

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de
Enfermagem**

**LIDERANÇA EM ENFERMAGEM:
CONTRIBUTOS PARA A SEGURANÇA CIRÚRGICA NO BLOCO
OPERATÓRIO**

DISSERTAÇÃO

Bruno Filipe Soares Silva

Porto, 2023

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem

**LIDERANÇA EM ENFERMAGEM:
CONTRIBUTOS PARA A SEGURANÇA CIRÚRGICA NO BLOCO OPERATÓRIO**

**LEADERSHIP IN NURSING:
CONTRIBUTIONS TO SURGICAL SAFETY IN OPERATING ROOM**

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Carlos Vilela
e coorientada pela Professora Doutora Elisabete Borges

Bruno Filipe Soares Silva

Porto, 2023

DEDICATÓRIA

A toda a minha família pois não existe maior exemplo de dedicação.

AGRADECIMENTOS

Um trabalho de investigação é o resultado de um trabalho de toda uma equipa. Neste sentido, aproveito este espaço para agradecer a todos os que colaboraram para a sua elaboração.

Ao Professor Doutor Carlos Vilela e à Professora Doutora Elisabete Borges pelo apoio, orientação, disponibilidade e motivação para a realização deste estudo. Não seria possível terminar este trabalho não fosse a total colaboração e empenho sempre com palavras de incentivo e acima de tudo sempre presentes mesmo nas horas de desânimo.

À minha esposa, filhos e pais. Foi um caminho extenso com bastantes sacrifícios pelo que o vosso apoio foi fundamental, sobretudo nos momentos mais trabalhosos e de maior fadiga. Obrigado pela vossa ternura e compreensão.

Quero agradecer também ao Senhor Enfermeiro Zacarias Valente, pelas palavras de incentivo e da demonstração daquilo que são os verdadeiros valores e o espírito de família. Assim como, à Senhora Enfermeira Rosário Caetano Pereira pela ajuda e pela mentora que é.

Aos meus amigos Afonso, Paula, Maria José, Mauro, Rita e Sofia pela ajuda, disponibilidade e encorajamento.

A todos os enfermeiros que participaram neste estudo obrigado também pela vossa disponibilidade e estímulo.

SIGLAS E ABREVIATURAS

AMSD: Aliança Mundial para a Segurança do Doente

APEGEL: Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança

CINTESIS: Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde

DGS: Direção-Geral da Saúde

ENQS: Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde

ESEP: Escola Superior de Enfermagem do Porto

ICN: *International Council of Nurses*

LVSC: Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

OMS: Organização Mundial de Saúde

PNSD: Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

QSCare: Qualidade e Segurança nos Cuidados de Saúde

RISE: Rede de Investigação em Saúde

SNS: Serviço Nacional de Saúde

SPSS: *Statistical Package for the Social Sciences*

SSC: *The Surgical Safety Checklist*

RESUMO

A liderança em enfermagem encontra-se entre os elementos mais sensíveis para o sucesso das organizações de saúde. Os enfermeiros gestores assumem um papel determinante na gestão dos serviços de saúde e na promoção de ambientes saudáveis e seguros, tanto para profissionais como para cidadãos. Os blocos operatórios são, particularmente, um contexto onde a segurança do doente é uma dimensão crucial e intimamente ligada com os modelos de gestão e liderança.

Ancorado nestes pressupostos, desenvolveu-se um estudo, integrado no projeto de investigação “Qualidade e Segurança nos Cuidados de Saúde (QSCare)”, ESEP/CINTESIS@RISE, que pretendeu: caracterizar os papéis de liderança, analisar a associação entre os papéis de liderança identificados e as características sociodemográficas e profissionais, caracterizar a segurança cirúrgica no bloco operatório, analisar a associação entre a segurança cirúrgica no bloco operatório e as características sociodemográficas e profissionais e analisar a associação entre a segurança cirúrgica no bloco operatório e os papéis de liderança.

Estudo quantitativo, correlacional e transversal, numa amostra de conveniência de 88 enfermeiros do contexto perioperatório, de um hospital da região Norte de Portugal. Aplicou-se um instrumento de recolha de dados, via online, para caracterização sociodemográfica e profissional, o Questionário de Liderança de Quinn (Parreira et al., 2006) e o Questionário de Segurança do Doente no Bloco Operatório - itens relativos à Área “Segurança Cirúrgica” (Mota, 2021).

Dos principais resultados, relativamente aos papéis de liderança, evidenciou-se o papel “Diretor” com a média mais elevada e o “Inovador” com a média mais baixa. Os papéis de “Facilitador” e “Inovador” associaram-se à “Categoria profissional” e ao “Local onde exerce funções” respetivamente. Quanto à “Liderança total” esta foi percecionada moderadamente positiva, com valor médio superior a 4, em todos os papéis. No que concerne à Segurança Cirúrgica, o valor médio mais elevado identificou-se no item “A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) é aplicada, pela equipa cirúrgica, aos doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos incluindo aqueles com anestesia local” e o mais baixo no item “Os resultados das auditorias à utilização da LVSC são analisados em equipa”. A dimensão “Boas práticas” variou em função do “Título profissional”, “Local de trabalho”, “Categoria profissional” e “Duplo emprego”. Já a dimensão “Auditoria” variou em função das “Habilitações literárias”, “Título profissional” e “Categoria profissional”. No que toca à “Segurança cirúrgica total” pelo menos metade da amostra apresentou perceção de segurança de 3,81.

Os resultados corroboram os autores que defendem que os enfermeiros em contexto perioperatório têm um nível moderado de perceção do exercício da liderança, apontando para a necessidade de promover o desenvolvimento de diferentes papéis de liderança exercidos por enfermeiros gestores. Fica demonstrado que existe predomínio dos papéis de “Diretor”, “Produtor” e “Mentor” com foco na produtividade, no controlo e orientados para resultados. No que toca à “Segurança Cirúrgica,” os resultados estão alinhados com estudos anteriores revelando a importância do preenchimento da LVSC e da partilha das auditorias com a equipa.

Em conclusão, as características de liderança e da segurança cirúrgica identificadas, na amostra de enfermeiros perioperatórios estudada, revelam que existe espaço para a reflexão e para o desenvolvimento de competências neste contexto. O investimento nestas dimensões contribuirá, certamente, para a melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados prestados.

Palavras-chave: Enfermagem Perioperatória; Liderança; Segurança do Paciente; Cuidados Perioperatórios; Gestão em Saúde

ABSTRACT

Leadership in nursing is among the most sensitive elements for the success of healthcare organisations. Nurse managers play a decisive role in managing health services and promoting healthy and safe environments for both professionals and citizens. Operating theatres are a context where patient safety is a crucial dimension and closely linked to management and leadership models.

Based on these assumptions, a study was carried out as part of the research project "Quality and Safety in Healthcare (QSCare)", ESEP/CINTESIS@RISE, which aimed to: describe leadership roles, analyse the association between the identified leadership roles and sociodemographic and professional characteristics, describe surgical safety in the operating theatre, analyse the association between surgical safety in the operating theatre and sociodemographic and professional characteristics and analyse the association between surgical safety in the operating theatre and leadership roles.

This was a quantitative, correlational, and cross-sectional study with a convenience sample of 88 perioperative nurses from a hospital in the north of Portugal. An online data collection instrument was used to characterise sociodemographic and professional characteristics, as well as Quinn's Leadership Questionnaire (Parreira et al., 2006) and the Questionnaire on Patient Safety in the Operating Theatre - items relating to the "Surgical Safety" area (Mota, 2021).

Of the main results, with reference to leadership roles, the "Director" role had the highest average and the "Innovator" role had the lowest average. The roles of "Facilitator" and "Innovator" were associated with "Professional category" and "Place of work" respectively. As for "Total leadership", it was perceived as moderately positive, with an average value of over 4 in all roles. About Surgical Safety, the highest mean value was identified in the item "The Surgical Safety Checklist (SSC) is applied by the surgical team to patients undergoing surgical procedures, including those with local anaesthesia" and the lowest in the item "The results of audits on the use of the SSC are analysed by the team". The "Good practices" dimension varied according to "Professional title", "Place of work", "Professional category" and "Dual employment". The "Audit" dimension varied according to "Academic qualifications", "Professional title" and "Professional category". With regard to "Total surgical safety", at least half of the sample had a perceived safety score of 3.81.

