pretende promover competências de enfermagem perioperatórias no âmbito da **anestesia**, **circulante** e **instrumentação cirúrgica**. Os módulos são online e terão uma avaliação no final de cada módulo.

Pretende-se que os elementos que estejam a ser integrados tenham as oportunidades em contexto de sala de operações e uma componente teórica para otimizar e personalizar melhor o seu processo formativo.

Cada competência avançada de enfermagem é constituída por um conjunto de módulos, pretendendo-se que no final da integração, os elementos os concluam com mais de 90% de aproveitamento.


Academia de Competências online

Cursos modulares online de 30 a 60m

I. Anestesia

1. Apresentação da academia de competências e do processo de Integração
2. Princípios de assepsia
3. Segurança e Gestão de Risco
4. Sistemas de Informação
5. Comunicação e Trabalho em Equipa
6. Técnicas Anestésicas
7. Monitorização e Equipamentos
 1. Monitorização *standard*
 2. Ventiladores
 3. Pressões Invasivas
 4. Gasometria
8. Anestesia por especialidades
9. Farmacologia
10. Gestão de Eventos Críticos
 1. Via aérea difícil
 2. Suporte avançado de Vida
 3. Protocolos institucionais: Intoxicação por anestésicos Locais; Hipertermia Maligna; Punção da dura
11. Gestão da dor
12. Recobro e Cuidados Pós Anestésicos

No final da integração, os enfermeiros apresentarão um tema ou realizarão um trabalho proposto pelo supervisor.



Manual de Integração

- Plataforma QL
- A ser trabalhado no Bloco Central
- Co-design do Manual de integração na Unidade de Cirurgia de Ambulatório



Manual de Integração

- Plataforma QL
- A ser trabalhado no Bloco Central
- Co-design do Manual de integração na Unidade de Cirurgia de Ambulatório: *draft*

The image shows a form with a dark teal background. On the left, there is a small thumbnail of the manual cover. The form contains several fields for data entry:

- Nome do Enfermeiro Supervisado: _____
- Nome do SCE: _____
- Nome do Enfermeiro Gestor: _____
- Duração do Período de Integração: _____
- Período de Integração: _____
- Data da entrevista inicial: _____

On the right side, there are four fields for interview dates:

- Data da entrevista de análise e avaliação intermédia 1: _____
- Data da entrevista de análise e avaliação intermédia 2: _____
- Data da entrevista de análise e avaliação intermédia 3: _____
- Data da entrevista de análise e avaliação final: _____

There are also some blue and red rectangular markers on the page.

ESS+ Resseção transuretral da bexiga: RTU-V

Equipa de Enfermagem	Consumíveis
Material Cirúrgico	Trouxa de Urologia
Ressectoscópio	Batas
Kit desinfeção	Luvas
<i>Evacuador de Ellk ("Ezivaac")</i>	Manga para câmara
	Gel urológico (2)
	Compressas médias (1 pacote)
	Seringas de 100ml e 20ml
	Ansa de resseção para ótica de 30º
	Sonda vesical silicone de 3 vias (Couvolaire/Del'notte),
	Ch...
	Sistema de soro de cistoscopia
	Sistema de soro
	Copo para peça
	Conexão sistema-sonda (conexão branca)
	Saco de urina 6000ml

ANEXO V: Avaliação da Satisfação dos clientes da UCA

ESS+
Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA



Avaliação dos resultados do inquérito de satisfação dos utentes da Unidade Cirurgia Ambulatório

José Bruno Alves, n.º. 3669
Tutores: Fernanda Georgina
Teresinha Roque
Glória Gonçalves



Prof. Orientador: Nelson Coimbra

23/03/2022

ESS+
Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Agenda

- Conhecer os resultados do inquérito de satisfação dos Utentes da Unidade de Cirurgia de Ambulatório
- Refletir sobre sugestões e estratégias de melhoria da qualidade



A amostra deste estudo são 184 utentes da UCA.



Os dados sugerem que 82,0% dos participantes neste estudo, apresentam níveis elevados de satisfação.

É de salientar, que a grande maioria identifica satisfação com a Equipa, que demonstra ser **profissional**, **simpática**, **prestável**, atenciosa, **disponível**, **que recebe bem** e **cordial**.





Participantes referem **bem cuidada**, com a **prestação de cuidados de qualidade e de excelência**.

Igualmente 45 participantes referem inclusivamente, estar satisfeitos e **agradecidos com tal profissionalismo**.

<p>Equipa (profissional, simpática, prestável, atencioso, disponível, recebe bem, humanizada, educados, cordiais, carinho, transmite confiança)</p> <p>"Sai feliz do hospital, por verificar que temos bons profissionais";</p> <p>"Trataram-me como um pessoa e não como mais um número";</p> <p>" Gostei principalmente da atenção de médicos e enfermeiros para com o doente e no meu caso com o acompanhante";</p> <p>Parabéns ao SNS";</p> <p>"Gostaria de salientar o extremo cuidado e profissionalismo do enfermeiro de serviço, que me ajudou a ficar mais calma durante a hora que antecedeu a intervenção cirúrgica";</p> <p>"Muitos parabéns...por nos fazer sentir no aconchego de casa e da família";</p> <p>"Equipa 5 estrelas";</p>	64
<p>Bem cuidada/tratada/atendida/com qualidade/excelência de serviço/ senti-me verdadeiramente segura e apoiada antes, durante e depois do procedimento cirúrgico"; "Cuidados de excelência e individualizados"; "...senti-me superapoiada, super mimada, super cuidada.."</p>	39
<p>Agradecimento/recomendação "um obrigado a toda a equipa em especial a enfermeira que me fez o questionário e me colocou o cafele e enfermeira que me acompanhou no quarto"; "Não fazia ideia que um hospital público tivesse tanto tão bom atendimento, estou perplexa no bom sentido, muito agradecida pelo profissionalismos e compaixão com que fui tratada"</p>	45
<p>Continuidade dos cuidados (ligar depois a perguntar se tudo estava bem)</p>	2
<p>Boas condições</p>	1
<p>Total</p>	151

A análise da insatisfação dos utentes da UCA identifica como principais fatores de insatisfação:

- problemas na comunicação (10)
- as complicações pós operatórias (7)
- dor (6).

ESS+
Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Outros fatores de **insatisfação** são identificados por apenas um ou dois participantes, designadamente:

- tempo de espera;
- expectativas em relação à cirurgia;
- injustiça percebida em relação ao acompanhamento do filho na cirurgia comparativamente com outros pais;
- pressa;
- conduta dos profissionais;
- desconforto de punção múltipla;
- roupa íntima de bloco não ajustada ao tamanho;
- confusão no agendamento inicial;
- atrasos na fisioterapia;
- demora da cirurgia e tempo de jejum;
- cirurgia cancelada no dia da cirurgia;
- atendimento da receção pouco profissional.

T together
E everyone
A achieves
M more

ESS+
Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

A análise das sugestões propostas pelos utentes da UCA revelam principalmente fatores relacionados com as condições físicas (8), em particular,

“Deviam ter condições para efetuar deslocações e também estacionamento”;

“Seria de muita utilidade para os utentes terem um veículo tipo VAI e VEM para transporte de doentes de fraca mobilidade”;

“Deveriam melhorar sinalização dentro do hospital, não consegui encontrar o serviço que procurava sem antes perguntar”;

“Recomendo que melhorem a sala de espera dos utentes...dado o tamanho pequeno da mesma”;

“internet aos doentes”.

T together
E everyone
A achieves
M more

ANEXO VI: Formação ao Internato Médico, Cirurgia Segura

<h1>CERTIFICADO</h1> <p>Certifica-se que o Sr. Enf. José Bruno Alves</p> <p>Apresentou o tema “Cirurgia Segura”, no âmbito do Fórum do Internato Médico, no dia 20 de Abril de 2022, com a duração de 1:30h.</p> <p><i>Herlano Costa</i> CHVNG/E, E.P.E. Dr. HERCULANO COSTA Diretor do Int. Médico N.º Alésslográfico: 967</p> <p>Direção do Internato Médico</p>	  2022 Coordenação: Direção do Internato Médico
--	---

ANEXO VII: Congresso Internacional de Controlo de Infeção



Certificado

Certifica-se que Ana Ribas Teixeira, Bruno Alves, Carlos Costa Gomes, Bruno Cunha, Estela Paiva, apresentaram a *Comunicação Livre em forma de Poster*, **DILEMA ETICO EM CONTEXTO PERIOPERATORIO: REFLEXÃO SOBRE CASO – USO DE DISPOSITIVO MEDICO DE USO ÚNICO REPROCESSADO**, no Congresso Internacional de Controlo de Infeção, CICI2022, que se realizou On-Line, nos dias 31 de março e 1 de abril de 2022.

Porto, 04 de abril de 2022

A Presidente do Congresso
Margarida Ferreira

O Diretor da Entidade Formadora
Josué Moraes



**ANEXO VIII: Competências NÃO TÉCNICAS do Enfermeiro
Perioperatório**

Competências NÃO TÉCNICAS do Enfermeiro Perioperatório



Ana Teixeira
Prof. Sérgio Soares

Bruno Alves
Prof. Nelson Coimbra



COMPETÊNCIA



Conhecimento + **H**abilidade + **A**titude



Perfis de Competências Profissionais

Maior rigor e objetividade no recrutamento e seleção, bem como no diagnóstico das necessidades de formação e desenvolvimento e, finalmente, na avaliação dos resultados da formação e do próprio desempenho.



Formação de competências

Objetivos:

- atuar na aquisição de novas competências (competências de que os colaboradores carecem);
- no desenvolvimento de competências (potenciar competências já existentes);
- na ativação proactiva de competências (motivacionais ou de desenvolvimento pessoal do colaborador);
- e na inibição de competências (competências subjacentes a objetivos antigos e a dinâmicas obsoletas).

(Camara, Guerra e Rodrigues, 2007)



Formação de competências VS avaliação de desempenho

Vários níveis:

- 1- ao nível do saber (conhecimentos),
- 2- nível do saber-fazer (habilidades e destreza)
- 3- ao nível do saber ser/estar (atitudes e interesses)
- 4- querer-fazer (motivação),
- 5- poder-fazer (meios e recursos)

Câmara, Guerra e Rodrigues (2007)





Hard Skills vs Soft Skills

As **hard skills** são um conjunto de **aptidões técnicas** que um indivíduo possui para desenvolver uma certa tarefa.

(Pimenta, 2008)

São **competências** que consideramos **técnicas, específicas**, que enfatizam o "saber-fazer" e estão associadas com a atividade **profissional desenvolvida**.

(Ramos & Berto, 2010)



Hard Skills vs Soft Skills

Conhecidas como as **competências do século XXI...**

As **soft skills** são **competências sócio emocionais**, essenciais para o desenvolvimento pessoal e sucesso no local de trabalho (Yousef, A. S., Shazly, M. M., & Omar, H. A., 2020).

Um pré-requisito em todas as profissões onde a interação humana e trabalho em equipa são elementos fundamentais e necessários para o sucesso (Laari, L., Anim-Boamah, O., & Boso, C. M., 2021).



Hard Skills vs Soft Skills

As **SOFT SKILLS** são as capacidades cognitivas e sociais que completar as habilidades técnicas do enfermeiro

(Laari, Anim-Boamah, & Boso, 2021)

Toma-se urgente investir na formação de *softs skills* para melhorar o desempenho da prática dos profissionais de enfermagem

(Morrell, B. L., Eukel, H. N., & Santurri, L. E., 2020)



Disponibilidade	Colaboração
Iniciativa	Empatia/sensibilidade
Motivação/dedicação	Bom senso/negociação
Integridade	Autonomia
Comunicação	Sentido crítico
Atitude positiva/assertividade	Inteligência emocional
Criatividade	Responsabilidade
Pontualidade	Organização/coordenação
Flexibilidade/polivalência	Andáxia
Resiliência	Liderança
Capacidade de aprendizagem	Gestão do tempo

Exemplos de *soft skills* no mundo laboral, adaptado de Andrews & Higson (2008, p. 412); Europass & Fórum Estudante (2015, p. 31 – 37); Gore (2013, p. 7 -15); Swiatkiewicz (2014, p. 679)



ENFERMEIRO PERIORPERATÓRIO

O enfermeiro periorperatório cuida da Pessoa em Situação Perioperatória

Tem como alvo de intervenção a pessoa e família que a vivenciam a experiência cirúrgica/anestésica.

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS



Diário da República, 2.ª série — N.º 138 — 16 de julho de 2018 — Regulamento n.º 425/2018

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

1 — Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa

2 — Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica

ANEXO IV

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médica-Cirúrgica Enfermagem à pessoa em Situação Perioperatória

A área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória inclui como alvo de intervenção a pessoa (na pessoa operatória), a intervenção específica cirúrgico-anestésica, a qualidade de enfermagem, uma área de especialização que integra um conjunto de conhecimentos e competências que permitem ao profissional de enfermagem atuar em situações perioperatórias, a promoção da saúde, a prevenção de eventos adversos e o tratamento de danos.

A área envolve o conhecimento especializado na área de intervenção à pessoa em situação Perioperatória decorrente de um vasto leque de atuação cirúrgico-anestésica, anestésica, cirúrgica, cirúrgico-anestésica e cuidados pós-operatórios. Essa prática compete ao enfermeiro, enfermeira e enfermeira.

A área perioperatória tem como alvo a pessoa em situação de risco perioperatório e a família/pessoa significativa e a equipa multidisciplinar e a equipa cirúrgica.

A área perioperatória atua quando a pessoa é transferida para a Unidade de Cuidados Pré-Anestésicos (UCA) ou quando a pessoa é transferida para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA).

A área perioperatória atua quando a pessoa é transferida para a UCPA, atuando quando se encontra em situação de risco perioperatório.

Considerando a natureza e o contexto da área de atuação perioperatória e de cuidados específicos, o enfermeiro especializado em enfermagem médica-cirúrgica, com especialização em enfermagem à pessoa em situação perioperatória, atua sob supervisão e em estado de consciência alterada,

e em estado anestésico e suas prioridades e atuar em um estado de vulnerabilidade física e emocional, sendo prioritária a capacidade de reconhecer e agir em caso de risco, ou no melhor qualidade de vida. O enfermeiro atua em situações de risco perioperatório e atua em estado de vulnerabilidade física e emocional, sendo prioritária a capacidade de reconhecer e agir em caso de risco, ou no melhor qualidade de vida.

A vulnerabilidade da pessoa em situação perioperatória pode ser reconhecida e a vulnerabilidade da pessoa operatória com as suas prioridades físicas e emocionais e a capacidade de reconhecer e agir em caso de risco, ou no melhor qualidade de vida.

A vulnerabilidade da pessoa em situação perioperatória pode ser reconhecida e a vulnerabilidade da pessoa operatória com as suas prioridades físicas e emocionais e a capacidade de reconhecer e agir em caso de risco, ou no melhor qualidade de vida.

A vulnerabilidade da pessoa em situação perioperatória pode ser reconhecida e a vulnerabilidade da pessoa operatória com as suas prioridades físicas e emocionais e a capacidade de reconhecer e agir em caso de risco, ou no melhor qualidade de vida.

A vulnerabilidade da pessoa em situação perioperatória pode ser reconhecida e a vulnerabilidade da pessoa operatória com as suas prioridades físicas e emocionais e a capacidade de reconhecer e agir em caso de risco, ou no melhor qualidade de vida.

A vulnerabilidade da pessoa em situação perioperatória pode ser reconhecida e a vulnerabilidade da pessoa operatória com as suas prioridades físicas e emocionais e a capacidade de reconhecer e agir em caso de risco, ou no melhor qualidade de vida.

A vulnerabilidade da pessoa em situação perioperatória pode ser reconhecida e a vulnerabilidade da pessoa operatória com as suas prioridades físicas e emocionais e a capacidade de reconhecer e agir em caso de risco, ou no melhor qualidade de vida.

Unidade de competência	Critérios de avaliação
1.1 — Cuida da pessoa e família/pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica.	1.1.1 — Identifica as necessidades da pessoa e família/pessoa significativa em situação perioperatória. 1.1.2 — Realiza planeamento de intervenção em função das necessidades identificadas. 1.1.3 — Estabelece o plano de ação para a pessoa e respetiva família/pessoa significativa. 1.1.4 — Utiliza estratégias facilitadoras da comunicação e expressão de sentimentos. 1.1.5 — Utiliza estratégias preventivas de ocorrência de eventos e efetiva da avaliação e do risco.



UNIDADES DE COMPETÊNCIAS

Capacita a pessoa e família/pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica.

Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva Interprofissional.

Lidera o processo de prevenção e controlo de Infecção

Utiliza estratégias facilitadoras da comunicação expressiva de emoções;

Comunica de forma eficaz, visando a segurança cirúrgica;

Gere o trabalho em equipa

Gere situações de stress e conflito fomentando um ambiente harmonioso;



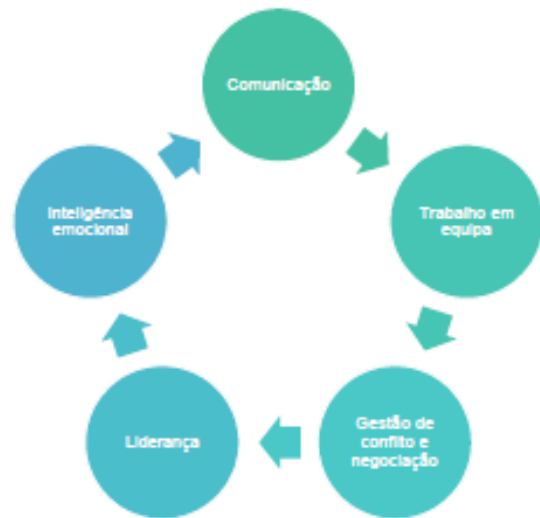
Em contexto de bloco operatório, e tendo em consideração as práticas e protocolos de segurança para profissionais e doentes é certo afirmar que as habilidades sociais dos membros da equipa, nomeadamente a ética, a responsabilidade, a comunicação e o trabalho em equipa, não podem ser substituídas por nenhuma outra medida para alcançar os melhores resultados.

(Sebastian, Dhandapani, Gopichandran, & Dhandapani, 2020).



Soft skills

Enfermagem Perioperatória



COMUNICAÇÃO ASSERTIVA

Comunicação

Componentes verbais

Intervir com a palavra
Expressar opiniões de uma forma honesta, aberta e espontânea

Componentes não verbais

A postura, gestos, expressão facial, inflexão da voz, sequência, ritmo e cedência das próprias palavras, entre muitas outras..



Trabalho em
equipa

Uma realidade indiscutivelmente necessária à maioria dos contextos de trabalho...

As equipas eficazes não são fruto do acaso, requerendo uma **organização e planeamento contínuo**.

As **regras e métodos do trabalho** em equipa tem de ser conhecidos e respeitados por todos os elementos da equipa.

O **sucesso da equipa** depende muito das **habilidades não técnicas** dos seu membro (comunicação e coordenação).

Quais são os elemento facilitadores e impeditivos do trabalho em equipa?



Trabalho em
equipa

O **sucesso da equipa** depende

Objetivos comuns;

Clara definição de papéis;

Suporte social;

Empenho;

Respeito;

Comunicação eficaz;

Competências e habilidades;

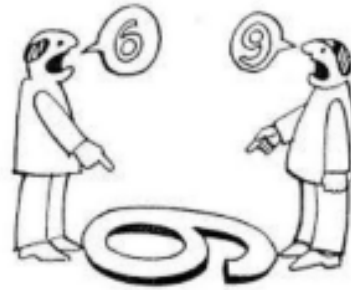
Aptidão dos membros da equipa para funcionar como uma unidade e não somente como um grupo de indivíduo...



CONFLITO

Gestão de conflitos
negociação

Divergência percebida...
Natural e inevitável



É positivo e necessário para maximizar os índices de produtividade, de criatividade e de inovação



CONFLITO

Gestão de conflitos
negociação

Dimensão
tarefa

Dimensões
conflituosas:

Dimensão
socioafectiva

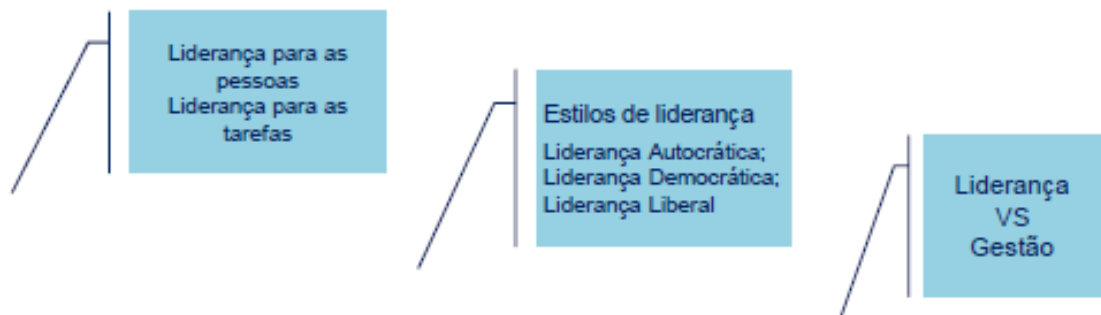
(Jehn, 1994)

Resolução de conflitos VS Gestão Construtiva de Conflitos

A negociação pode ser entendida como um processo de gestão de conflitos



A liderança implica a existência de um indivíduo que tem capacidade de influenciar um grupo de indivíduos



LIDERANÇA AUTÊNTICA - O líder autêntico caracteriza-se por ser transparente, íntegro e verdadeiro com os outros, agindo de acordo com os seus valores, crenças e opiniões mantendo uma relação com os seus seguidores autêntica e genuína.

Os líderes autênticos são pessoas positivas que promovem abertura e a segurança psicológica.



Inteligência emocional

Paradigmas da Inteligência emocional

- A inteligência emocional pode ser mais importante que o QI
- É possível melhorar a nossa IE

A inteligência emocional:

- Representa a capacidade de conciliar emoções com a razão
- Evidencia a capacidade de avaliação correta do seu estado de espírito e do outro
- Permite uma regulação adaptativa das emoções
- Pressupõe a capacidade de percepção, avaliação e expressão de emoções
- Pressupõe a capacidade para aceder e gerir sentimentos que facilitam a atividade cognitiva



Inteligência emocional

Inteligência Emocional



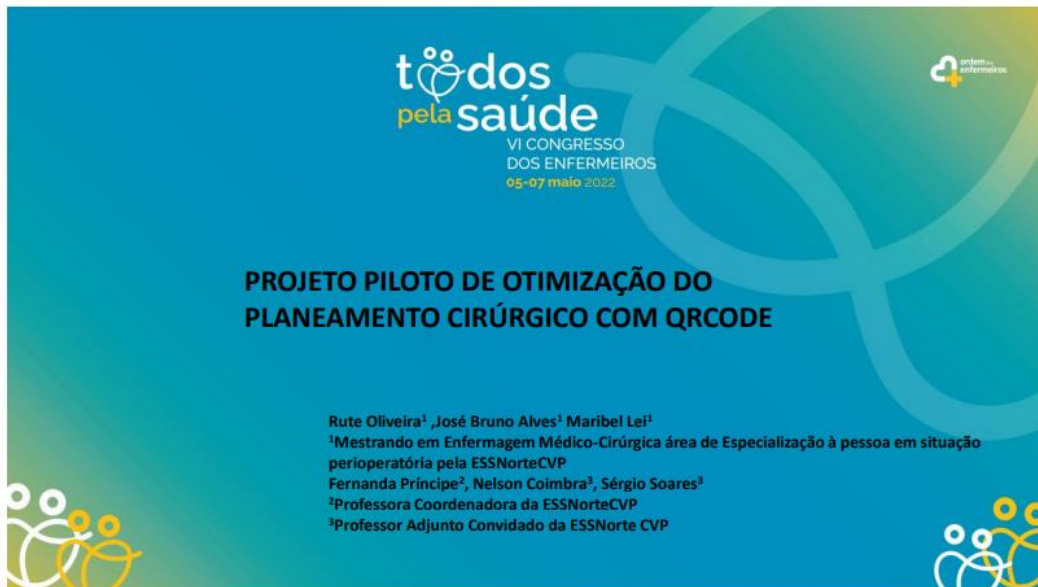
Fachada, O. (2014).



Bibliografia

- Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (2013). *Práticas recomendadas para o Bloco Operatório*. Lisboa: Espaço Gráfico, Lda
- Dimas, I. D., Alves, M., Lourenço, P. R., & Rebelo, T. (2016). *Equipes de trabalho-Instrumentos de avaliação*. Lisboa, Portugal: Edições Sílabo, Lda.
- Edmondson, A. C. (2012). *Teaming*. Boston, MA: Harvard Business School Press
- Fachada, O. (2014). *Liderança: A prática de Liderança—A Liderança na prática*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Cunha, M. & Rego, A. (2013). *Superequipes: Orientações para as Equipes que desejem supera-se*. Actual Editors.
- Cunha, M. P., Rego, A., & Cunha, R. C. (2008). *Organizações positivas*. Lisboa: Dom Quixote.
- McINTYRE, S. (2001). Como as pessoas gerem o conflito nas organizações: Estratégias individuais negociadas. *Análise Psicológica*, 2, 295-305.
- Morais, R. (2010). *Poder e Gestão de Recursos Humanos em Portugal: análise sobre a importância da negociação inter e intra-departamental* Tese de Doutoramento em Universidade Fernando Pessoa. Porto.
- Neto, A. F. F. (2008). *Gestão de conflito*. Tese, 4, 1-15. Disponível em <http://www.cerinteira.br/thesis2/v4n1/16/verso.pdf>
- Neves, J. D., Gerido, M., & Simões, E. (2015). *Manual de competências pessoais, interpessoais e instrumentais: teoria e prática*. Lisboa, 3ª Ed, Sílabo.
- Pinho, M. C. (2006). Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Ciência & Cognição*, 8(3), 63-87

**ANEXO IX: Projeto piloto de otimização do planeamento cirúrgico com
QRcode**



Problemática e Justificação do Estudo



O Ambiente Perioperatório constitui:

- Campo de intervenção complexo e extenso
- Vasto entrosamento de relações humanas, ambientais e técnicas

Inevitabilidade do erro humano

- Reflexo no desempenho profissional

Egan, et al (2021)

Problemática e Justificação do Estudo



Promover a segurança



Promover a qualidade



Maior eficiência dos cuidados perioperatórios



Facilitar o acesso à informação

É Urgente Inovar:

QRCode, sistema de resposta rápida facilmente acessível por telemóvel

Cho et al, (2021)

Sistema QRCode



Bloco Operatório
Doentes Agendados por Especialidade
Urologia
Sala 2 BI Central/Bloco Central

Ministério da Saúde
Elaborado em: []
Período de: []

Idade: 65A, Peso: 8Kg, []
Doença Eletiva: [] N. Agendamento: []
Necessita Sangue: Não Necessita Exames: Não

Diagnóstico: Neopl Maltg Rim Rx, Exceção: Pólipo Renal
Tipo de Cirurgia: Cirurgia
Data: 09/02/2022 - 08:15 Tempo Programado: 04:30 Sala 2 BI Central/Bloco Central
Observações: lesão nodular 10 mm capsular -
estática anterior da rim direito tempo médio
AVISADA - Entra VESPERA 19:00
Exatidão Da Resiga, Abordagem: Percu

Diagnóstico: Neopl Maltg Parede Lateral I
Tipo de Cirurgia: Cirurgia
Data: 09/02/2022 - 12:45 Tempo Programado:
Observações: RTU-TV + Mito C. AVBADC
Entrar pp dia 09/03
Exatidão Da Resiga, Abordagem: Aberta Sin

Diagnóstico: Litase Ureter
Tipo de Cirurgia: Cirurgia
Data: 09/02/2022 - 14:45 Tempo Programado:
Observações: URS e Litotricia do ureter Dts
Mio-Silasturin >Exat-Ureter Din-Abertendoc

Tipo de Cirurgia: Linqua/Contam
Teléfono: 011
N. Agendamento: []
Tipo de Cirurgia: Linqua/Contam

Problemática e Justificação do Estudo

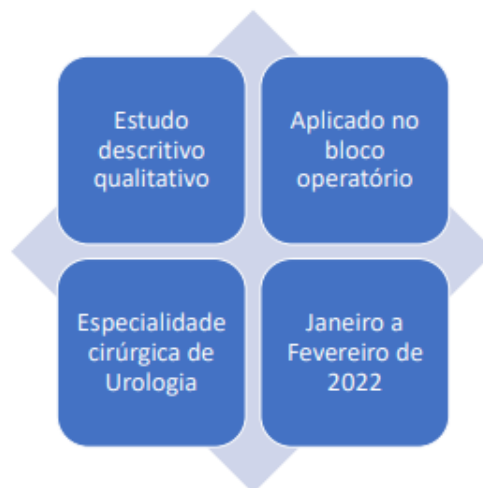


Questão de Investigação:



Qual a perceção da equipa multidisciplinar na implementação de um sistema de melhoria de planeamento cirúrgico?