The results corroborate the authors who argue that perioperative nurses have a moderate level of perception of the exercise of leadership, pointing to the need to promote the development of different leadership roles exercised by nurse managers. There is a predominance of the roles of "Director", "Producer" and "Mentor" with a focus on productivity, control and results-orientated. Regarding "Surgical Safety," the results are in line with previous studies, revealing the importance of completing the SSC and sharing audits with the team.

In conclusion, the characteristics of leadership and surgical safety identified in the sample of perioperative nurses studied show that there is room for reflection and the development of competences in this context. Investing in these dimensions will certainly contribute to the continuous improvement of the quality and safety of the care provided.

Keywords: Perioperative Nursing; Leadership; Patient Safety; Perioperative Care; Health Management

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	21
1. LIDERANÇA	25
1.1. Estilos de liderança	27
1.2. Liderança para a segurança cirúrgica no bloco operatório	32
1.3. Enfermeiro gestor	33
2. A SEGURANÇA CIRÚRGICA NO BLOCO OPERATÓRIO	35
3. METODOLOGIA.....	39
3.1. Finalidade e objetivos do estudo.....	39
3.2. Tipo de estudo.....	40
3.3. Variáveis	40
3.4. População e amostra	41
3.5. Material	44
3.6. Procedimento de recolha dos dados e considerações éticas	46
3.7. Tratamento de dados	47
4. RESULTADOS.....	49
4.1. Caracterização dos papéis de liderança	49
4.2. Associação dos papéis de liderança e as caraterísticas sociodemográficas e profissionais	52
4.3. Caracterização da segurança cirúrgica no bloco operatório.....	54
4.4. Associação entre segurança cirúrgica no bloco operatório e as caraterísticas sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros perioperatórios.....	56

4.5. Relação entre segurança cirúrgica no bloco operatório e os papéis de liderança na perspectiva dos enfermeiros perioperatórios	58
5. DISCUSSÃO	59
CONCLUSÃO.....	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Principais estatísticas da caracterização sociodemográfica dos enfermeiros perioperatórios	42
TABELA 2: Principais estatísticas da caracterização profissional dos enfermeiros perioperatórios	43
TABELA 3: Valores de alfa de <i>Cronbach</i> do Questionário de Liderança de Quinn	45
TABELA 4: Valores de alfa de <i>Cronbach</i> da área de segurança cirúrgica do Questionário de Segurança do Doente no Bloco Operatório	46
TABELA 5: Principais estatísticas dos itens do Questionário de Liderança de Quinn	50
TABELA 6: Principais estatísticas dos papéis de liderança	51
TABELA 7: Associação entre os papéis de liderança e as caraterísticas sociodemográficas dos enfermeiros perioperatórios	52
TABELA 8: Associação entre os papéis de liderança e as caraterísticas profissionais dos enfermeiros perioperatórios	53
TABELA 9: Principais estatísticas das dimensões e dos itens da área de segurança cirúrgica do Questionário de Segurança do Doente no Bloco Operatório.....	54
TABELA 10: Associação entre as dimensões da segurança cirúrgica e as caraterísticas sociodemográficas dos enfermeiros perioperatórios	56
TABELA 11: Associação entre as dimensões da segurança cirúrgica e as caraterísticas profissionais dos enfermeiros perioperatórios	57
TABELA 12: Relação entre as dimensões da segurança cirúrgica e os papéis de liderança	58

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Diagrama de extremos e quartis dos papéis de liderança e da liderança total.....51

FIGURA 2: Diagrama de extremos e quartis das dimensões da área da segurança cirúrgica e da segurança cirúrgica total.....55

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Papéis e competências de liderança – Modelo dos Valores Contrastantes de Quinn 31

INTRODUÇÃO

Num mundo cada vez mais competitivo, desafiante e em persistente mudança, é prioritário cultivar as lideranças nas organizações, implementando uma procura constante pelo conhecimento e pela capacidade de transformação organizacional. Este é um desafio claro para os gestores, que têm uma significativa responsabilidade na promoção dos melhores padrões de qualidade e de segurança nos serviços que a sua organização presta. Na área da saúde esta ideia assume particular relevância, visto incluir ambientes de trabalho complexos e muito diversificados. Aqui, os enfermeiros gestores agem como verdadeiros pivôs que carecem de formação específica e, naturalmente, do desenvolvimento de competências que garantam uma adequada gestão de equipas em prol da prestação de cuidados seguros e de qualidade.

O conceito de liderança pode ser definido como um processo multidimensional que implica influenciar um grupo a alcançar objetivos que refletem uma visão comum (Cummings et al., 2018; Sfantou et al., 2017). A liderança em enfermagem encontra-se entre os elementos mais sensíveis para o sucesso das organizações de saúde (Sfantou et al., 2017), sendo que os enfermeiros gestores constituem-se como os líderes da maior força de trabalho nas organizações de cuidados de saúde (World Health Organization, 2023), exercendo um papel determinante na gestão da mudança, no sentido da melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados (Australian College of Nursing, 2015; Cummings et al., 2018; Fischer, 2017; Regulamento n.º 76/2018). O líder pode ser descrito como a pessoa que define os objetivos do grupo, que influencia e direciona os seus membros em concertação com esses objetivos (Durmus & Kirca, 2019). Como tal um dos objetivos do enfermeiro gestor é, não só a segurança dos cuidados, mas também a segurança do próprio doente, que é atualmente reconhecida como um enorme e crescente desafio à saúde pública global, constituindo um dos componentes fundamentais da qualidade em saúde e um aspeto decisivo para a confiança dos cidadãos no Sistema de Saúde Português (Despacho 1400-A/2015). Torna-se, assim, essencial definir prioridades, metas e ações, e identificar quem faz o quê, como, quando e com que meios. Em suma, é fundamental assumir o rumo estratégico e acompanhar a implementação do Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026 para que se possam alinhar ações, otimizar recursos e potenciar ganhos em saúde, dando especial atenção à segurança do doente (Despacho nº 9390/2021).

Olhando, também, o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor da Ordem dos Enfermeiros, fica implícito que este deve desempenhar um papel pró-ativo na definição de políticas de saúde (domínio da assessoria de gestão), e reconhece que deve estar assente num corpo de conhecimento no domínio da liderança, marketing, gestão financeira, gestão de projetos, governação clínica e poder executivo (Regulamento n.º 101/2015).

Deve então, o enfermeiro gestor, contribuir para a promoção de ambientes saudáveis e seguros introduzindo medidas corretivas sempre que identificadas necessidades, adotando estratégias de liderança que assegurem o desenvolvimento profissional e organizacional exercendo para isso uma liderança centrada nas pessoas e na monitorização dos processos, tendo em conta que esta deve estar suportada em valores éticos e morais (Regulamento nº 76/2018). Assim sendo, pelo enquadramento efetuado, revela-se pertinente a realização de investigação que explore o impacto da liderança em enfermagem na segurança cirúrgica no bloco operatório.

Enquanto Enfermeiro do Bloco Operatório, a segurança do doente constitui o foco primordial da minha atividade profissional que, baseado na nossa experiência, está relacionada com o perfil de liderança do enfermeiro gestor que determina o trabalho da equipa no atingimento de determinados níveis de padrões de qualidade e segurança dos cuidados prestados. Desta forma, esta premissa emerge como a principal razão para a escolha do tema de investigação.

Este estudo enquadra-se no âmbito do Curso de Mestrado em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), e está integrado no projeto "Qualidade e Segurança nos Cuidados de Saúde" - QSCare, ESEP/Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), Rede de Investigação em Saúde (RISE).

Assim, com a finalidade de contribuir para a compreensão da influência da liderança em enfermagem e a sua importância para a segurança cirúrgica no bloco operatório, avançámos para um estudo quantitativo, do tipo correlacional e transversal, e assumimos como objetivos:

- Caracterizar os papéis de liderança na perspetiva dos enfermeiros perioperatórios;
- Analisar a relação entre os papéis de liderança identificados e as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros perioperatórios;
- Caracterizar a segurança cirúrgica no bloco operatório na perspetiva dos enfermeiros perioperatórios;
- Analisar a relação entre a segurança cirúrgica no bloco operatório e as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros perioperatórios;

- Analisar a relação entre a segurança cirúrgica no bloco operatório e os papéis de liderança na perspetiva dos enfermeiros perioperatórios.

Este trabalho está dividido em seis capítulos. No primeiro faz-se referência ao papel da liderança em enfermagem enquanto influenciadora da segurança do doente na perspetiva do enfermeiro gestor, das suas estratégias de melhoria e diminuição dos riscos cirúrgicos. No segundo procuramos contextualizar a segurança cirúrgica no bloco operatório, abordando a dimensão e as repercussões dos principais riscos associados aos cuidados de saúde prestados. No terceiro capítulo são apresentadas as opções metodológicas. No quarto apresentamos os resultados obtidos na investigação, a partir dos quais se faz a discussão no quinto capítulo. Por fim, no sexto e último capítulo são apresentadas as conclusões, as limitações do estudo e, ainda, as implicações do estudo para a prática, para a investigação e para o ensino. No final do documento, apresentam-se as referências bibliográficas.

1. LIDERANÇA

A liderança é um pilar fundamental na dinâmica das organizações cada vez mais valorizado e estudado. O conceito de liderança não apresenta uma definição única e consensual. As definições na literatura são inúmeras e nem sempre coincidentes. As discussões sobre o que é a liderança também são igualmente abundantes, controversas e inconclusivas (Rego & Cunha, 2020). Atendendo ao anteriormente mencionado, em seguida, faremos uma resenha em torno de uma seleção de definições sobre o conceito.

Bass, em 1990, classifica a liderança de diferentes formas, mas particulariza-a como um ponto fundamental dos processos de grupo. A liderança tem um papel essencial na alteração das atividades e no próprio sistema do grupo. Para o mesmo autor, é vista como uma questão de personalidade, capaz de induzir consenso, que proporciona cooperação levando a um exercício de influência, com o objetivo de alterar o comportamento de outras pessoas e de dar um rumo para que a organização consiga os seus objetivos e satisfaça as suas necessidades (Bass, 1990).

Para Chunharas e Davies (2016) a liderança é definida como a capacidade de identificar prioridades, definir uma visão e mobilizar os atores e recursos necessários para alcançá-las. Por seu turno, Fachada (2014) considera que a liderança pode ser percebida como a aptidão para influenciar as pessoas a trabalharem com entusiasmo, em função de métodos e objetivos essenciais e prioritários para a organização. Consiste num processo de influência, significando, por isso, que o líder influencia os elementos da sua equipa a serem excecionais e apaixonados na concretização dos objetivos, fazendo com que se empenhem nas tarefas afincadamente e as executem da melhor forma. Assim, poder-se-á considerar a palavra liderança como sinónimo de influência (Chunharas & Davies, 2016). Alguns autores consideram, ainda, que a liderança é a atividade praticada por alguém que ocupa uma posição de chefia. Por outro lado, outros referem que pode ser exercida não só por chefes, mas também por chefiados (Rego & Cunha, 2020).

A liderança assenta então em vários paradigmas que mais comumente são divididos em três teorias baseadas nos traços de personalidade, na abordagem comportamental e na perspetiva situacional (Vecchio, 1995). A teoria que dá ênfase aos atributos pessoais e de personalidade baseia-se no pressuposto de que as pessoas detêm traços de personalidade que as tornam mais capazes no exercício de posições de liderança (Rego, 1997). Por outro lado, na teoria

comportamental, a liderança surge como algo que pode ser instruído e treinado. Esta teoria segue uma lógica preferentemente contingencial, considerando a observação das variáveis situacionais que podem condicionar a liderança. Esta abordagem sugere que, para se obter sucesso na liderança em diferentes situações, não existe um único estilo ou atributo do líder que satisfaça totalmente, devendo o líder adequar o tipo de liderança às características de cada situação, impondo que o líder tenha um maior conhecimento da organização, dos seus valores e políticas (Vecchio, 1995). Ainda nesta abordagem, ao contrário da anterior que tentou saber se se nascia líder, questiona-se sobre o que é imprescindível para criar um líder, partindo do pressuposto de que subsistem comportamentos específicos observáveis que diferenciam o líder do não líder (Bilhim, 2009).

Bass e Bass (2008) referem que a partir do início dos anos 80 do século XX, numa abordagem integradora das teorias centradas nos traços de personalidade, nos aspetos comportamentais e no tipo de interações que se estabelecem entre os membros do grupo/organização, desenvolve-se a linha de investigação da liderança transformacional/transacional. Esta última linha de investigação referida aprofunda os aspetos implícitos no relacionamento líder/liderados.

No entanto, Hersey e Blanchard, já em 1986, desenvolveram o modelo de liderança denominado por situacional. Estes autores consideram que o comportamento do líder tem de ter sempre em atenção dois fatores: a orientação para a tarefa e a orientação para o relacionamento. Desta intersecção resultam quatro estilos de liderança de acordo com a maturidade dos colaboradores, sendo esses estilos designados por: delegação, participativo, persuasivo e diretivo (Hersey & Blanchard, 1986 como citado em Fachada, 2014).

No que toca à liderança nas unidades de saúde, esta é considerada um fator elementar para a satisfação do doente, sustentabilidade financeira, progresso das equipas, bem como para a qualidade e segurança do doente (Durmus & Kirca, 2019). Os enfermeiros gestores podem constituir-se como os líderes da maior força de trabalho nas organizações de cuidados de saúde (World Health Organization, 2023), exercendo um papel determinante na gestão da mudança, no sentido da melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados (Australian College of Nursing, 2015; Cummings et al., 2018; Fischer, 2017; Regulamento nº 76/2018). Deste modo, o líder pode ser descrito como a pessoa que define os objetivos do grupo, que influencia e direciona os seus membros em sintonia com esses objetivos (Durmus & Kirca, 2019).

Para Anders et al. (2021), com o crescimento da complexidade dos cuidados de saúde existe uma procura, cada vez maior, de líderes em enfermagem eficientes e bem preparados. Esta

procura nunca foi tão urgente, pelo que a prática de promover enfermeiros meramente clínicos para a alta liderança não é um modelo exequível. O sucesso das organizações de saúde depende assim, particularmente, das competências de liderança de enfermagem. Os mesmos autores referem, ainda, que para promover a competência dos líderes de enfermagem e para construir infraestruturas que estimulem a criação de conhecimentos especializados, os líderes de enfermagem precisam de adotar abordagens baseadas em evidências, bem como uma série de diversas aptidões e qualidades. A liderança em enfermagem, nas organizações de saúde, é responsável pelos elevados níveis de satisfação dos clientes sempre que os líderes de enfermagem têm autoridade e recursos adequados. No entanto, também necessitam de gerir as suas respetivas unidades e equipas com empenho e dever. Portanto, para um enfermeiro líder atingir tal desígnio precisa de autonomia e meios para atingir os objetivos previstos.

Os líderes de enfermagem devem, assim, ser capazes de conceber e comunicar uma visão para as suas áreas de responsabilidade, construindo relações positivas com aqueles que lideram e adotar estratégias e ações para obter objetivos comuns (Anders et al., 2021). Dois dos estilos de liderança mais citados na literatura, devido também à sua adequação ao contexto das equipas de saúde, são a liderança transformacional e a liderança transacional, que passamos a analisar.

1.1. Estilos de liderança

Existem múltiplos estilos de liderança definidos na literatura não havendo um que seja mais importante que outro, no entanto, existem alguns estilos que estão mais diretamente ligados às instituições e à sua prática. Com o passar dos anos passou a ser mais facilmente identificada a liderança transformacional que se caracteriza por ter uma forte componente pessoal associada. O tipo de liderança assente nestas premissas faz com que os seus seguidores se sintam motivados introduzindo mudanças nas suas atitudes, de modo a inspirá-los para a realização de objetivos suportados por valores e ideais (Bass & Riggio, 2005). Segundo Lin et al. (2015), o estilo de liderança transformacional, no âmbito do setor da saúde, pode promover um aumento da qualidade dos cuidados prestados aos utentes e constituir-se como uma estratégia para promover a eficácia das organizações de saúde. Da mesma forma, para Quesado et al. (2022), o

líder transformacional deve ter em conta os seus valores e praticar aquilo que estes representam para si, de modo a reconhecer as expectativas individuais, motivando cada um dos elementos e, com isso, facilitar o seu desenvolvimento através de comunicação, comportamento e conduta coerentes.