Enquadramento Metodológico



Enquadramento Metodológico



1ª Fase



Construção de um questionário para conhecer a perceção da equipa multidisciplinar do BO sobre a implementação do projeto piloto QRCode do planeamento cirúrgico

- Aplicação de um questionário teste para validação

Enquadramento Metodológico



2ª Fase

Implementação do projeto



Apresentação do projeto à equipa multidisciplinar do BO



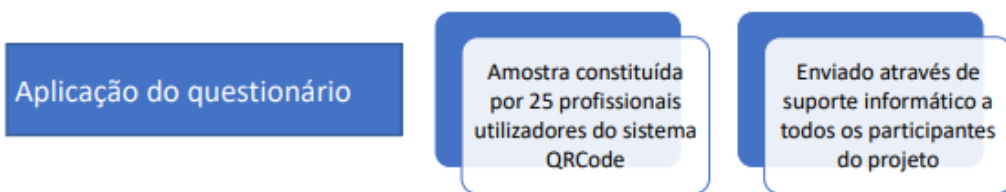
Intervenção facilitadora da utilização do sistema QRCode



Utilização de Smartphone pessoal

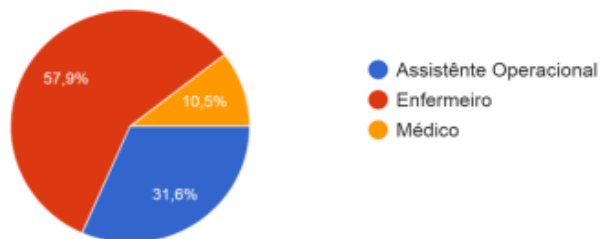
Enquadramento Metodológico

3ª Fase



Apresentação dos Resultados

Categoria Profissional



Apresentação dos Resultados





Questões	n	Média	Desvio Padrão
Identificação do procedimento cirúrgico	19	4,56	0,83
Processo de gestão do planeamento cirúrgico	19	4,44	0,68
Otimização da gestão do tempo	19	4,44	0,83
Minimização de falhas no planeamento cirúrgico	19	4,56	0,60
Promoção do trabalho em equipa	19	4,56	0,60
Integração de novos elementos	19	4,61	0,68
Promoção da segurança e qualidade de cuidados	19	4,50	0,60
Interesse pessoal na utilização do QRCode cirúrgico	19	4,39	0,83
Interesse para o serviço na utilização do QRCode	19	4,44	0,76
Escalar o sistema QRCode cirúrgico a outras especialidades cirúrgicas	19	4,61	0,91
Diminuição da ansiedade ou desconforto associado ao planeamento cirúrgico	19	4,06	0,91

Avaliação através de Escala tipo Likert pontuada de 1 (nada útil) a 5 (extremamente útil)


Discussão



 Demonstra um impacto positivo e de valor na dinâmica e organização da gestão do planeamento cirúrgico;

 Mostra benefícios destacando-se:

- Minimização de falhas associadas ao planeamento cirúrgico;
- Promoção da Segurança e qualidade de cuidados;
- Processo facilitador na integração de novos elementos;
- Identificação do procedimento cirúrgico
- Otimização da gestão do tempo

 Interesse: Escalar a outras especialidades cirúrgicas

Conclusões



A implementação do projeto piloto sugere ganhos significativos



As limitações deste projeto associam-se com :

- Questões financeiras para implementação em larga escala
- Dificuldade de interoperabilidade dos sistemas de codificação cirúrgica
- Utilização de dispositivo de comunicação móvel pessoal

Bibliografia



- Egan, P., Pierce, A., Flynn, A., Teeling, S. P., Ward, M., & McNamara, M. (2021). Releasing Operating Room Nursing Time to Care through the Reduction of Surgical Case Preparation Time: A Lean Six Sigma Pilot Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22). <https://doi.org/10.3390/ijerph182212098>
- Cho, J., Seo, G. W., Lee, J. S., Cho, H. K., Kang, E. M., Kim, J., & Won, S. H. (2021). The Usefulness of the QR Code in Orthotic Applications after Orthopedic Surgery. *In Healthcare*, 9(3), 298. <https://doi.org/10.3390/healthcare9030298>
- Xiaojun, S. H. E. N. (2018). Application of mobile phone QR code in the nursing teaching of colleges and universities. *Chinese Journal of Integrative Nursing*, 4(8), 159.

ANEXO X: Projeto Academia de Competências Perioperatórias



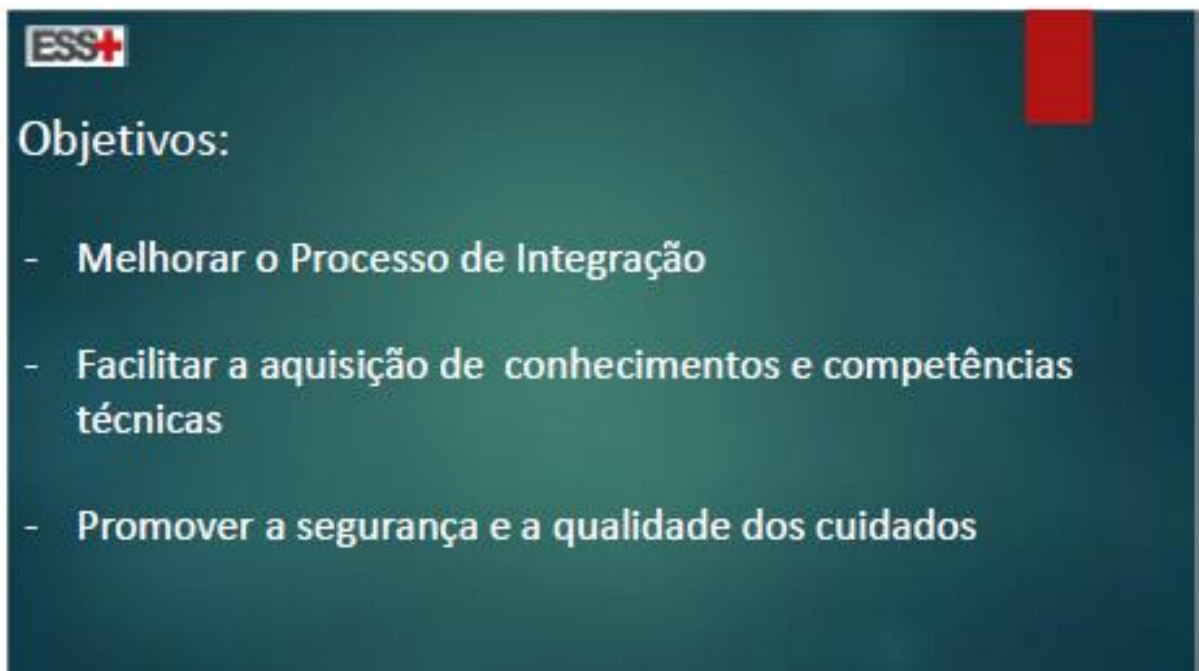
ESS+ Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

Projeto:
Academia de Competências
Perioperatórias

Bruno Alves, 3669;
Tutora: Enfermeira Glória Gonçalves
Prof. Orientador: Mestre Nelson Coimbra

14 de fevereiro de 2022

The slide features a dark teal background with a red vertical bar on the right and a blue square on the left. The text is centered and uses a light teal color for the main title.

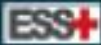


ESS+

Objetivos:

- Melhorar o Processo de Integração
- Facilitar a aquisição de conhecimentos e competências técnicas
- Promover a segurança e a qualidade dos cuidados

The slide features a dark teal background with a red vertical bar on the right. The text is white and left-aligned.



Programa de Intervenção apresenta vantagens:

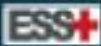
- Redução do período de adaptação
- Aumento da eficiência do trabalho
- Aumento da qualidade dos cuidados
- Fixação dos novos elementos nos seus locais de trabalho (redução de custos tem para a instituição)
- Melhor satisfação profissional (redução de stress; frustração)
- Promoção da autoconfiança e autodesenvolvimento



Em contexto de BO as integrações são mais complexas:

- Maior especificidade e, maioria dos conteúdos ausentes na formação base
- Segurança do doente

Os cuidados em BO implicam uma integração eficaz por parte da equipa de enfermagem, pois a qualidade dos cuidados assenta neste princípio



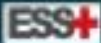
O programa de integração em Bloco Operatório de acordo com a AESOP (2006) encontra-se dividido em quatro fases:

Acolhimento/Observação

Enfermeiro de Anestesia

Enfermeiro Circulante

Enfermeiro Instrumentista (AESOP,2006)



Objetivo da Avaliação:

Saber se o profissional alcançou destreza técnica e intelectual que permitam a resolução de problemas no perioperatório, bem como um bom desempenho profissional, assegurando uma **prática segura** e de **qualidade nos cuidados** de enfermagem prestados ao cliente.



Plano estruturado de Integração

Destinatários:

- ↪ Enfermeiros em integração no Bloco Operatório Central

Métodos:

- ↪ Academia de Competências *online*
- ↪ Grelha de Monitorização
- ↪ Entrevista de avaliação de competências



Academia de Competências *online*

A academia de competências pretende promover competências de enfermagem perioperatórias no âmbito da **anestesia, circulante e instrumentação cirúrgica**. Os módulos são online e terão uma avaliação no final de cada módulo.

Pretende-se que os elementos que estejam a ser integrados tenham as oportunidades em contexto de sala de operações e uma componente teórica para otimizar e personalizar melhor o seu processo formativo.

Cada competência avançada de enfermagem é constituída por um conjunto de módulos, pretendendo-se que no final da integração, os elementos os concluem com mais de 90% de aproveitamento.



Academia de Competências online

Cursos modulares online de 30 a 60m

I. Anestesia

1. Apresentação da academia de competências e do processo de integração
2. Princípios de assepsia
3. Segurança
4. Sistemas de Informação
5. Comunicação e Trabalho em Equipa
6. Técnicas Anestésicas
7. Monitorização e Equipamentos
 1. Monitorização standard
 2. Ventiladores
 3. Pressões Invasivas
 4. Gasometria
8. Anestesia por especialidades
9. Farmacologia
10. Gestão de Eventos Críticos
 1. Via aérea difícil
 2. Suporte avançado de Vida
 3. Protocolos Institucionais: Intoxicação por anestésicos Locais; Hipertermia Maligna; Punção da dura
11. Gestão da dor
12. Recobro e Cuidados Pós Anestésicos



Academia de Competências online

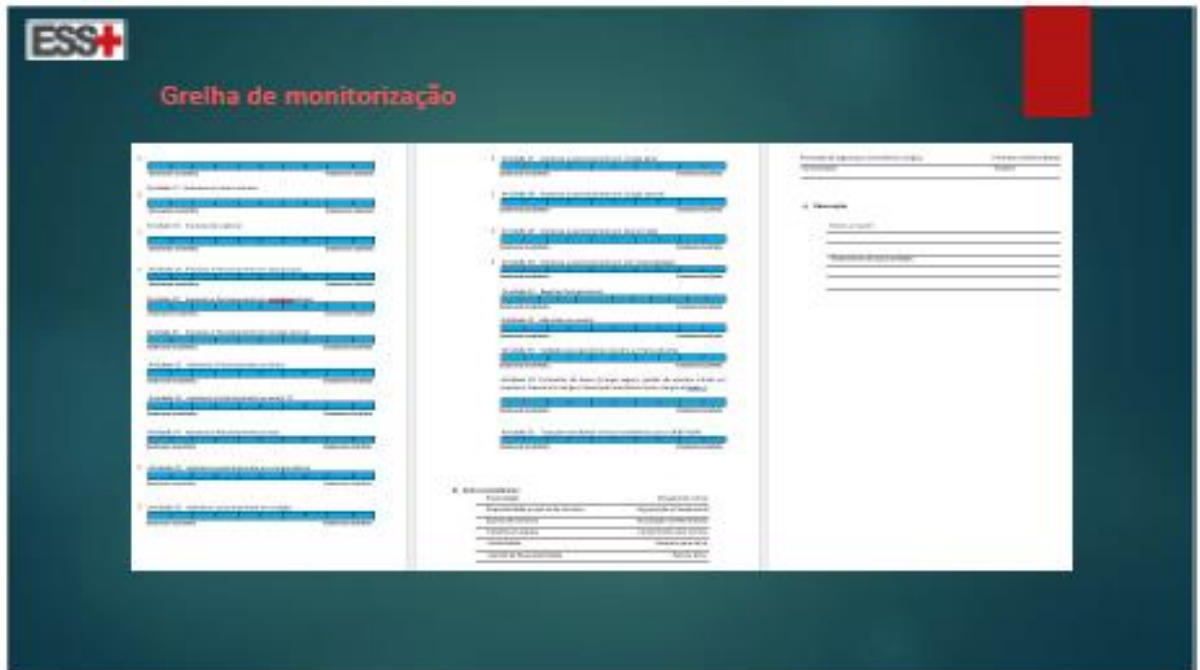
Cursos modulares online de 30 a 60m

I. Anestesia
II. Circulante
III. Instrumentação por Especialidades

No final da integração, os enfermeiros apresentarão um tema ou realizarão um trabalho proposto pelo supervisor.