A teoria da liderança transformacional preconiza que os líderes e liderados se apoiem reciprocamente, de modo a amplificar a motivação e o comportamento ético. Neste estilo, todos os elementos do grupo trabalham para alcançarem o mesmo objetivo, sendo que a mudança e a capacidade de adaptação são algumas das características fundamentais de um líder transformacional (Hunt & Fedynich, 2019).

Outro estilo de liderança bastante experienciado e de relevo é a liderança transacional, característico em se concentrar na motivação dos elementos através de recompensas e punições. Bass et al. (2003) definem os líderes transacionais como pessoas que lideram utilizando trocas sociais e incentivos financeiros para aumentar a produtividade, negando compensações na falta dela.

Giltinane (2013) sugeriu que liderança transacional é alicerçada em recompensas condicionais e isso pode ter uma influência encorajadora na execução e nos resultados de desempenho dos subordinados. A liderança transacional é muito praticada na área da saúde sendo, aliás, uma abordagem que pode ter eventuais efeitos negativos no atendimento ao cliente, porque os profissionais de saúde podem tender a concentrar-se mais na tarefa ou função do que nas próprias necessidades do cliente como um todo.

Nota-se então que líderes que adotam uma abordagem transacional têm como foco manter os processos estanques, ao invés de olharem para o futuro. Ou seja, dirigem menos a sua ação nos aspetos criativos e inovadores, concentrando-se mais em ideias como a eficiência e a efetividade (Durmuş & Kırca, 2019). Na liderança transacional, os liderados esperam receber algo similar ao que deram à organização, motivados a alcançar os objetivos definidos e sendo castigados quando tal não se confirma (Chaves, 2019).

No que concerne ainda aos estilos de liderança, surgiu nos anos oitenta um modelo designado por Modelo dos Valores Contrastantes. Este resultou da pesquisa desenvolvida por Quinn e Rohrbaugh (1983), de modo a compreender os fenómenos que rodeiam a eficiência organizacional. Quinn (1988) desenvolveu uma vasta investigação no âmbito da liderança sobre

o que levava os gestores/líderes a serem mais eficazes, adequando o modelo ao líder e/ou gestor.

O Modelo dos Valores Contrastantes é um modelo distinto e privilegiado por se basear em várias teorias de liderança que abrangem vários papéis (Melo et al., 2017), agregando a sofisticação, a contradição, o paradoxo e a constante mudança que qualificam as organizações atuais, especificamente as organizações de saúde. As suas duas dimensões basilares são flexibilidade *versus* estabilidade e orientação externa *versus* orientação interna (Quinn, Thompson, Faerman, & McGrath, 2003). Estas dimensões elementares formam quatro quadrantes que emergem da sobreposição dos dois eixos que mostram a flexibilidade/estabilidade e orientação interna/externa, onde se dividem os quatro modelos e os oito papéis de liderança.

O Modelo das Relações Humanas localiza-se no quadrante da flexibilidade e orientação interna, sendo representado pelos papéis de “Mentor” e “Facilitador”. Este modelo parte do princípio de que o envolvimento causa o compromisso, aumentando o processo de interação humana e, desta forma, dar evidência à participação, à resolução de conflitos e ao aparecimento de consensos, estando direcionado para as equipas (Quinn et al., 2003). O líder deve, portanto, tornar-se num “Facilitador” focado nos processos e num “Mentor” empático (Melo et al., 2017). O líder “Facilitador” é, desta forma, virado para o processo, diligenciando esforços coletivos, a união, o trabalho em equipa, e a gestão de conflitos. Este tipo de líder deve, ainda, estimular a manifestação de opinião, procurar consensos e negociar compromissos. O “Mentor”, por sua vez, assenta no desenvolvimento das pessoas, procurando dar uma orientação empática, uma escuta ativa, apoiando pessoalmente e individualmente os liderados no seu desenvolvimento de competências; são equitativos, cuidadosos e distribuem elogios e reconhecimento (Parreira et al., 2006).

O Modelo dos Sistemas Abertos inclui os papéis de “Inovador” e “Broker”. Este modelo parte do princípio de que a adaptação e a inovação ininterruptas suportam a aquisição e manutenção de recursos externos (Melo et al., 2017). O Modelo dos Sistemas Abertos surge da necessidade de se liderar num mundo em persistente modificação e com um grande desenvolvimento de conhecimento, em que os líderes são levados, inevitavelmente, a tomar decisões céleres (Quinn et al., 2003). Este facto obriga a que o líder seja um inovador criativo e um negociador que pratica a sua influência na organização (Quinn & Roughbaug, 1983). O líder “Inovador” caracteriza-se por ser utópico, gestor da mudança, integrador da inovação e ágil na resolução de problemas. Por outro lado, os “Brokers” exibem os líderes influentes, politicamente

astuciosos, que concebem e sustentam uma base de poder, uma conexão com o exterior, uma rede de contactos externa e mostram uma aptidão de negociadores que garante assim a aquisição dos recursos (Parreira et al., 2006).

O Modelo de Objetivos Racionais (Taylor) incorpora os papéis de “Diretor” e “Produtor”. Este modelo, mais virado para a produtividade e ganho, assenta no princípio que uma direção clara leva a resultados positivos (Quinn et al., 2003). O líder deve ser, assim, um produtor pragmático e um diretor que decide (Melo et al., 2017). Os “Diretores” definem metas, traçam e criam objetivos, clarificam papéis e tarefas, instituem normas e políticas, dão instruções, tomam iniciativas e delegam de forma eficiente. Os “Produtores”, por sua vez, são centrados nas tarefas, são motivados e estimulam os liderados a aceitarem responsabilidades e manterem uma produtividade elevada (Parreira et al., 2006).

Finalmente, o Modelo dos Processos Internos integra os papéis de “Monitor” e “Coordenador”. Este modelo dá destaque à definição de responsabilidades, mensuração e documentação, assentando no princípio que a normalização leva à estabilidade e solidez (Quinn et al., 2003). Como “Monitor” o líder acolhe e partilha informação, apura a performance e desempenho dos liderados e certifica-se que obedece às normas e ao mesmo tempo está a atingir os objetivos. O “Coordenador” dá realce à organização e à coordenação dos esforços da equipa, reduzindo disfunções e conflitos (Parreira et al., 2006).

Os líderes devem, não só compreender os papéis contrastantes, mas também serem capazes de os colocar em prática, operando, assim, os quatro modelos, gerindo os pontos fracos e fortes de cada um deles, de acordo com o contexto e situação que são confrontados na sua liderança diariamente (Deninson et al., 1995). Por isso, o líder deve ter em conta que nas organizações complexas e dinâmicas só é eficaz aquele que adquire competências dos oito papéis de liderança (Deninson et al., 1995), combinando a liderança transacional com a transformacional, em função dos contextos situacionais (Melo et al., 2017; Neves, 2013). A cada um dos papéis de liderança, do Modelo dos Valores Contrastantes de Quinn, corresponde um conjunto de três competências específicas de liderança, num total de 24.

As competências apresentadas no Quadro 1 devem ser movimentadas pelos líderes de acordo com as distintas situações, refletindo a natureza multidimensional e paradoxal que exige a liderança (Quinn, 1988).

QUADRO 1: Papéis e competências de liderança – Modelo dos Valores Contrastantes de Quinn (Quinn, 1988)

Papéis de liderança	Competências
Papel de Broker	Criar e manter uma base de poder Negociador de acordos e compromissos Apresentador de ideias
Papel de Inovador	Conviver com a mudança Pensamento criativo Gestão da mudança
Papel de Produtor	Produtividade e motivação pessoal Motivador dos outros Gestão do tempo e do stress
Papel de Diretor	Toma iniciativas Fixa metas Delega de forma eficaz
Papel de Coordenador	Planificação Organização e desenho Controlo
Papel de Monitor	Redução da sobrecarga de informação Analisar criticamente a informação Apresentar a informação: redigir com eficácia
Papel de Mentor	Auto-compreensão e compreensão dos outros Comunicação interpessoal Desenvolvimento dos subordinados
Papel de Facilitador	Criação de equipas Tomada de decisões participativas Gestão de conflitos

Fonte: Mota (2021)

Assim, a abordagem transformacional/transacional pode ser transposta para o Modelo dos Valores Contrastantes de Quinn, sendo o líder transformacional descrito pelo Modelo das Relações Humanas nos papéis de “Mentor” e “Facilitador” e o Modelo dos Sistemas Abertos

“Inovador” e “Broker”. O líder transacional é descrito pelo Modelo dos Objetivos Racionais “Diretor” e “Produtor” e dos Processos Internos “Monitor” e “Coordenador” (Quinn, 1988).

1.2. Liderança para a segurança cirúrgica no bloco operatório

O envolvimento das lideranças em ações de qualidade e segurança é indispensável. Reason e Hobbs (2003) estimaram que 75% a 80% de todas as iniciativas, que obrigam as pessoas a modificar os seus comportamentos, falham devido à falta de liderança para a gestão da mudança.

Por isso, a aplicação da prática baseada na evidência como estratégia para a tomada de decisão nos cuidados de enfermagem em situação perioperatória é, de facto, fundamental para uma prestação de cuidados assente na qualidade e segurança. Esta contribui para uma diminuição de riscos relacionados com a prestação de cuidados, o que assume especial pertinência neste contexto, permanecendo, muitas vezes, também associada a maior eficácia, acarretando menos custos e menor investimento de tempo (Danski, et al., 2017).

Por outro lado, a falta de liderança no contexto perioperatório também é preocupante, pois os futuros líderes devem ser recrutados entre os enfermeiros mais experientes. No entanto, existem indicadores que apontam para que a oferta deste tipo de profissionais está, cada vez mais, a diminuir (Sherman et al., 2014). Ainda segundo os mesmos autores, numa pesquisa realizada em 2014, que envolveu 256 líderes em contexto perioperatório, verificaram que, destes, 74% referiram ter mais de 50 anos e 65% planeavam aposentar-se nos próximos dez anos, o que, segundo eles, faria com que a janela prevista para a escassez de líderes em contexto perioperatório ocorresse entre três a cinco anos.

Outro aspeto relevante a considerar é a retenção de profissionais e o desenvolvimento de liderança neste contexto. Este aspeto deve ser tido em conta para evitar uma carência iminente de gestores e líderes neste contexto. Para atenuar o possível impacto negativo desta falta de recursos, as escolas de enfermagem e o próprio sistema de saúde deve refletir e criar uma estratégia de formação de gestores e líderes (Beitz, 2019).

Também se revela pertinente o desenvolvimento de maior capacidade de liderança por parte dos enfermeiros gestores. A este respeito, Mota (2021) refere que os enfermeiros gestores devem promover a partilha de poder com a sua equipa, de modo a promover o seu empoderamento e as suas competências, ajudando para uma maior satisfação e melhor performance. Os enfermeiros em contexto perioperatório têm um nível moderado de perceção do exercício da liderança, apontando para a necessidade de promover o desenvolvimento de diferentes papéis de liderança exercidos por enfermeiros gestores nos blocos operatórios (Mota et al., 2022). Os mesmos autores referem que, embora os líderes de enfermagem desempenhem todos os tipos de liderança, há predomínio de líderes com o foco na produtividade, no controlo e orientados para resultados. Ainda assim, os resultados mostram que os enfermeiros gestores portugueses devem procurar fortalecer as suas competências facilitando os processos de adaptação e mudança, levando ao aumento do compromisso e esforço do liderado (Mota et al., 2022).

1.3. Enfermeiro gestor

No ano de 2009, com a publicação da nova carreira de enfermagem (Decreto-Lei nº 247/2009, de 22 de setembro; Decreto-Lei nº 248/2009, de 22 de setembro), verificou-se uma desvalorização dos cargos de gestão dos enfermeiros, uma vez que a carreira passou a contemplar apenas duas categorias: a de enfermeiro e a de enfermeiro principal. O conteúdo funcional do enfermeiro principal (artigo 10º), para além das funções pertencentes à categoria de enfermeiro, passou a abranger a gestão do processo de prestação de cuidados de saúde (Decreto-Lei nº 247/2009, de 22 de setembro; Decreto-Lei nº 248/2009, de 22 de setembro).

Mais tarde, em 2019, a alteração da estrutura da carreira de enfermagem publicada no Decreto-Lei nº 71/2019, de 27 de maio, surge pela identificação da carência de munir os serviços e organizações de saúde de uma maior coerência e capacidade de resposta, face ao avanço persistente das necessidades em saúde das populações, não só, mantendo os interesses e direitos de todos aqueles que recorrem ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), mas também dos seus trabalhadores. Este Decreto-Lei reflete o reconhecimento do contributo das atividades de

gestão dos enfermeiros para o exercício e bom funcionamento das organizações de saúde. Portanto, é assim substituída a categoria genérica de enfermeiro principal pela categoria de enfermeiro gestor, para a qual transitaram as categorias subsistentes de enfermeiro chefe e enfermeiro supervisor.

A atual carreira, de 2019, passa também a contemplar novamente a categoria de enfermeiro especialista, anteriormente prevista na estrutura da carreira no Decreto-Lei nº 437/91, de 8 de novembro, que vigorou até 2009. No artigo 10-B, Decreto-Lei nº 71/2019, de 27 de maio, é redigido o conteúdo funcional do enfermeiro gestor ao qual compete o exercício de funções estreitamente ligadas à segurança do doente. Nomeadamente, a promoção da cultura de segurança, o desenvolvimento de um ambiente saudável, a promoção de um trabalho cooperativo entre os elementos da equipa multiprofissional, a gestão de riscos, a garantia da prática baseada na evidência, a evolução pessoal e profissional dos enfermeiros e a implementação de auditorias. Perante isto, cabe ao enfermeiro gestor incentivar a sua equipa para a pesquisa e partilha da evidência atualizada para minimização dos riscos e a otimização da segurança do doente no contexto de blocos operatórios. Assim, torna-se fundamental que os líderes de enfermagem detenham, de igual modo, consciencialização sobre os problemas de segurança e cooperem na construção de sistemas de segurança fortes, ajudando assim na melhoria da prestação de cuidados seguros, focados no doente (Grindel, 2016).

Perante isto, Ferreira & Amendoeira (2014), num estudo efetuado em hospitais portugueses para validação de um instrumento sobre a qualidade do ambiente de trabalho em enfermeiros, afirmaram que as dimensões da gestão e liderança do enfermeiro gestor são precursores importantes de resultados positivos, não só nos enfermeiros e nos doentes, mas também na qualidade dos cuidados em geral. Também a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança [APEGEL] (2023) sustenta que a qualidade e segurança dos cuidados prestados aos cidadãos estão intrinsecamente relacionados com a qualidade da prática dos enfermeiros da área da gestão. Ou seja, enfermeiros gestores habilitados determinam cuidados de qualidade (APEGEL, 2023).

Terminada uma breve resenha em torno dos conceitos de liderança e sua adequação à segurança cirúrgica no contexto do bloco operatório e as funções do enfermeiro gestor, alinhados com o objeto de estudo, passamos agora para um enquadramento em torno da segurança cirúrgica no bloco operatório e a sua importância.

2. A SEGURANÇA CIRÚRGICA NO BLOCO OPERATÓRIO

As salas operatórias são caracterizadas por apresentar grande diferenciação sendo utilizadas de forma transversal pelas diversas especialidades cirúrgicas. São realizadas intervenções cirúrgicas programadas ou urgentes, exames e outros procedimentos que exigem elevado nível de assepsia e que necessitam de cuidados anestésicos (Lopes, 2012).