Próximos passos:

- Autorização do enfermeiro gestor e direção de enfermagem
- Validação dos conteúdos
- Iniciar a elaboração de conteúdos
- Prática simulada sempre que possível



**ANEXO XI: Grelha de monitorização de competências em contexto de
integração de Bloco Operatório**



**Grelha de monitorização de competências em
contexto de integração de Bloco Operatório**

2022

**Enfermagem de
Bloco
Operatório:
Enfermagem de
Anestesia**

Elaborado por: Bruno Alves, Cláudia Ribeiro, Paulo Freitas; Glória Gonçalves

Enfermeiro gestor:



Nome: _____ Data de admissão: _____

Assinatura: _____

Enfermeiro Gestor e Supervisor: _____

Avaliação

- 1º mês
- 2º mês
- 3º mês

Este documento visa avaliar as competências dos enfermeiros de anestesia em período de integração e deve ser preenchido de forma a promover a aquisição de competências e sua evolução no contexto de enfermagem de anestesia. O seu preenchimento é fundamental para obter o feedback dos colaboradores e melhor promover a sua integração. Documento a preencher pelo

Assinale o seu grau de concordância em relação às seguintes afirmações, em que 1 representa = **Totalmente insatisfeito com os seus conhecimentos e habilidades** e 5 = **Totalmente satisfeito com os seus conhecimentos e habilidades**.

I. Integração

a) Enfermeiro de anestesia

Y Atividade 1: Entrevista perioperatória

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Totalmente Insatisfeito

Totalmente Satisfeito

Y Atividade 2: Acolhimento no bloco operatório

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Totalmente Insatisfeito

Totalmente Satisfeito

Atividade 3: Testagem de ventilador, preenchimento de halogenados, sistema de exaustão, troca de cal sodada, troca de cassete de ventilador, troca de ventilador

Y

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Totalmente Insatisfeito

Totalmente Satisfeito

Y Atividade 4: Verificação do desfibrilhador

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Totalmente Insatisfeito

Totalmente Satisfeito

Atividade 5: Indução, manutenção e despertar de anestesia geral

Y

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Totalmente Insatisfeito

Totalmente Satisfeito

Atividade 6: Monitorização da anestesia geral

Y

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Totalmente Insatisfeito

Totalmente Satisfeito

Atividade 7: Apoio à realização de Raquianestesia e Epidural

Y

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Totalmente Insatisfeito

Totalmente Satisfeito

Y Atividade 8: Monitorização/ vigilância da raquianestesia e epidural

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Totalmente Insatisfeito

Totalmente Satisfeito

Y Atividade 9: Apoio à realização dos Bloqueios de nervos periféricos

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Totalmente Insatisfeito

Totalmente Satisfeito

Atividade 10: Monitorização/ vigilância de bloqueios de nervos periféricos

Y

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Totalmente Insatisfeito

Totalmente Satisfeito

Atividade 11: Preparação e gestão de DIB

Y

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Totalmente Insatisfeito

Totalmente Satisfeito

Atividade 12: Preparação e gestão de PCA

Y

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Totalmente Insatisfeito

Totalmente Satisfeito

Atividade 13: Colocação de cateter venoso central

Y

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Totalmente Insatisfeito

Totalmente Satisfeito

Atividade 14: Colocação de linha arterial

Y

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Totalmente Insatisfeito

Totalmente Satisfeito

Atividade 15: Gestão de via aérea difícil

Y

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Totalmente Insatisfeito

Totalmente Satisfeito

Y Atividade 16: Anestesia pediátrica

1	2	3	4	5
Totalmente Insatisfeito			Totalmente Satisfeito	

Y Atividade 17: Anestesia em locais remotos

1	2	3	4	5
Totalmente Insatisfeito			Totalmente Satisfeito	

Y Atividade 18: Anestesia de urgência

1	2	3	4	5
Totalmente Insatisfeito			Totalmente Satisfeito	

Y Atividade 19: Anestesia e Posicionamento em laparoscopia

1	2	3	4	5
Totalmente Insatisfeito			Totalmente Satisfeito	

Atividade 20: Anestesia e Posicionamento em artrodese lombar

1	2	3	4	5
Totalmente Insatisfeito			Totalmente Satisfeito	

Atividade 21: Anestesia e Posicionamento em cirurgia cervical

1	2	3	4	5
Totalmente Insatisfeito			Totalmente Satisfeito	

Atividade 22: Anestesia e Posicionamento no Gama

1	2	3	4	5
Totalmente Insatisfeito			Totalmente Satisfeito	

Atividade 23: Anestesia e Posicionamento na vareta T2

1	2	3	4	5
Totalmente Insatisfeito			Totalmente Satisfeito	

Atividade 24: Anestesia e Posicionamento na anca

1	2	3	4	5
Totalmente Insatisfeito			Totalmente Satisfeito	

Y Atividade 25: Anestesia e posicionamento em cirurgia plástica

1	2	3	4	5
Totalmente Insatisfeito			Totalmente Satisfeito	

Y Atividade 26: Anestesia e posicionamento em urologia

1	2	3	4	5
Totalmente Insatisfeito			Totalmente Satisfeito	

Y Atividade 27: Anestesia e posicionamento em cirurgia geral

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Totalmente Insatisfeito Totalmente Satisfeito

Y Atividade 28: Anestesia e posicionamento em cirurgia vascular

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Totalmente Insatisfeito Totalmente Satisfeito

Y Atividade 29: Anestesia e posicionamento em neurocirurgia

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Totalmente Insatisfeito Totalmente Satisfeito

Y Atividade 30: Anestesia e posicionamento em otorrinolaringologia

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Totalmente Insatisfeito Totalmente Satisfeito

Atividade 31: Registos Perioperatórias

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Totalmente Insatisfeito Totalmente Satisfeito

Atividade 32: Admissão no recobro

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Totalmente Insatisfeito Totalmente Satisfeito

Atividade 33: Cuidados pós-operatórios (recobro e critérios de alta)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Totalmente Insatisfeito Totalmente Satisfeito

Atividade 34: Protocolos do bloco (cirurgia segura; gestão de eventos críticos em anestesia: hipertemia maligna; intoxicação anestésicos locais; alergia ao latex....)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Totalmente Insatisfeito Totalmente Satisfeito

Atividade 35: Transporte do doente crítico/ transferência para a UCIP/ UCPA

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Totalmente Insatisfeito Totalmente Satisfeito

b) Outras competências:

Proatividade	Pensamento crítico
Disponibilidade	Organização e Planeamento
Espirito de iniciativa	Atualização conhecimentos
Trabalho em equipa	Cumprimento com normas
Flexibilidade	Respeito pelo outro

Responsabilidade Profissional	Conduta ética
Promoção da segurança e Consciência cirúrgica	Promove conforto doente
Comunicação	Empatia

c) Observações

Pontos a investir:

Planeamento de Oportunidades:

**ANEXO XII: PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO - Intervenção breve focada
na Terapia de Aceitação e Compromisso**



PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO | Intervenção baseada na ACT

2 mesmo comportamentos autodestrutivos que surgem na execução do seu trabalho. Também ajuda a manter a pessoa ancorada ao momento presente para as tarefas atuais, experiências internas e situações externas, e a viver tomando decisões e tendo comportamentos no trabalho segundo os seus verdadeiros valores e objetivos. Níveis mais elevados de flexibilidade Psicológica estão associados a melhoria da saúde mental e desempenho no trabalho.

Em comparação com a terapia individual, a ACT em grupo tem fatores terapêuticos exclusivos, tendo a capacidade de aumentar e melhorar os seus processos de flexibilidade Psicológica. Por exemplo, o facto de todos estarem "no mesmo barco" pode ter um efeito poderoso na aceitação; dar espaço para os sintomas depressivos de alguém pode ser mais fácil quando se torna consciente de que os outros também lutam contra o mesmo, e que estas situações são experiências humanas e não algo que marca alguém como diferente. A terapia em grupo oferece também apoio social para fazer mudanças, ou seja, assumir riscos em prol de uma vida com significado, pode parecer uma hipótese mais real com o encajamento dos membros do grupo.

Além disso, os grupos permitem que os participantes aprendam pelo exemplo, à medida que os participantes modelam novos comportamentos uns para os outros, seja percebendo os próprios pensamentos automáticos ou se comprometendo a fazer o que for preciso para ter um melhor desempenho académico. Outro aspeto importante para a construção de padrões de comportamento interpessoal psicologicamente flexível é o facto do grupo oferecer um espaço seguro onde se pode praticar o relacionamento diferente com os outros à medida que se consideram as influências da fusão e da avaliação experiencial em seus relacionamentos.

Neste sentido, o presente protocolo espõe o desenvolvimento de uma intervenção breve, focada na ACT em grupo, dirigida aos enfermeiros da Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho (CHANGE).

1. Objetivos:

Esta intervenção tem como objetivo:

- Incrementar a resiliência dos enfermeiros;
- Estimular a vivência segundo os seus valores além do seu trabalho;
- Promover flexibilidade Psicológica, compaixão e autocuidado.

PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO | Intervenção baseada na ACT

2. A Intervenção

3 Este protocolo foi desenhado com base no Grupo ACT para Depressão e Ansiedade desenvolvido por Matt Boone nos Serviços de Aconselhamento Psicológico da Universidade de Cornell. Boone criou um programa de aconselhamento para universitários composto por 10 sessões combinando elementos didáticos, exercícios de atenção plena, exercícios experientiais, discussão em grupo e trabalhos de casa (denominados LIFE Exercises). O presente protocolo é muito próximo (cerca de 80%) do que foi usado no estudo piloto de Matt Boone. Algumas folhas de trabalho de casa foram removidas, as sessões foram comprimidas em apenas 8 sessões e uma introdutória, e a ordem de alguns elementos foi ligeiramente alterada.

A intervenção será realizada no formato de grupo fechado.

O grupo será conduzido por duas terapeutas com formação em ACT e Mindfulness. Irá decorrer na modalidade presencial, nas instalações da Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho (CHANGE). Terá duração de 2 meses, a decorrer todas as quartas-feiras, em horário a definir.

Todos os participantes deverão assinar um consentimento no início do programa.

O grupo ACT inclui a combinação de aspetos educativos e de terapia, sessões de atenção plena, exercícios experientiais, discussões em grupo e exercícios para casa.

Todas as sessões (com exceção da primeira) terão um trabalho de casa o qual será abordado na sessão seguinte. Será incentivada a prática de exercícios de meditação e mindfulness no domicílio.

1. Número de módulos e frequência das sessões

8 ou sessões com frequência semanal

2. Duração das sessões

60 minutos por sessão

2.1. Tamanho do grupo

5-13 elementos

2.4. Características da sala e material

Sala ampla, com cadeiras em círculo ou cadeiras

Fluxo de ventilação



PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO | Intervenção estruturada no ACT

6

- Apresentação do programa de intervenção;
- Exercício breve de mindfulness para encadramento da sessão.

Sessão 1, "Controlo é o problema" - Contacto com o momento presente

- Exercício de Mindfulness (contacto com o momento presente);
- Abordagem lúdica: "Controlo é o problema". Abordar a perspetiva evolucionária, enfatizando que somos feitos para controlar e que isso permitiu a sobrevivência da espécie humana. Abordar como o "controlo" é útil na vida quotidiana nomeadamente na resolução de problemas, pensamento, proteção do futuro, pensamento abstrato e comunicação. Pelo contrário, abordar como o "controlo" pode ser problemático;
- Aceitação como a alternativa ao "controlo". Metáfora do cabo-de-guerra. Avaliar os custos do luto contra as emoções e pensamentos, além de apresentar a alternativa de poder "soltar a corda";
- Exercício breve *Mindfulness*: "Exercício da vida passada";
- Trabalho para casa: prática diária de exercício formal de Mindfulness 10 minutos - "meditação sentada"; Identificar situações em que sente necessidade de controlar emoções e pensamentos desagradáveis.

Sessão 2, Aceitação das pensamentos e emoções

- Exercício de Mindfulness (contacto com o momento presente);
- Revisão do trabalho de casa da última sessão e discussão em grupo;
- Metáfora: Metáfora das Ondas;
- Abordagem lúdica - Dor e Sofrimento. Aceitação: Aceitação, abandono de Verdade. Aceitação ativa e com consciência dos acontecimentos privados, sem tentar alterar a sua forma ou frequência. Não significa resignação ou desistir experimentar acontecimentos físicos ou psicológicos aversivos; resignação é um sentimento de impotência ou de desistência; aceitação é proativa, um sentimento de abraçar a vida, implica a disponibilidade para experimentar emoções e experiências desconfortáveis;
- Exercício "A Borboleta" como forma de introduzir a Aceitação e deixar de lado o "controlo";
- Trabalho para casa: prática diária de exercício formal de Mindfulness 10 minutos - "meditação sentada"; ficha de trabalho "Aceite o que não pode mudar".

Sessão 3, Desfusão

- Exercício de Mindfulness (contacto com o momento presente);

PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO | Intervenção estruturada no ACT

7

- Revisão do trabalho de casa de última sessão e discussão em grupo. Discutir os trabalhos de casa de última sessão. Desafios para a prática regular de mindfulness. Lembrar que no ACT "controlar" significa tentar influenciar de qualquer forma, suprimir, amplificar, fugir, fazer mais, manter, escapar. Refletir sobre as estratégias de controlo que foram usadas e listadas pelo grupo e se estas conduziram a uma vida mais significativa ou se afetou desta. Ser oportunistas e fomentar a discussão em grupo;
- Exercício breve de Mindfulness "Folhas no Rio";
- Abordagem lúdica: Explorar o conceito de Desfusão que é a forma como "soltamos a corda" com a mente, alterando a forma como a pessoa se relaciona com a sua experiência interna, alterando a qualidade literal da experiência (pensar vs estar consciente do pensamento). A questão não é aquilo em que pensamos, é a forma como nos relacionamos com o que pensamos. Clarificar o que são os pensamentos como sendo algo que a mente cria, até mesmo o próprio significado;
- Exercício "Lava a tua mente para uma caminhada";
- Trabalho para casa: prática diária de exercício formal de Mindfulness 10 minutos - "meditação sentada"; ficha de trabalho "Lavar a tua mente".