Assim, a equipa cirúrgica comumente é composta por um cirurgião principal, dois cirurgiões ajudantes, um anestesista, um enfermeiro instrumentista, um enfermeiro circulante e um enfermeiro anestesista (Lopes, 2012). Uma equipa cirúrgica completa, dentro de uma sala de bloco operatório, faz com que a segurança seja uma das dimensões integrantes da qualidade em saúde, sendo esta definida como a capacidade para atingir os objetivos desejados, tendo em consideração a maximização do bem-estar do doente, depois de este ter presente o balanço entre os ganhos e as perdas previstas nas várias etapas do processo de prestação de cuidados de saúde (Donabedian, 1988).

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde [OMS] cria a Aliança Mundial para a Segurança do Doente [AMSD], com o objetivo de promover a determinação de políticas e práticas clínicas seguras. A AMSD define áreas estratégicas, designadas por “Desafios Globais para a Segurança do Doente” (OMS, 2009), que mais tarde são publicadas no documento “Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente Relatório Técnico Final” (OMS, 2009, traduzido pela Direção-Geral da Saúde [DGS] em 2011).

O Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021 – 2030 foi aprovado a 28 de maio de 2021, em resolução, na 74ª Assembleia Mundial da Saúde. Este plano visa eliminar os danos evitáveis nos cuidados de saúde. Desta forma tenta evitar danos ou mesmo a morte de milhões de doentes, na sequência de cuidados de saúde inseguros. A nível mundial, este documento define a segurança do doente como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (OMS, 2021).

O próprio Despacho n.º 9390/2021 assume que a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos. A implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais é evitável, é reconhecida, internacional e nacionalmente, como conducente a ganhos em saúde e

constitui hoje uma aposta inequívoca em saúde. Neste sentido, o *Internacional Council Of Nurses* (ICN) acrescenta que os enfermeiros são o grupo profissional mais bem posicionado para aperfeiçoar a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde prestados em todos os contextos (ICN, 2012) e assume, ainda, que a segurança do doente deve ser uma prioridade estratégica e fundamental (ICN, 2021).

Em Portugal foi criado o Departamento da Qualidade em Saúde, em 2009, que tem como responsabilidade a coordenação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde [ENQS] (Despacho 14223/2009), com programas e atividades de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional.

Da mesma forma, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD), criado em 2015 (Despacho 1400-A/2015) e reformulado em 2021 para o período 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021) materializa a política de segurança do doente, constituindo um importante instrumento para as organizações do Serviço Nacional de Saúde. Este, assenta em 5 pilares: cultura de segurança; liderança e governança; comunicação; prevenção e gestão de incidentes de segurança; e práticas seguras em ambientes seguros. Estes, por sua vez, suportam 14 objetivos estratégicos, sendo de salientar a avaliação de cultura de segurança e a implementação e consolidação de práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde. Neste contexto, a própria Ordem dos Enfermeiros, desde 2001, com a publicação dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, motivou os enfermeiros a dinamizar projetos de melhoria da qualidade nos serviços e a desenvolver investigação centrada na qualidade e na segurança dos cuidados (Martins et al., 2020; Ordem dos Enfermeiros, 2012). Mais tarde, no ano de 2007, a AMSD decidiu avançar com um programa inovador com o nome “Cirurgia Segura, Salva-Vidas” (OMS, 2009). Na realidade, este programa tinha como princípio basilar a redução significativa e decisiva quer do número de mortes quer do número de complicações induzidas pela ausência de segurança cirúrgica nos blocos operatórios. De facto, no contexto do perioperatório, a segurança é uma questão central e que urge diariamente trabalhar.

Concretamente no que se refere à sala cirúrgica, esta caracteriza-se por um ambiente que exige habilidades de equipas multidisciplinares altamente qualificadas capazes de providenciar os cuidados necessários para tratar uma ampla variedade de clientes. As características técnicas necessárias para realizar com segurança procedimentos complexos, incluindo a configuração e uso de inúmeros equipamentos e a coordenação da equipa cirúrgica para garantir a segurança

e o cuidado do cliente são determinantes, pois cada cliente oferece múltiplas oportunidades para que ocorram erros (Sotto et al., 2021).

A OMS estima que a atividade cirúrgica pode ser responsável, todos os anos, por 7 milhões de complicações consideráveis e 1 milhão de mortes (OMS, 2009). Dados mais recentes mostram que aproximadamente 313 milhões de procedimentos cirúrgicos são realizados anualmente em todo o mundo, com um risco de eventos adversos estimado de 10% e uma taxa de mortalidade de 7,3%. Metade desses eventos provavelmente poderiam ser evitados (Schwendimann et al., 2018).

De forma a ir ao encontro desta temática, foram identificados pela OMS quatro problemas centrais inerentes à segurança cirúrgica (OMS, 2009). Em primeiro lugar surge o não reconhecimento da segurança cirúrgica como um problema de saúde pública, o que inibiu todas as ações e fez com que não houvesse um projeto de melhoria significativa neste campo. O segundo problema nota-se na falta de dados sobre a atividade cirúrgica e os seus efeitos, que permitam entender a realidade, definir estratégias e monitorizar os resultados das intervenções. A circunstância das boas práticas de segurança não serem usadas, de forma disciplinada e fiável, reflete o vazio entre o saber teórico e a sua aplicação nos contextos práticos e inclui o terceiro problema da segurança cirúrgica (Mota, 2021). Por último a complexidade inerente à atividade cirúrgica impõe a promoção da comunicação e do trabalho em equipa.

Assim, e de acordo com a bibliografia consultada, já em 2011 o Relatório Técnico final da Direção-Geral da Saúde [DGS] refere que um incidente pode ser uma ocorrência comunicável, um quase evento, um incidente sem danos ou um incidente que envolva danos (evento adverso). Uma ocorrência comunicável é uma situação com potencial significativo para causar dano, mas em que não ocorreu nenhum incidente (como por exemplo: uma unidade de cuidados intensivos movimentada com grande falta de pessoal durante um turno inteiro; levar um desfibrilhador para uma emergência e descobrir que não funciona apesar de não ter sido necessário). Um quase evento é um incidente que não alcançou o doente (por exemplo, conectar um sistema de uma unidade de sangue ao doente errado, mas detetar o erro antes de iniciar a transfusão). Um evento sem danos é um incidente em que um evento chegou ao doente, mas não resultou em danos discerníveis (por exemplo: a unidade de sangue foi transfundida, mas o sangue não era incompatível com o doente). Um incidente com danos (evento adverso) é um incidente que resulta em danos para o doente (por exemplo: transfundiu-se a unidade de sangue errada e o doente morreu por reação hemolítica) (DGS, 2011).

O risco enquanto conceito é a combinação entre a probabilidade da ocorrência de um dano ou lesão e a sua consequência (Institute of Medicine, 2000). Quando estamos num ambiente como o do bloco operatório existem riscos associados à atividade das equipas que importam salientar, pois demonstram a complexidade das características destes postos de trabalho. Assim sendo, os incidentes que ocorrem no bloco operatório são de ordem diversa, estando entre os mais frequentes os seguintes: infeções; hemorragias; lesões por causa mecânica, física ou química; comunicação; equipamentos; administração de medicação e hemoderivados (Heideveld-Chevalking et al., 2014; Moura & Mendes, 2012; Zegers et al., 2011).

É importante salientar que os eventos adversos não afetam somente os doentes e os seus familiares, podendo ter efeitos devastadores sobre os profissionais de saúde também designados de segundas vítimas, que são suscetíveis de sofrer consequências emocionais devido a eventos adversos que poderiam ser evitados e sofrer, subsequentemente, litígio por má prática (American Academy of Pediatrics, 2016).

As segundas vítimas são então os profissionais de saúde envolvidos num evento adverso relacionado com o doente. Tornam-se vítimas no sentido de que podem ficar traumatizados e sentindo-se frequentemente responsáveis, como se tivessem falhado, questionando as suas habilidades clínicas e os seus conhecimentos (Scott et al., 2009).

3. METODOLOGIA

A investigação pauta-se por um processo orientado por um plano de estudo, que se denomina por etapas do método científico e se caracteriza por ser sistematizado, organizado e objetivo (Sequeira et al., 2022).

Neste capítulo são descritas as opções metodológicas adotadas para a realização do estudo. Partimos da finalidade e objetivos, definidos para a investigação, e em seguida procedemos à apresentação do tipo de estudo e as variáveis consideradas, a população e a amostra, os procedimentos, considerações éticas e o tratamento de dados.

3.1. Finalidade e objetivos do estudo

A finalidade do presente estudo visa contribuir para a compreensão da influência da liderança em enfermagem e a sua importância para a segurança cirúrgica no bloco operatório.

Desta forma, foram definidos os seguintes objetivos:

- Caracterizar os papéis de liderança na perspectiva dos enfermeiros perioperatórios;
- Analisar a associação entre os papéis de liderança identificados e as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros perioperatórios;
- Caracterizar a segurança cirúrgica no bloco operatório na perspectiva dos enfermeiros perioperatórios;
- Analisar a associação entre a segurança cirúrgica no bloco operatório e as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros perioperatórios;
- Analisar a associação entre a segurança cirúrgica no bloco operatório e os papéis de liderança na perspectiva dos enfermeiros perioperatórios.

3.2. Tipo de estudo

Este estudo de investigação integrado no paradigma quantitativo é do tipo correlacional e transversal. Segundo Vilelas (2020), quantitativo admite tudo aquilo que pode ser quantificável, podendo ser traduzido em números as opiniões e as informações para, posteriormente serem classificadas e analisadas. Correlacional, uma vez que segundo o mesmo autor, procura determinar as relações entre as variáveis presentes, não procurando estabelecer uma relação causa-efeito. E transversal, pois relata uma situação ou fenómeno num momento não definido, não existindo, desta forma, necessidade de conhecer o tempo de exposição a uma causa para produzir efeito (Vilelas, 2020).

3.3. Variáveis

As variáveis são a essência da investigação e entendem-se como sendo qualquer característica ou qualidade da realidade passível de assumir distintos valores (Vilelas, 2020). Segundo o mesmo autor, as variáveis devem ainda estar em concordância com a definição do problema e dos objetivos e em conformidade com o marco teórico. Assim, foram definidas duas variáveis principais. A liderança, operacionalizada pelo Questionário de Liderança de Quinn – Versão Portuguesa adaptada à área da saúde (Parreira et al., 2006). E a segurança cirúrgica foi operacionalizada pela utilização dos itens da Área de Segurança do Doente “Segurança Cirúrgica” do Questionário de Segurança do Doente no Bloco Operatório (Mota, 2021), sendo utilizada esta subescala composta por oito itens.

De forma a possibilitar a caracterização da amostra estudada, foram seleccionadas um conjunto de variáveis sociodemográficas: Sexo, Idade, Estado civil, Habilitações académicas. Foram também estudadas um conjunto de variáveis profissionais nomeadamente, Título profissional,

Local onde exerce funções, Categoria profissional, Tipo de vínculo laboral, Horário de trabalho, Duplo emprego, Tempo de exercício profissional, Tempo de atividade profissional em bloco operatório e Tempo de atividade profissional no atual serviço.

3.4. População e amostra

O termo população pode ser entendido como sendo todos os indivíduos nos quais se desejam investigar certas propriedades, tendo algumas características similares (Vilelas, 2020). No presente estudo a população foi constituída pelos enfermeiros do contexto perioperatório do departamento de cirurgia de um Centro Hospitalar da Região Norte. Já o conceito amostra pode ser definido como um conjunto de unidades, numa porção total que nos exhibe a conduta da população no seu todo. Neste sentido, uma amostra é a parte de um todo a que chamamos de população (Vilelas, 2020).

Optou-se no presente estudo por uma técnica de amostragem não probabilista e uma amostra de conveniência constituída por 161 enfermeiros do contexto perioperatório que exercessem funções há pelo menos seis meses. Foram excluídos os enfermeiros que estavam ausentes por qualquer tipo de licença no período de recolha de dados. Obteve-se uma adesão ao estudo de 54,7%.

A amostra foi assim constituída por 88 enfermeiros do contexto perioperatório. A idade média dos participantes foi de 46,3 anos ($SD = 7,6$), variando entre os 32 e 64 anos, onde metade tinha pelo menos 46 anos. Verificou-se uma prevalência acentuada de Enfermeiros do sexo feminino (81,8%), casados/união de facto (69,3%) e com licenciatura (88,6%) (Tabela 1).

TABELA 1: Principais estatísticas da caracterização sociodemográfica dos enfermeiros perioperatórios

Caracterização Sociodemográfica	n_i (%)	Média (SD)
Idade (anos)	---	46,3 (7,6)
Sexo		
Feminino	72 (81,8)	---
Masculino	16 (18,2)	
Estado civil		
Solteiro(a)	12(13,6)	
Casado(a)/União de facto	61(69,3)	---
Divorciado(a)/Separado(a)	12(13,6)	
Viúvo (a)	3(3,4)	
Habilitações		
Licenciatura	78 (88,6)	---
Mestrado	9 (10,2)	
Doutoramento	1 (1,1)	

A Tabela 2 apresenta as principais estatísticas relacionadas com a caracterização profissional dos enfermeiros participantes. Verificou-se que 44,3% tinham “Título profissional” de Enfermeiro Especialista, que se distribuíam por diferentes áreas de especialidade, sendo a mais representativa a área de Enfermagem Médico Cirúrgica (51,4%). O “Local de trabalho” onde exerciam as suas funções dividiu-se pelo Bloco Operatório Central (44,3%) e a Unidade de Cirurgia de Ambulatório (55,7%). Quanto à “Categoria profissional”, verificou-se que cerca de 25% era Enfermeiro Especialista. Adicionalmente, tinham, maioritariamente, um “Vínculo de trabalho” em funções públicas por tempo indeterminado (63,6%), um horário rotativo (83%) e não tinham “Duplo emprego” (71,6%).

Quanto à “Experiência profissional”, os enfermeiros tinham em média 23,3 anos (SD = 7,8), variando entre os 7 e os 41 anos, onde pelo menos metade da amostra tinha 25 anos de experiência. No bloco operatório a média foi de 15,9 anos (SD = 9) de experiência, variando entre 1 e 38 anos e no serviço atual foi de 13,2 anos (SD = 8,2), com uma variação entre 1 e 31 anos.

TABELA 2: Principais estatísticas da caracterização profissional dos enfermeiros perioperatórios

Caracterização profissional	n_i (%)	Média (SD)
Título profissional		---
Sim	39 (44,3)	
Não	49 (55,7)	
Área de Especialidade		---
Enfermagem em saúde Comunitária	5(13,5)	
Enfermagem Médico Cirúrgica	19(51,4)	
Enfermagem Reabilitação	5(13,5)	
Perioperatória	4(10,8)	
Saúde infantil e pediatria	1(2,7)	
Saúde materna e obstetrícia	1(2,7)	
Saúde Mental e Psiquiátrica	2(5,4)	
Local de Serviço		---
Bloco Operatório Central	39 (44,3)	
Unidade de Cirurgia de Ambulatório	49 (55,7)	
Categoria Profissional		---
Enfermeiro	66(75)	
Enfermeiro Especialista	22(25)	
Vínculo Laboral		---
Regime de contrato individual de trabalho sem termo	32(36,4)	
Regime de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado	56(63,6)	
Horário de Trabalho		---
Fixo	15(17)	
Rotativo	73(83)	
Duplo Emprego		---
Sim	25(28,4)	
Não	63(71,6)	
Experiência profissional (anos)	---	23,3 (7,8)
Experiência profissional em bloco operatório (anos)	---	15,2 (9)
Experiência profissional no atual serviço (anos)		13,2 (8,2)

3.5. Material

Um instrumento de recolha de dados é qualquer recurso a que o investigador pode recorrer para entender os fenómenos e retirar deles a informação, sendo que o instrumento resume, em si, todo o trabalho prévio de investigação (Vilelas, 2020).

Para este estudo optou-se por um Questionário como instrumento de recolha de dados, visto que, segundo Vilelas (2020), este instrumento tem como finalidade obter, de maneira sistemática e organizada, a informação sobre a população que se estuda.

O Questionário foi composto por três partes:

I – Para caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes nomeadamente: Sexo, Idade, Estado civil, Habilitações académicas, Título profissional, Local onde exerce funções, Categoria profissional, Tipo de vínculo laboral, Horário de trabalho, Duplo emprego, Tempo de exercício profissional, Tempo de atividade profissional em bloco operativo e Tempo de atividade profissional no atual serviço.