Sessão 4, Valores

- Exercício de Mindfulness (contacto com o momento presente);
- Discussão dos trabalhos de casa de última sessão;
- Abordagem lúdica - Valores: Valores como as afirmações acerca das circunstâncias que uma pessoa deseja experimentar repetidamente ao longo da sua vida. Proporcionam significado e propósito na vida. São o que continuamos para a ação. Obterque de objetivos - realizações, ao serviço de um valor e ações - comportamentos concretos ao serviço de um objetivo;
- Metáfora da Escada. Os valores são a direção que podemos escolher seguir;
- Trabalho para casa: prática diária de exercício formal de Mindfulness 10 minutos - "meditação sentada"; ficha de trabalho "Exercício de valores".

Sessão 5, Eu como observador

- Exercício de Mindfulness (contacto com o momento presente);
- Revisão dos valores com base nos trabalhos de casa de última sessão;
- Exercício "Eu Observador". Aprender sobre o eu observador, uma nova perspetiva sobre quem somos e o que pensamos e sentimos. O eu observador não é o eu "real", mas apenas uma perspetiva a partir da qual emerge a consciência do fluxo da experiência. "Eu, aqui e agora (a partir deste ponto de observação), estou a notar a ocorrência de eventos cognitivos e emocionais não-definidos do Eu que estão a ocorrer ali";
- Metáfora do Céu ou a Metáfora de Casa;

PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO | Intervenção breve focada na ACT

- 8
- Exercício "Body Scan".
 - **Trabalho para casa:** prática diária de exercício formal de Mindfulness 10 minutos - "meditação sentado(a)" alternado com Body Scan; ficha de trabalho "Praticar a Verdade como um Astar".

Sessão 6. Ação comprometida

- Exercício de Mindfulness (contacto com o momento presente);
- Discussão sobre o trabalho de casa da última sessão;
- Abordagem teórica - Ação Comprometida: A ação comprometida diz respeito ao desenvolvimento de padrões de ação eficazes relacionadas com os valores escolhidos recorrendo a métodos de mudança comportamental: exposição, aquisição de competências, etc. A mudança comportamental conduz ao contacto com temáticas Psicológicas;
- Meditação da Jardineira;
- **Trabalho para casa:** prática diária de exercício formal de Mindfulness 10 minutos - "meditação sentado(a)" alternado com Body Scan; ficha de trabalho "Uma jogada ousada".

Sessão 7. Flexibilidade Psicológica - integrando na 8ª sessão com Carpe Diem

- Exercício de Mindfulness (contacto com o momento presente);
- Discussão sobre o trabalho de casa da última sessão;
- Abordagem teórica - A flexibilidade Psicológica, modelo do Houtzler e conceito de complexio;
- Meditação da Carpe Diem;
- **Trabalho para casa:** prática diária de exercício formal de Mindfulness 10 minutos - "meditação sentado(a)" alternado com Body Scan; ficha de trabalho "Uma carta para si mesmo".

Sessão 8. Seguir em frente

- Exercício de Mindfulness (contacto com o momento presente);
- Discussão sobre o trabalho de casa da última sessão;
- Esclarecimento de Dúvidas;
- Seguir em frente - Considerações finais;
- Meditação da Sutilidade da Montanha;
- A ACT foi desenvolvida para ser aplicada no dia-a-dia. A cada momento, há uma oportunidade de agir de acordo com o que realmente importa e de acordo com os valores.

PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO | Intervenção breve focada na ACT

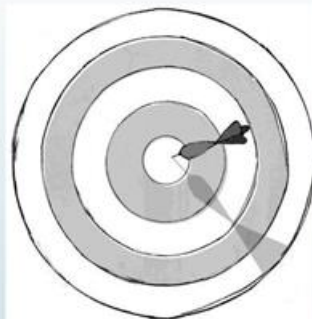
valores, criando uma vida enriquecedora, preenchida e com significado, aceitando-se no entanto o sofrimento inerente à vida;

- 9
- Orientações para preenchimento de escalas (M1);
 - Agendamento da sessão "booster" em 3 meses (M2) - nesta sessão serão entregues os certificados de participação no programa;
 - **Trabalho para casa:** prática diária de exercício formal de Mindfulness 10 minutos - "meditação sentado(a)" alternado (ou adicionando) o Body Scan; cultivar "atitude mindfulness";
 - Exercício de Mindfulness e encerramento da sessão e da primeira fase do programa.

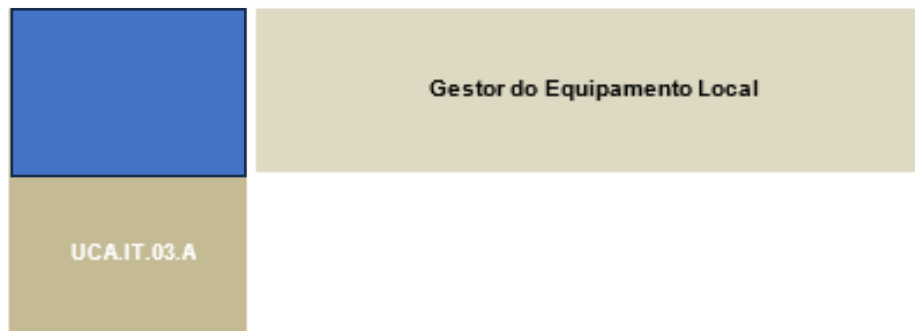
NOTA: Entende-se por "atitude mindfulness", o ato de estar atento ao momento presente, observando o próprio contexto aqui e agora, com curiosidade e sem julgamentos. O participante poderá escolher momentos para colocar em prática.

Bibliografia

- Mélias, J., Valero-Aguayo, L., Bond, F. W., & Blanca, M. J. (2019). The efficacy of functional-analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy (FACT) for public employees. *Psicothema*, 31(1), 24-29. https://doi.org/10.7334/psicothema/2018_217
- Robb, H. (2007). Values as leading principles in Acceptance and Commitment Therapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 3(1), 118-122. <https://doi.org/10.8330/ijbct.10>
- Towey-Swift, K. D., Laurud, C., & Whittington, R. (2022). Acceptance and commitment therapy (ACT) for professional staff burnout: a systematic review and narrative synthesis of controlled trials. *Journal of Mental Health*, 1-15. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.2007028>



ANEXO XIII: Gestor do Equipamento Local



1. Objetivos

- a) Definir as responsabilidades do Gestor do Equipamento Local (GEL) na Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA)
- b) Contribuir para a disponibilidade de equipamentos, a sua manutenção, promover a eficiência, redução de custos e otimizar o seu tempo de vida.

2. Âmbito

- a) Aplica-se a todos os enfermeiros com funções de Gestor do Equipamento Local nomeados pelo enfermeiro Gestor daUCA

3. Descrição

Compete ao Enfermeiro Gestor do Equipamento Local:

- a) Validar e assegurar que todas as intervenções de manutenção preventiva e curativa são executadas conforme indicação do fabricante;
- b) Proceder ao registo do impresso GEL que identifica para cada equipamento as intervenções de manutenção preventivas e curativas;
- c) Perante uma avaria de um equipamento, o GEL procede de forma a:
 - Identificar o equipamento avariado ou em inconformidade, colocando o mesmo com um dístico "Equipamento avariado" e fora de circulação com o conhecimento do enfermeiro gestor;
 - Emitir o pedido de intervenção através da plataforma ~~Tactil~~ e enviá-la para o Serviço responsável pela reparação de acordo com a especificidade do equipamento (ex. Serviço ~~Eletrónica~~ ~~Eletrónica~~, Serviço Instalação e Equipamentos...)
- d) Confirmar, pelo menos uma vez por ano, a lista geral de equipamento do serviço, garantindo a sua atualização, bem como o número de reparações efetuadas por equipamento.
- e) Solicitar apoio, se necessário ao Serviço Instalações e Equipamentos para atualização constante do dossier de equipamentos;

Compete ao GEL:

- Avaliar eventuais utilizações deficientes dos equipamentos;
- Identificar e implementar ações para a melhoria na utilização de equipamentos;
- Atualizar os planos de manutenção preventiva;
- Avaliar continuamente as entidades externas fornecedores de equipamentos e agir face ao resultado da avaliação;
- Garantir que os fornecedores cumprem com o estabelecido neste procedimento.

Pedido de Intervenção

O serviço requisitante emite o "Pedido de Intervenção" disponível na plataforma CPC do seguinte modo:

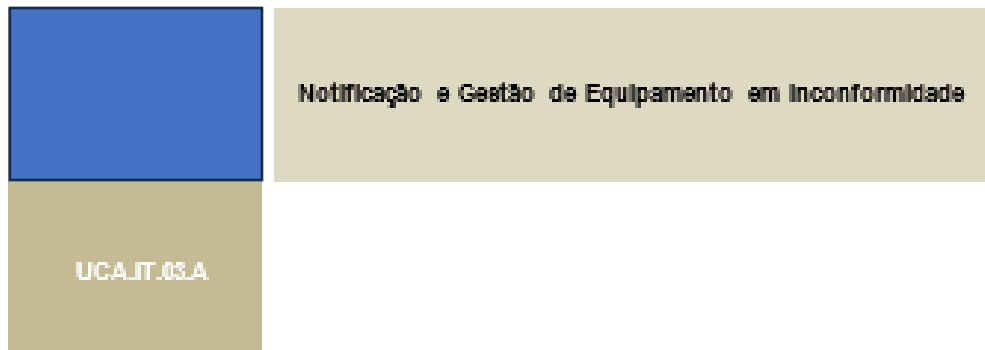
- Aciona o link "CPC"
- Introduce o Nº Utilizador (nº mecanográfico) e a respetiva password;
- Aciona o modulo "Manutenção de Equipamentos"
- Seleciona "Novo Pedido"

4. Responsabilidades

Versão	A	Data	Atribuições
Elaboração	Fernanda Georgina; Teresinha Roque; Bruno Alves;	25/03/2022	Não aplicável na primeira versão.
Validação	
Aprovação	A pedir junto do CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO		

Publicação	Revisão	Página
25/03/2022	25/03/2022	2 de 2

ANEXO XIV: Notificação e Gestão de Equipamento em Inconformidade



1. Objetivos

- a) Conhecer o processo de notificação e gestão de equipamentos em inconformidade na Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA)
- b) Contribuir para o processo da segurança e da qualidade na UCA.

2. Âmbito

- a) Aplica-se a todo o equipamento que se encontra em inconformidade na UCA.

3. Descrição

- a) O enfermeiro que identifica equipamento em inconformidade deve assim que possível, proceder à notificação verbal junto do responsável de turno e ao enfermeiro gestor, indicando igualmente em que se caracteriza essa inconformidade indicando o número de inventário do equipamento.
- b) O enfermeiro responsável de turno avalia a necessidade do equipamento para o cumprimento do plano cirúrgico com segurança e aloca equipamento disponível na UCA ou noutro serviço do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho para sua substituição temporária;
- c) A equipa médica da sala toma conhecimento da inconformidade do equipamento;
- d) O enfermeiro gestor, procede à requisição da reparação para o Sistema de Instalações e Equipamentos na plataforma CPC;
- e) O enfermeiro gestor monitoriza regularmente o estado do pedido efetuado para reparação do equipamento ou substituição definitiva do mesmo;
- f) Se necessário, o enfermeiro gestor reforça o pedido até o mesmo se encontrar satisfeito e informa a direção da UCA das diligências efetuadas, bem como, informa a equipa de enfermagem;
- g) Na eventual ausência de reparação ou substituição, partilha essa informação com a restante equipa da sala de operações, a qual avaliam em conjunto se tem condições de segurança para avançar;
- h) Considera-se gerida a situação de inconformidade do equipamento, quando o mesmo se encontra reparado ou substituído de acordo com a garantia da segurança e qualidade dos cuidados.

4. Responsabilidades

Versão	A	Data	Autor(es)
Elaboração	Fernanda Georgina; Teresinha Roque; Bruno Alves	24/03/2022	Não aplicável na primeira versão.
Validação	
Aprovação	A pedir junto do CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO		

Publicação	Revisão	Página
24/03/2022	24/03/2025	1 de 1

**ANEXO XV: Instrução de Trabalho Verificação das Condições de
Segurança da Sala Operatória e Recobro**

UCA.IT.01.A	Instrução de Trabalho Verificação das Condições de Segurança da Sala Operatória e Recobro 1
-------------	--

1. Objetivos

- a) Garantir a qualidade e segurança na prestação de cuidados aos doentes;
- b) Normalizar o processo de verificação das salas operatórias e o recobro 1;

2. Âmbito

- a) Aplica-se aos enfermeiros responsáveis pelas salas operatórias e o recobro 1.

3. Descrição

- a) A verificação deverá ser realizada antes da atividade assistencial das diferentes áreas, pelos enfermeiros responsáveis no turno da manhã;
- b) Para o registo da verificação é utilizando as respetivas ~~checklist~~, conforme a área assistencial:
 - ~~Checklist~~ de Abertura de Sala Operatória;
 - ~~Checklist~~ de Abertura Recobro 1.

4. Documentação associada

- a) UCA.MOD.01 ~~Checklist~~ de Abertura de Sala Operatória
- b) UCA.MOD.02 ~~Checklist~~ de Abertura Recobro 1

5. Responsabilidades

Versão	A	Data	Alterações
Elaboração	Teresa da Roque	04/04/2022	
Validação	N/A	19/01/2021	Não aplicável na primeira versão.
Aprovação	CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO		

Publicação	Revisão	Página
_____		1 de 1

ANEXO XVI: STOP Infecção Hospitalar!

ESS+
Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

STOP
infecção hospitalar!

VEJA AS SUAS MÃOS
A HIGIENE DAS MÃOS PROMOVE
CUIDADOS CIRÚRGICOS SEGUROS

Os doentes cirúrgicos **estão** nas suas mãos. Esteja **atento** às suas mãos.
Higienize as mãos em contexto cirúrgico
DA ADMISSÃO À ALTA.

ADAPTADO DE
World Health
Organization

MÃOS CIRÚRGICAS SEGUROS

SALVE VIDAS
HIGIENIZE AS SUAS MÃOS

Fonte: GCR-PPCIRA, ARS
Desenvolvido no âmbito do Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica: Cuidados à
Pessoa em Situação Perioperatória,

ANEXO XVII: Declaração Professor Orientador

Declaração

05/04/2022

Nelson Coimbra, enfermeiro gestor com funções de direção do Centro Hospitalar Universitário do Porto e Professor Orientador do mestrando José Bruno Teixeira Alves do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, declara que:

- a realização do presente estudo "Segurança Psicológica e Riscos Psicossociais dos enfermeiros do perioperatório" é uma mais valia para a Enfermagem portuguesa, pois melhor compreendendo a realidade, melhor se pode intervir e subsidiar políticas públicas que criem ambientes de trabalho seguros para os enfermeiros, com resultados favoráveis para os cidadãos.

- O meu orientando José Bruno Alves, é um profissional empenhado e com vasto curriculum na promoção da dignificação da Enfermagem e, com este trabalho pode ser um contributo para impactar a promoção de medidas que promovam a qualidade dos cuidados e segurança dos clientes.

- O eventual contributo da Ordem dos Enfermeiros na disseminação do estudo, pode promover a qualidade do estudo e o suporte para potencialmente alavancar estratégias de intervenção e de apoio.



Nelson
Coimbra

ANEXO XVIII: Divulgação do estudo



SECÇÕES REGIONAIS: Açores • Centro • Madeira • Norte • Sul

ÁREA RESERVADA: ENFERMEIROS REGISTRADOS PESQUISA



HOMEPAGE > NOTÍCIAS

Participe no estudo "Segurança Psicológica e Riscos Psicossociais dos enfermeiros do Perioperatório"



27-05-2022 Partilhar

Exerce funções em bloco operatório? Então este estudo é para si.

Avaliar os riscos psicossociais e a percepção dos enfermeiros que trabalham no bloco operatório sobre a segurança psicológica e como estas variáveis têm impacto na segurança do utente é o objectivo do investigador José Bruno Teixeira Alves, que está a desenvolver o estudo "Segurança Psicológica e Riscos Psicossociais dos enfermeiros do Perioperatório", no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica: Cuidados à Pessoa em Situação Perioperatória, ministrado na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Com este estudo, o investigador pretende "contribuir com dados baseados em evidências que permitam o desenvolvimento de diretrizes de prevenção, constituindo-se como uma ferramenta de promoção não só da saúde ocupacional dos profissionais visados, como também da qualidade dos serviços de saúde e segurança do paciente".

Dê o seu contributo para o desenvolvimento da Enfermagem!

Participe até 14 de Junho de 2022.

Aceda ao questionário online através do seguinte link:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQL5FAo3ERVUzkyYTUdcq9BqBZX7NV0dfMazn4m_00QfBGrmlA/viewform

Notícias

 ICN publica relatório do DIE: "Os nossos enfermeiros. O nosso futuro"
16 mai 2023

 PRIORITY disponibiliza programa de intervenção psicológica
16 mai 2023

 "Não há outro caminho que não seja o de valorizar os recursos humanos ..."
15 mai 2023

 Bastonária comenta as novas regras que permitem que os enfermeiros pas...
13 mai 2023

ANEXO XIX: Parecer do Conselho de Direção



PARECER DO CONSELHO DE DIREÇÃO

Identificação do estudo de investigação: 2022-001	
Título do estudo de investigação: Segurança psicológica e riscos psicossociais dos enfermeiros do pedioperatório	
Área científica de investigação e linha de investigação a que se propõe: Linha 1 – Resposta humana ao processo de saúde/doença	
Investigador responsável: José Bruno Alves	Protocolo (se aplicável):



O Conselho de Direção desta Escola:



AUTORIZA



NÃO AUTORIZA

Observações:	
<p>O Estudo de Investigação foi previamente analisado pela Unidade de Investigação e Desenvolvimento e pela Comissão de Ética, desta Escola, tendo obtido parecer favorável. Declara-se ainda, que o Orientador do Projeto (Prof. Nelson Gabriel Gomes Ferreira Coimbra), é Docente da Unidade Curricular de Estágio de enfermagem à pessoa em situação perioperatória II do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação perioperatória, conforme deliberação do Conselho Técnico-Científico.</p>	
Data: 05/04/2022	Presidente do Conselho de Direção   Escola Superior de Saúde Norte CRUZ VERMELHA PORTUGUESA



**ANEXO XX: Informação aos Participantes no formulário digital e
consentimento**

Caro colega,

A promoção da segurança no bloco operatório é elemento crítico na qualidade das organizações onde exercemos funções e no valor que esta promove junto do cliente.

Contudo, no exercício das suas funções, os enfermeiros são expostos a fatores psicossociais que podem causar dano físico e mental e, comprometer a segurança.

Este estudo designado “*Segurança Psicológica e Riscos Psicossociais dos enfermeiros perioperatórios*” tem como objetivo principal **avaliar os riscos psicossociais e a Segurança Psicológica** dos enfermeiros perioperatórios e a sua relação com a segurança do cliente, no âmbito de uma tese de dissertação do Mestrado em Enfermagem Médico- cirúrgica: Cuidados à Pessoa em Situação Perioperatória, orientada pelo Professor Mestre Nelson Coimbra.

Com estes dados pretende-se igualmente contribuir para a promoção de locais de trabalho saudáveis que invistam na prevenção de riscos psicossociais e promoção da Segurança Psicológica no perioperatório e segurança do cliente.

O seu contributo é fundamental para a realização do estudo. Só compreendendo a realidade, melhor podemos intervir. Não existem respostas certas, nem erradas, sendo importante responder a todas as questões. A qualquer momento pode recusar-se a participar no estudo, sem qualquer tipo de penalização associada.

As informações são confidenciais e anónimas. Os dados recolhidos são exclusivamente para a investigação em curso e divulgação no meio científico.

Os investigadores igualmente declaram não existir conflitos de interesse, nem qualquer fonte de financiamento externo.

Este estudo não implica custos para os participantes, apenas o tempo despendido para o preenchimento dos instrumentos do presente estudo: I-Questionário de caracterização sociodemográfica e profissional; II – Questionário *Team Psychological Safety* (Edmondson, 1999, versão portuguesa de Ferreira, 2019); III – Questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (versão portuguesa de Eiras et al., 2014); IV - *Copenhagen Psychological Questionnaire* III, versão média (Cotrim et al., 2022).

Tempo estimado: 20 a 30 minutos

Se tem alguma dúvida ou pretenda ter acesso aos dados recolhidos, por favor contacte o investigador Bruno Alves: [redacted] ou telemóvel: [redacted]

Muito Obrigado pela sua participação e colaboração. É importante a sua participação!

Declaração de consentimento informado (Participante)

Declaro que tomei conhecimento e fui devidamente esclarecido/a quanto ao enquadramento, objetivos do estudo e procedimentos da investigação a realizar. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer momento, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária, forneço, confiando nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são asseguradas pela equipa de investigação, bem como na informação de que não serão tratados de forma individual e de que apenas serão utilizados para fins de investigação.

Confirmo

**ANEXO XXI: Autorização para utilização do instrumento *Team
Psychological Safety***

25/01/22, 09:43

Gmail - Using the questionnaire



Bruno Alves

Using the questionnaire

~~Sander Hoeken~~ <[redacted]>

25 de janeiro de 2022 20:08 Para: [redacted]
Cc: "Edmondson, Amy"

<[redacted]>

>Dear Bruno,

Your email has been forwarded to me by Dr. Edmondson.

Quick answer: Feel free to use the questionnaire yourself, as it is in the public domain.

Alternatively, The Fearless Organization Scan (fearlessorganization.com) provides an online tool that is free to use for personal purposes and designed to measure the level of Psychological Safety within teams in organizations.

On the platform, the questionnaire has been fully translated into Portuguese too.

Let me know if my response satisfies your question and please feel free to reply with any other question or observation that you might have after reading this message.

Kindest regards,
Sander ~~Hoeken~~

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=adae28c8bf&view=pt&search=all&permmsgid=msg-f%3A1722958556109546965&siml=msg-f%3A1722958...> 1/1

ANEXO XXII: Autorização para utilização do instrumento COPSOQIII

17/03/22, 15:30
de ética

~~Conf~~ - Pedido de autorização para anexar à Comissão



Bruno Alves <[redacted]>

Pedido de autorização para anexar à Comissão de ética

Teresa Cotrim <[redacted]>

17 de março de 2022 15:27 Para: Bruno Alves <[redacted]>

~~Conf~~ Senhor Enfermeiro Bruno Alves,

Na sequência da solicitação de utilização da versão média do COPSQ III, informamos que foi realizada a validação preliminar do instrumento.

Autorizamos a cedência e utilização do instrumento COPSQ III, na sua versão média validada pela equipa de investigadores da equipa coordenada pela Universidade de Aveiro (Prof. Dr. Carlos Fernandes da Silva, Dr. Pedro Bem-Haja, Prof. Dr. Joaquim Sousa Pinto) e pela Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa (Prof. ~~Dr~~ Teresa ~~Barros~~ Cotrim) e que envolve, ainda, investigadores da Universidade de Évora (Prof. ~~Dr~~ Anabela Pereira), da Universidade da Maia (Prof. Dr. Rui Azevedo), da Universidade Autónoma de Lisboa (Prof. Dr. Samuel Antunes), da Universidade do Minho (Prof. ~~Dr~~ Isabel Silva) e do CATIM (~~Dr~~ Cláudia Silva).

A equipa de investigadores, representada no presente termo pela Professora Doutora Teresa ~~Barros~~ Cotrim (Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa):

- Disponibiliza o instrumento, através de plataforma on-line no Observatório Português de Riscos Ocupacionais. Na presente solicitação, autoriza-se ~~excepcionalmente~~ o uso de plataforma própria, sendo responsabilidade do investigador disponibilizar a base de dados à equipa de investigadores, no final da recolha, para integrar a base de dados nacional e o processo de validação e disponibilizar um exemplar do trabalho final.

Com os melhores cumprimentos.

Teresa ~~Barros~~ Cotrim

Professora Auxiliar de Ergonomia Secção
Autónoma de Ergonomia FMH -
Universidade de Lisboa
Centro de Investigação em Arquitetura,
Urbanismo, Design e Ergonomia FA -
Universidade de Lisboa



On 17 Mar 2022, at 10:52, Bruno Alves <[redacted]> wrote:

<Bruno 17 marco Li_ 2022_Q168.pdf>

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=adae28c8bf&view=pt&search=all&permmsgid=msg-f%3A1727561339624292620&siml=msg-f%3A1727561...> 1/1

**ANEXO XXIII: Autorização para utilização do instrumento *Hospital
Survey on Patient Safety Culture***

28/01/22, 16:25

Gmail - Pedido autorização



Bruno Alves <[redacted]>

Pedido autorização

Margarida Eiras <[redacted]>

28 de janeiro de 2022 14:59 Para: Bruno Alves <[redacted]>

Boa tarde

Os nossos parabéns pela iniciativa. Autorizamos a utilização do questionário no contexto que refere. Queira por favor informar em que contexto irá ser usado o instrumento.

Atentamente
Margarida Eiras

No dia 28/01/2022, às 12:17, Bruno Alves <[redacted]> escreveu:

[Texto das mensagens anteriores oculto]

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=adae28c8bf&view=pt&search=all&permmsgid=msg-f%3A1723210923737922415&simpl=msg-f%3A1723210...> 1/1

ANEXO XXIV: Formulário *online*

Caro colega,

A promoção da segurança no bloco operatório é elemento crítico na qualidade das organizações onde exercemos funções e no valor que esta promove junto do utente.

Contudo, no exercício das suas funções, os enfermeiros são expostos a fatores psicossociais que nos podem causar dano físico e mental e, comprometer a segurança.

Este estudo designado “*Segurança Psicológica e Riscos Psicossociais*” tem como principal objetivo **avaliar os riscos psicossociais e a perceção dos enfermeiros acerca da Segurança Psicológica** e como estas variáveis impactam a segurança do utente, no âmbito de uma tese de dissertação do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica: Cuidados à Pessoa em Situação Perioperatória, co-orientado pelo Professor Nelson Coimbra.

Com estes dados pretende-se igualmente elaborar diretrizes de prevenção de riscos psicossociais e promoção da Segurança Psicológica no perioperatório.

O seu contributo é fundamental para a realização do estudo. Só compreendendo a realidade, melhor podemos intervir. Não existem respostas certas, nem erradas, sendo importante responder a todas as questões. A qualquer momento pode recusar-se a participar no estudo, sem nenhum tipo de penalização associada.

As informações são confidenciais e anónimas. Os dados recolhidos são exclusivamente para a investigação em curso e divulgação no meio científico.

Se tem alguma dúvida ou pretenda ter acesso aos dados recolhidos, por favor contacte o investigador Bruno Alves: [redacted] ou telemóvel: [redacted].

Muito Obrigado pela sua participação e colaboração. É importante a sua participação!

Declaração de consentimento informado (Participante)

Declaro que tomei conhecimento e fui devidamente esclarecido/a quanto aos objetivos e procedimentos da investigação a realizar. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer momento, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que, de forma voluntária, forneço, confiando nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são asseguradas pela equipa de investigação, bem como na informação de que não serão tratados de forma individual e de que apenas serão utilizados para fins de investigação.

Confirmo

Questionário Sociodemográfico

Trabalha no Bloco Operatório:

- Sim
- Não - Obrigado pela sua disponibilidade, mas este inquérito destina-se exclusivamente aos enfermeiros que exercem atividade no bloco operatório.

1. Indique o seu sexo:

- Masculino
- Feminino

2. Indique a sua idade: _____ (anos)

3. Indique as suas habilitações académicas (a mais alta)

- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

4. É cuidador(a) informal, ou seja, cuida de algum membro familiar com doença, incapacidade ou fragilidade e não é remunerado para tal?

- Não
- Sim

5. Se sim, tem dificuldades em conciliar trabalho hospitalar com a prestação de cuidados?

- Não
- Sim

Questionário Profissional

1. Em que região do país trabalha?

- Norte
- Centro
- Área Metropolitana Lisboa
- Alentejo
- Algarve
- Região Autónoma da Madeira
- Região Autónoma dos Açores

2. Qual o tipo de trabalho

- Temporário
- Permanente

3. Qual o seu regime de trabalho?

- Horário fixo
- Roulemant*

4. Possui título de enfermeiro especialista?

- Não
- Sim

5. Pertence ao quadro de especialista na sua instituição?

- Não
- Sim

6. Tempo de experiência profissional: _____ (anos)

7. Tempo de experiência profissional no seu Bloco Operatório atual: _____ (anos)

8. Está a tempo inteiro (35h ou mais horas) no bloco operatório?

- Não
- Sim

9. Identifique a função principal que desempenha no Bloco operatório

- Anestesia
- Circulação
- Instrumentação

10. Desempenha funções de gestão

- Não
- Sim

11. Já vi cometerem-se erros no bloco operatório com o potencial de causar danos nos pacientes

- Não
- Sim

12. No meu bloco, a pressão para cumprir o plano cirúrgico, faz nos apressar procedimentos de segurança, com potencial de causar danos nos pacientes

- 1- Nunca
- 2 - Raramente
- 3 - Regularmente
- 4 - Frequente
- 5 - Muito Frequentemente
- 6 - não se aplica

Escala Segurança Psicológica

De seguida apresentamos algumas afirmações acerca da sua equipa de trabalho. Pedimos-lhe que nos indique em que medida as afirmações se aplicam ou não se aplicam à realidade da sua equipa. Para isso, assinale com um X, à frente de cada afirmação, o valor que melhor corresponde ao que, em sua opinião, acontece na sua equipa de trabalho. Utilize, por favor, a seguinte escala:

1	2	3	4	5	6	7
Não se aplica	Quase não se aplica	Aplica-se pouco	Aplica-se moderadamente	Aplica-se muito	Aplica-se quase totalmente	Aplica-se totalmente

	1	2	3	4	5	6	7
1. Se nesta equipa cometemos um erro, este é frequentemente usado contra nós.							
2. Os membros desta equipa são capazes de abordar problemas e assuntos difíceis.							
3. Por vezes, as pessoas desta equipa rejeitam outros por serem diferentes.							
4. Nesta equipa é seguro arriscar.							
5. É difícil pedir ajuda a outros membros da minha equipa.							
6. Ninguém desta equipa tentaria, deliberadamente, prejudicar os meus esforços.							
7. Quando trabalho com os outros membros da equipa, as minhas competências e talentos únicos são valorizados e utilizados.							

Questionário hospitalar sobre a cultura de segurança do doente**Secção 1: O seu supervisor/director**

Indique, por favor, se concorda ou discorda com as seguintes afirmações acerca do seu supervisor/coordenador/director ou pessoa a quem reporta directamente. Utilize para isso a escala indicada.

1	2	3	4	5	6
Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Não se aplica

	1	2	3	4	5	6
1. O seu supervisor/director tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos						
2. O seu supervisor/director leva seriamente em consideração, as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente						
3. Sempre que existe pressão, o meu supervisor/director quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso nos leve a seguir por alguns atalhos						
4. O meu supervisor/director revê os problemas que acontecem relacionados com a segurança do doente, repetidamente						

Secção 2: Comunicações

Com que frequência acontece este tipo de situações no seu Serviço/unidade de trabalho? Pense no seu Serviço/unidade de trabalho...

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Por vezes	A maioria das vezes	Sempre	Não se aplica

	1	2	3	4	5	6
1. É-nos fornecido feedback acerca das mudanças a efetuar, baseadas nos relatórios de ocorrências.						
2. Os profissionais falarão livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente.						
3. Somos informados acerca de erros que aconteçam neste Serviço/unidade.						

4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos que têm maior autoridade.						
5. Neste Serviço/unidade discutimos modos de prevenção de repetição de erros.						
6. Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo.						

Secção 3: Grau de segurança do doente

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

- Excelente
 Muito Bom
 Aceitável
 Fraco
 Muito Fraco

Secção 4: Número de ocorrências notificadas

Nos últimos 12 meses, quantos relatórios preencheu e entregou? (Escolha apenas UMA resposta)

- a. Nenhum
 b. 1 a 2 relatórios de ocorrência
 c. 3 a 5 relatórios de ocorrência
 d. 6 a 10 relatórios de ocorrência
 e. 11 a 20 relatórios de ocorrência
 f. 21 ou mais relatórios de ocorrência

III - Versão média

COPSOQ – Versão Média:

Das seguintes afirmações indique (x) na que mais se adequa à sua resposta de acordo com as seguintes alternativas:	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1. A sua carga de trabalho acumula-se por ser mal distribuída?	1	2	3	4	5
2. Com que frequência fica com trabalho atrasado?	1	2	3	4	5
3. Com que frequência não tem tempo para completar todas as tarefas do seu trabalho?	1	2	3	4	5
4. Precisa de trabalhar muito rapidamente?	1	2	3	4	5
5. Trabalha a um ritmo elevado ao longo de toda a jornada de trabalho?	1	2	3	4	5
6. O seu trabalho exige a sua atenção constante?	1	2	3	4	5
7. O seu trabalho requer que memorize muitas informações?	1	2	3	4	5
8. O seu trabalho requer que seja bom a propor novas ideias?	1	2	3	4	5
9. O seu trabalho exige que tome decisões difíceis?	1	2	3	4	5
10. O seu trabalho coloca-o/a em situações emocionalmente perturbadoras?	1	2	3	4	5
11. No seu trabalho tem de lidar com os problemas pessoais de outras pessoas?	1	2	3	4	5
12. O seu trabalho exige emocionalmente de si?	1	2	3	4	5
13. Tem um elevado grau de influência nas decisões sobre o seu trabalho?	1	2	3	4	5
14. Pode influenciar a quantidade de trabalho que lhe compete a si?	1	2	3	4	5
15. Tem alguma influência sobre o tipo de tarefas que faz?	1	2	3	4	5
16. Tem alguma influência sobre o modo como faz o seu trabalho?	1	2	3	4	5
17. O seu trabalho permite-lhe aprender coisas novas?	1	2	3	4	5
18. O seu trabalho permite-lhe usar as suas competências ou capacidades?	1	2	3	4	5
19. O seu trabalho permite-lhe desenvolver as suas competências?	1	2	3	4	5
21. Pode decidir quando faz as suas pausas?	1	2	3	4	5
22. Pode tirar férias mais ou menos quando deseja?	1	2	3	4	5
23. Pode fazer uma pausa no trabalho para falar com um/a colega?	1	2	3	4	5

Das seguintes afirmações indique (x) na que mais se adequa à sua resposta de acordo com as seguintes alternativas:	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
24. Se tiver um assunto pessoal para tratar, consegue deixar a sua tarefa por meia hora sem precisar de autorização?	1	2	3	4	5
26. O seu trabalho tem algum significado para si?	1	2	3	4	5
27. Sente que o seu trabalho é importante?	1	2	3	4	5
28. Sente-se motivado e envolvido com o seu trabalho?	1	2	3	4	5
29. Gosta de falar com os outros sobre o seu local de trabalho?	1	2	3	4	5
30. Sente que os problemas do seu local de trabalho são seus também?	1	2	3	4	5
31. Sente orgulho em pertencer a esta organização / empresa?	1	2	3	4	5
32. No seu local de trabalho é informado/a com antecedência sobre decisões importantes, mudanças ou planos para o futuro?	1	2	3	4	5
33. Recebe toda a informação de que necessita para fazer bem o seu trabalho?	1	2	3	4	5
34. O seu trabalho é reconhecido e apreciado pela gestão de topo?	1	2	3	4	5
35. A gestão de topo do seu local de trabalho respeita-o/a?	1	2	3	4	5
36. É tratado/a de forma justa no seu local de trabalho?	1	2	3	4	5
37. O seu trabalho tem objetivos claros?	1	2	3	4	5
38. Sabe exatamente quais as suas responsabilidades?	1	2	3	4	5
39. Sabe exatamente o que é esperado de si?	1	2	3	4	5
40. Faz coisas no seu trabalho com que uns concordam, mas outros não?	1	2	3	4	5
41. Por vezes tem que fazer coisas que deveriam ser feitas de outra maneira?	1	2	3	4	5
42. Por vezes tem que fazer coisas que considera desnecessárias?	1	2	3	4	5
Em relação à sua chefia direta até que ponto considera que...					
43. Oferece aos indivíduos e ao grupo boas oportunidades de desenvolvimento / formação?	1	2	3	4	5
44. Faz um bom planeamento do trabalho?	1	2	3	4	5
45. É eficaz a resolver conflitos?	1	2	3	4	5
46. Dá prioridade à satisfação no trabalho?	1	2	3	4	5

Das seguintes afirmações indique (x) na que mais se adequa à sua resposta de acordo com as seguintes alternativas:	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
As questões seguintes referem-se ao seu local de trabalho no seu todo.					
47. Com que frequência tem ajuda e apoio dos seus colegas de trabalho, se necessário?	1	2	3	4	5
48. Com que frequência os seus colegas estão recetivos a ouvi-lo/a sobre os seus problemas de trabalho, se necessário?	1	2	3	4	5
49. Com que frequência os seus colegas falam consigo sobre o seu próprio desempenho laboral?	1	2	3	4	5
50. Com que frequência a sua chefia direta fala consigo sobre como está a decorrer o seu trabalho?	1	2	3	4	5
51. Com que frequência tem ajuda e apoio da sua chefia direta, se necessário?	1	2	3	4	5
52. Com que frequência a sua chefia direta fala consigo sobre o seu desempenho laboral?	1	2	3	4	5
53. Existe um bom ambiente de trabalho entre si e os seus colegas?	1	2	3	4	5
54. No seu local de trabalho sente-se parte de uma comunidade?	1	2	3	4	5
55. Existe uma boa cooperação entre os colegas de trabalho?	1	2	3	4	5
56. Sente-se preocupado/a em ficar desempregado/a?	1	2	3	4	5
57. Sente-se preocupado/a com a dificuldade em encontrar outro trabalho se ficar desempregado/a?	1	2	3	4	5
58. Sente-se preocupado/a em ser transferido/a para outro posto de trabalho contra a sua vontade?	1	2	3	4	5
59. Preocupa-o/a que o seu horário de trabalho (turno, dias úteis, hora de entrada e saída...) seja mudado contra sua vontade?	1	2	3	4	5
60. Sente-se preocupado/a com uma diminuição na sua retribuição (redução, introdução de remuneração variável...)?	1	2	3	4	5
61. Está satisfeito (a) com a qualidade do trabalho realizado?	1	2	3	4	5
62. Os trabalhadores confiam uns nos outros de um modo geral?	1	2	3	4	5
63. Os trabalhadores ocultam informações uns dos outros?	1	2	3	4	5
64. Os trabalhadores ocultam informação à gestão de topo?	1	2	3	4	5
65. A gestão de topo confia nos seus trabalhadores para fazerem o seu trabalho bem?	1	2	3	4	5
66. Os trabalhadores confiam na informação que lhes é transmitida pela gestão de topo ?	1	2	3	4	5

Das seguintes afirmações indique (x) na que mais se adequa à sua resposta de acordo com as seguintes alternativas:	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
67. Os trabalhadores podem expressar as suas opiniões à gestão de topo?	1	2	3	4	5
69. Os conflitos são resolvidos de uma forma justa?	1	2	3	4	5
70. O trabalho é distribuído de forma justa?	1	2	3	4	5
71. As sugestões dos trabalhadores são tratadas de forma séria pela gestão de topo?	1	2	3	4	5
72. Quando os trabalhadores fazem um bom trabalho são reconhecidos?	1	2	3	4	5
As próximas cinco questões referem-se ao modo como o seu trabalho afeta a sua vida privada/ familiar:					
74. Sente que o seu trabalho lhe exige tanta energia, que acaba por afetar a sua vida privada / familiar negativamente?	1	2	3	4	5
75. Sente que o seu trabalho lhe exige tanto tempo, que acaba por afetar a sua vida privada / familiar negativamente?	1	2	3	4	5
76. As exigências do seu trabalho interferem com a sua vida privada e familiar?	1	2	3	4	5
Em relação ao seu trabalho em geral, quão satisfeito(a) está com...					
78. As suas perspetivas de trabalho?	1	2	3	4	5
79. O seu trabalho de uma forma global?	1	2	3	4	5
80. A forma como as suas capacidades e competências são usadas?	1	2	3	4	5

	Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Deficitária
81. Em geral, sente que a sua saúde é:					

Das seguintes afirmações indique (x) na que mais se adequa à sua resposta de acordo com as seguintes alternativas:	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
82. Sou sempre capaz de resolver problemas se tentar o suficiente.	1	2	3	4	5
83. É fácil seguir os meus planos e atingir os meus objectivos.	1	2	3	4	5
Com que frequência durante as últimas 4 semanas sentiu...					
84. Sentiu dificuldade em adormecer?	1	2	3	4	5
85. Acordou várias vezes durante a noite e depois não conseguia adormecer novamente?	1	2	3	4	5
86. Tem-se sentido fisicamente exausto/a?	1	2	3	4	5
87. Tem-se sentido emocionalmente exausto/a?	1	2	3	4	5
88. Tem-se sentido irritado/a?	1	2	3	4	5
89. Tem-se sentido ansioso/a?	1	2	3	4	5
90. Tem-se sentido triste?	1	2	3	4	5
91. Tem sentido falta de interesse por coisas do quotidiano?	1	2	3	4	5

Comentários /Observações (opcional – por favor não introduza dados de identificação)

Obrigada pela sua Colaboração.

**ANEXO XXV: Dimensões do Questionário de Avaliação da Cultura de
Segurança do doente nos Hospitais Portugueses**

Item	Dimensão
1. Trabalho em equipa (D1)	
A1	Neste serviço/unidade os profissionais entreajudam-se
A3	Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como uma equipa, para o conseguir fazer
A4	Neste serviço/unidade as pessoas tratam-se com respeito
A11	Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio
2. Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente (D2)	
B1	O seu supervisor hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos
B2	O seu supervisor hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente
B3	Sempre que existe pressão, o meu supervisor hierárquico quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos
B4	O meu supervisor hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente
3. Apoio à segurança do doente pela gestão (D3)	
F1	A Direção do Centro Hospitalar / Unidade Local de Saúde / Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente
F8	As ações da Direção do Centro Hospitalar / Unidade Local de Saúde / Hospital mostram que a segurança do doente é uma prioridade
F9	A Direção do Centro Hospitalar / Unidade Local de Saúde / Hospital parece apenas interessada na segurança do doente, quando acontece alguma adversidade
4. Aprendizagem organizacional - melhoria contínua (D4)	
A6	Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente
A9	Aqui, os erros proporcionam mudanças positivas
A13	Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente
5. Perceções gerais sobre a segurança do doente (D5)	
A10	É apenas por sorte que os erros mais graves não ocorrem neste serviço/unidade
A15	Nunca se sacrifica a segurança do doente, mesmo quando há muito trabalho
A17	Neste serviço/unidade, temos problemas com a segurança do doente
A18	Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros/ocorrências
6. Feedback e comunicação acerca do erro (D6)	
C1	É-nos fornecido <i>feedback</i> acerca das mudanças a efetuar, baseadas nos relatórios de ocorrências
C3	Somos informados acerca de erros/ocorrências que aconteçam neste serviço/unidade
C5	Neste serviço/unidade discutimos modos de prevenção de repetição de erros/ocorrências

Item	Dimensão
7. Abertura na comunicação (D7)	
C2	Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente
C4	Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos
C6	Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo
8. Frequência da notificação (D8)	
D1	Quando um erro/ocorrência é cometido, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é reportado?
D2	Quando um erro/ocorrência é cometido, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é reportado?
D3	Quando um erro/ocorrência é cometido, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é reportado?
9. Trabalho entre unidades (D9)	
F2	Os serviços/unidades do Hospital não se coordenam muito bem uns com os outros
F4	Existe boa colaboração entre os serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente
F6	É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros serviços/unidades do Hospital
F10	Os serviços/unidades do Hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente
10. Dotação de profissionais (D10)	
A2	Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido
A5	Os profissionais trabalham mais horas por turno, o que pode pôr em causa a segurança do doente
A7	Dispomos de profissionais temporários na prestação de cuidados, o que pode pôr em causa a segurança do doente
A14	Trabalhamos em "modo crise", tentando fazer muito, demasiado depressa
11. Transições (D11)	
F3	A situação fica caótica quando se transferem doentes de um serviço/unidade para outro
F5	É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno
F7	Ocorrem frequentemente problemas na segurança do doente aquando da troca de informação entre os vários serviços/unidades do Centro Hospitalar / Unidade Local de Saúde / Hospital
F11	As mudanças de turno neste hospital são problemáticas para o doente
12. Resposta ao erro não punitiva (D12)	
A8	Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles
A12	Quando uma ocorrência é reportada, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si
A16	Os profissionais interrogam-se se os seus erros são registados no seu processo pessoal

ANEXO XXVI: Características sociodemográficas e profissionais

		n	%
Género	Masculino	26	13.50
	Feminino	166	86.50
Idade (em anos)	24-34	20	10.4
	35-44	72	37.5
	45-54	68	35.4
	55-64	32	16.7
Habilitação Académica	Licenciatura	136	70.80
	Mestrado	51	26.60
	Doutoramento	5	2.60
Especialidade de enfermagem	Médico-cirúrgica (na área de enfermagem)	45	23.40
	Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica	3	1.60
	Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	9	4.70
	Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	25	13.00
	Comunitária	10	5.20
	Saúde Comunitária e Saúde Pública	1	0.50
	Reabilitação	4	2.10
	Saúde Infantil e Pediátrica	1	0.50
	Saúde Materna e Obstétrica	1	0.50
	Saúde Mental e Psiquiátrica	3	1.60
Não se aplica/ Sem especialidade	90	46.90	
Função (no bloco)	Enfermeiro de anestesia	73	38.00
	Enfermeiro circulante	26	13.50
	Enfermeiro instrumentista	89	46.40
	Enfermeiro da unidade de cuidados pós-anestésicos	3	1.60
	Consulta de Enfermagem perioperatória	1	0.50
Região	Norte	128	66.70
	Centro	28	14.60
	Área Metropolitana de Lisboa	28	14.60
	Alentejo	4	2.10
	RA Madeira	3	1.60
	Total	191	99.50
	(sem informação)	1	0.50
Tipo de Contrato	Contrato por tempo determinado	11	5.70
	Contrato por tempo indeterminado	91	47.40
	Contrato trabalho em funções públicas	90	46.90
Tipo de Horário	Horário fixo	57	29.70
	Roulement	80	41.70
	Misto	55	28.60
Pertence ao quadro de especialista	Não	134	69.80
	Sim	58	30.20
Tempo inteiro (em bloco)	Não	7	3.60
	Sim	185	96.40

**ANEXO XXVII: Relação entre variáveis sociodemográficas,
profissionais, Segurança Psicológica e Segurança do Cliente**

	Idade	Habilitação	Anos de experiência		Tempo inteiro (no BO)	Outras funções	
			(Total)	(no BO)		(Enfermeiro)	(Gestão)
Segurança Psicológica	0.094	0.003	0.114	.157*	-0.071	0.080	.148*
Expectativas da supervisão/ gestão	-0.042	-0.142	-0.039	-0.007	0.044	0.020	0.086
Abertura à comunicação	0.11	-.154*	0.105	.172*	0.131	0.036	.208**
Feedback e comunicação sobre o erro	0.088	-.217**	0.078	0.072	.196**	0.101	.153*
Avaliação geral sobre a segurança do Cliente	.204**	-0.1	.180*	.176*	0.007	0.030	.230**
Número de Notificações realizadas	0.067	.168*	0.094	.157*	0.028	0.042	.294**

**ANEXO XXVIII: Relação entre variáveis sociodemográficas,
profissionais e FRPs**

Dimensão/ FRPs	Idade	Habilitação	Anos de experiência (Total)	Anos de experiência (no BO)	Tempo inteiro (no BO)	Acumulação de funções	
						(Enfermeiro)	(Gestão)
Exigências laborais							
Exigências quantitativas	-0.133	-0.026	-0.098	-0.069	0.065	0.075	-0.035
Ritmo	-0.056	0.02	0.005	0.011	0.125	-0.001	0.013
Exigências cognitivas	0.134	-0.055	.173*	.155*	0.114	0.064	.203**
Exigências emocionais	0.022	-0.011	0.072	0.11	0.137	0.116	0.081
Organização de trabalho e conteúdo							
Influência no trabalho	.156*	-0.036	.202**	.210**	0.107	-0.002	.339**
Possibilidades de desenvolvimento	0.084	-.186**	0.098	0.124	.156*	-0.039	.233**
Controlo sobre o tempo de trabalho	-0.034	0.042	-0.046	-0.019	0.08	-0.052	.331**
Significado do trabalho	0.126	-0.084	0.125	0.109	0.072	0.052	.251**
Previsibilidade	.163*	0.02	.181*	.183*	0.033	-0.044	.339**
Reconhecimento	0.093	-0.073	0.122	.168*	0.01	-0.127	.273**
Relações sociais e liderança							
Transparência do papel laboral	0.117	0.022	0.114	0.14	0.056	-0.052	0.119
Conflito de papéis laborais	-0.031	-0.098	-0.03	0.009	0.073	0.008	-0.066
Qualidade da liderança	0.049	-.154*	0.058	0.1	0.039	0.013	.276**
SupORTE social de colegas	0.063	-0.073	0.064	.166*	0.032	0.013	.292**
SupORTE social de superiores	0.065	-.153*	0.068	0.136	0.115	-0.105	.352**
Sentido de pertença à comunidade	0.114	-0.084	0.106	.201**	.167*	-0.035	.167*
Interface trabalho-indivíduo							
Compromisso face ao local de trabalho	0.012	-0.015	0.01	0.085	-0.006	0.003	.338**
Insegurança no trabalho	-.188**	-0.134	-.197**	-.265**	0.047	-0.008	-.180*
Insegurança com as condições de trabalho	-.203**	-0.102	-.196**	-.170*	0.137	0.019	-.244**
Qualidade do trabalho	.155*	-.165*	0.138	0.126	0.023	0.042	.152*
Conflito trabalho-família	-.181*	0.087	-0.132	-0.049	0.041	0.116	-0.081
Satisfação com o trabalho	0.127	-0.109	0.13	.192**	-0.034	0.028	.279**
Capital Social							
Confiança horizontal	-0.024	0.035	-0.044	0.033	0.009	-0.033	0.082
Confiança vertical	0.108	-0.139	0.125	.167*	0.11	-0.017	.233**
Justiça no trabalho	0.093	-.174*	0.098	0.109	0.028	-0.069	.344**
Personalidade							
Autoeficácia	0.122	-0.016	0.138	.227**	0.106	0.059	.153*
Saúde geral	-0.05	0	-0.042	-0.092	-0.049	0.067	0.033
Saúde e bem-estar							
Problemas em dormir	0.096	-0.049	0.107	0.068	0.066	0.007	-0.079
Burnout	-0.025	-0.05	0	0.017	0.107	0.052	-0.121
Stress	-0.059	-0.047	-0.039	-0.035	.169*	0.005	-.154*
Sintomas Depressivos	0.008	-0.072	0.014	-0.016	0.081	0.052	-0.134

** p < 0.01, * p < 0.05

**ANEXO XXIX: Relação entre as variáveis Segurança Psicológica,
Segurança do Cliente e FRPs**

Dimensão/ Subescala (FRPs)	Seg. Psicológica	Seg. do Cliente ^b					Erros		Pressão	
		SC-EXG	AC	F	SC-G	SC-R	BO ^b	BO ^b	BO ^b	BO ^b
Exigências Laborais	Exigências quantitativas	-.157*	-0.035	-0.076	-0.117	-.294**	.235**	.156*	.155*	
	Ritmo	-0.087	-0.054	0.01	-0.01	-0.035	0.132	.216**	0.024	
	Exigências cognitivas	0.133	.169*	.212**	.269**	.196**	0.071	0.028	0.018	
Organização de Trabalho e Conteúdo	Exigências emocionais	-0.137	0.002	0.021	0.071	-0.074	.190**	0.115	0.098	
	Influência no trabalho	.282**	.283**	.336**	.307**	.219**	-0.046	-0.071	.148*	
	Possibilidades de desenvolvimento	.381**	.408**	.382**	.411**	.357**	-0.038	-0.093	0.056	
	Controlo sobre o tempo de trabalho	.246**	.267**	.167*	.216**	.248**	-0.041	-0.056	0.054	
	Significado do trabalho	.325**	.312**	.313**	.301**	.240**	0.007	-0.029	0.03	
Relações Sociais e Liderança	Previsibilidade	.378**	.461**	.399**	.441**	.371**	-0.119	-.210**	0.085	
	Reconhecimento	.337**	.393**	.280**	.351**	.393**	-.159*	-.210**	0.044	
	Transparência do papel laboral	.340**	.236**	.190**	.294**	.326**	-0.101	-.227**	-0.021	
	Conflito de papéis laborais	-.237**	-.172*	-.142*	-0.084	-.273**	.199**	0.096	0.013	
	Qualidade da liderança	.297**	.461**	.461**	.442**	.370**	-0.118	-0.057	0.033	
	Suporte social de colegas	.469**	.373**	.473**	.403**	.339**	-0.005	-0.065	.152*	
	Suporte social de superiores	.348**	.500**	.448**	.481**	.393**	-0.082	-0.083	0.039	
Interação Trabalho-Indivíduo	Sentido de pertença à comunidade	.483**	.331**	.392**	.383**	.348**	-0.068	-.151*	0.065	
	Compromisso face ao local de trabalho	.291**	.272**	.313**	.258**	.222**	-0.003	-0.001	0.096	
	Insegurança no trabalho	-.200**	-0.01	0.027	0.073	-0.087	-0.029	.191**	-0.127	
	Insegurança com as condições de trabalho	-.218**	-0.088	0.031	0.046	-0.123	-0.027	.188**	-.179*	
	Qualidade do trabalho	.242**	.249**	.309**	.237**	.389**	-0.069	-.168*	-0.111	
Capital Social	Conflito trabalho-família	-.181*	-0.113	-.144*	-0.122	-.232**	.234**	.204**	0.052	
	Satisfação com o trabalho	.345**	.348**	.282**	.288**	.339**	-0.05	-0.129	-0.023	
	Confiança horizontal	.425**	.201**	.354**	.227**	.250**	-0.111	-0.125	-0.031	
	Confiança vertical	.277**	.390**	.419**	.397**	.382**	-.155*	-0.106	0.078	
Saúde e Bem-estar	Justiça no trabalho	.304**	.429**	.405**	.429**	.411**	-.175*	-0.141	0.114	
	Autoeficácia	.286**	.210**	.201**	.213**	.319**	-0.069	-.187**	-0.016	
	Saúde geral	0.041	-0.033	0.032	0.062	0.126	-0.079	-0.032	-0.11	
Saúde e Bem-estar	Problemas em dormir	-0.038	0.031	-0.042	-0.054	-0.072	0.059	0.091	-0.021	
	Burnout	-0.119	-0.084	-0.099	-0.08	-0.118	.196**	0.119	-0.033	
	Stress	-.175*	-.164*	-.171*	-0.076	-.182*	.188**	0.113	-0.099	
Saúde e Bem-estar	Sintomas Depressivos	-.227**	-.206**	-.191**	-0.137	-.167*	.162*	0.089	-0.116	

* ps 0.05
**ps 0.001

‡ Subescalas positivas: valores altos representam valores de exposição adequados/ não correspondentes a exposição de risco.

^b Legenda: SC-EXG = Expectativas da supervisão/gestão, AC= Abertura à Comunicação, F= Feedback e comunicação sobre o erro, SC-G= Segurança do utente geral, SC-R= Reporte de relatórios de ocorrência. Por sua vez, Erros BO= conhecimento acerca de erros no BO e Pressão BO= pressão para o cumprimento do plano cirúrgico.