II – Questionário de Liderança de Quinn – Versão Portuguesa adaptado à área da saúde (Parreira et al., 2006).

Parreira et al. (2006) efetuaram a validação do questionário original de liderança de Quinn (Quinn, 1988; Quinn & Rohrbaugh, 1983) para a área da saúde no contexto do nosso país, procedendo à avaliação das propriedades psicométricas do instrumento, numa amostra de 250 enfermeiros. Os resultados indicaram que a versão adaptada à área da saúde sugere ser um instrumento adequado para avaliar os oito papéis de liderança, expondo propriedades psicométricas satisfatórias, com valores de alfa de *Cronbach*, compreendidos entre 0,79 e 0,90. O questionário ficou composto por 32 itens que avaliam competências de liderança distribuídas em oito papéis, “Mentor”, “Facilitador”, “Broker”, “Inovador”, “Monitor”, “Coordenador”, “Diretor” e “Produtor”. A resposta aos itens é feita com recurso a uma escala tipo *Likert* com sete opções de resposta que variam entre “quase nunca” (1) e “quase sempre” (7). O valor 4 corresponde ao ponto médio da escala.

A fiabilidade do questionário de liderança de Quinn adaptado à área da saúde, utilizada no presente estudo, revela um alfa de *Cronbach* muito bom ($\alpha = 0,987$). Este valor é superior aos

dos estudos anteriores em que a mesmo questionário foi utilizado. O estudo de validação e adaptação para o contexto da saúde em Portugal, realizado por Parreira et al. (2006), apresentou valores entre 0,79 e 0,90. Já em estudos posteriores, os valores alfa de *Cronbach* variaram entre 0,86 e 0,96 (Sousa e Guimarães, 2018) e entre 0,87 e 0,94 no de Mota (2021). Considerando que um valor de alfa de *Cronbach* é aceitável quando se situa entre 0,70 e 0,90, os resultados inferiores a 0,70 assinalam uma pobre correlação entre os distintos itens e valores. Acima de 0,90 apontam redundância ou duplicação dos mesmos (Sequeira & Néné, 2022; Vilelas, 2022).

A maioria das subescalas que definem os papéis de liderança, na amostra recolhida, revelaram valores de consistência interna muito bons ($\alpha > 0,9$). Os papéis, “Broker” e “Coordenador” são os que têm valores mais baixos, mas a sua fiabilidade continua a ser boa, já que $\alpha > 0,8$.

Na seguinte tabela (Tabela 3) sintetizam-se os valores de alfa de *Cronbach* de três estudos mencionados anteriormente e do presente estudo, onde foi utilizado o Questionário de Liderança de Quinn adaptada à área de saúde (Parreira et al., 2006).

TABELA 3: Valores de alfa de *Cronbach* do Questionário de Liderança de Quinn

Estudos	Valores de alfa de <i>Cronbach</i>
Parreira et al. (2006)	0,79 e 0,90
Sousa & Guimarães (2018)	0,86 e 0,96
Mota (2021)	0,87 e 0,94
Presente estudo	0,88 e 0,95

III – Questionário de Segurança do Doente no Bloco Operatório – Área de “Segurança Cirúrgica” (Mota, 2021), constituído por oito itens e que permite avaliar, de forma harmonizada e sistematizada, as políticas de segurança dos doentes. Os itens são avaliados numa escala tipo *Likert* com cinco opções de resposta que variam entre o “nunca” (1) e “sempre” (5).

Esta escala teve origem com a realização de um estudo empírico, em que procederam à construção e validação de conteúdo e semântica do questionário Segurança do Doente no Bloco Operatório, avaliando as suas características psicométricas, numa população alvo constituída por

enfermeiros perioperatórios que exerciam funções no Bloco Operatório de 24 hospitais do Serviço Nacional de Saúde Português, sendo os valores de alfa de *Cronbach* para a subescala da área Segurança Cirúrgica entre os 0,77 e 0,95 (Mota, 2021) e no presente estudo situam-se entre 0,69 e 0,89 (Tabela 4).

Como descrito em Mota e Castilho (2019), dos oito itens emergem duas dimensões. A dimensão “Boas práticas” (itens 1, 2 e 3), com uma consistência interna aceitável ($\alpha = 0,689$) e a dimensão “Auditorias” (itens 4, 5, 6, 7 e 8), com uma boa consistência interna ($\alpha = 0,885$).

A fiabilidade dos itens foi ponderada pelo cálculo de alfa de *Cronbach*, apresentando um valor de ($\alpha = 0,856$).

TABELA 4: Valores de alfa de *Cronbach* da área de segurança cirúrgica do Questionário de Segurança do Doente no Bloco Operatório

Estudos	Valores de alfa de <i>Cronbach</i>
Mota (2021)	0,77 e 0,95
Presente estudo	0,69 e 0,89

3.6. Procedimento de recolha dos dados e considerações éticas

A recolha de dados, no contexto de um serviço ou organização, deve ser antecedida de autorização formal por parte da respetiva organização (Vilelas, 2020).

Para a concretização do presente estudo foram solicitadas e obtidas autorizações do Conselho de Administração de um Centro Hospitalar da Região Norte, da Comissão de Ética para a Saúde e da Encarregada da Proteção de Dados da instituição. Foram ainda solicitadas as autorizações aos autores das escalas para a sua aplicação, tendo as mesmas sido concedidas.

Assim, após o anteriormente descrito, o estudo foi divulgado em cada serviço envolvido. Inicialmente, em reunião com os enfermeiros gestores em função de direção e em seguida com os enfermeiros gestores.

Após isto, foi enviado um email pelo Departamento de Ensino, Formação e Investigação para os enfermeiros gestores dos serviços solicitando a partilha do *link* do questionário por todos os enfermeiros que cumpriam os critérios de inclusão.

O período de recolha de dados decorreu no mês de julho de 2023, através do aplicativo *Microsoft Forms do Office 365*. Posteriormente à receção do convite para participação no estudo, os enfermeiros só tinham acesso ao questionário depois de darem o seu consentimento informado.

3.7. Tratamento de dados

Todos os dados foram recolhidos através do *Office 365* no aplicativo *Office Forms*, posteriormente foram transferidos para o IBM®SPSS.

Os resultados foram analisados no software de análise de dados *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM®SPSS), versão 26.0 para *Windows*, e analisados através de estatística descritiva e inferencial de acordo com Marôco (2021).

Na análise inferencial consideraram-se valores estatisticamente significativos com valor de prova inferior a 5% ($p < 0,05$) e valores parcialmente significativos com um valor prova inferior a 10% ($p < 0,1$). Para a validação dos pressupostos, recorreu-se ao teste *Kolmogorov-Smirnov* ou teste *Shapiro Wills* (distribuição normal) e ao teste de *Levene* baseado na mediana (homogeneidade).

A análise descritiva da amostra recolhida é apresentada com recurso a tabelas de frequências, absoluta (n_i) e relativa (%), e as principais estatísticas de localização (média(M), mediana, moda, máximo e mínimo), dispersão (desvio padrão (SD)). A fiabilidade dos questionários da Liderança e da Segurança Cirúrgica foi feita recorrendo ao coeficiente de alfa de *Cronbach* (α).

Foi também realizada a análise da associação entre a segurança cirúrgica no bloco operatório e as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros perioperatórios. A análise bivariada envolveu a aplicação de testes paramétricos, mediante a natureza das variáveis

envolvidas e a validação dos respetivos pressupostos. Para isso, utilizou-se o coeficiente de correlação (linear) de *Pearson*, teste *t-Student*, para duas amostras/grupos independentes (a estatística de teste *t-student* de *Welch*, quando não foi possível validar o pressuposto homogeneidade) e teste ANOVA *one way*, com os testes *Post-hoc de Tukey*.

A associação entre a Segurança cirúrgica no bloco operatório e os papéis de Liderança, na perspectiva dos enfermeiros perioperatórios, concretizou-se recorrendo-se ao coeficiente de correlação (linear) de *Pearson*.

4. RESULTADOS

No presente capítulo serão apresentados os resultados ordenados pelos objetivos delineados nas opções metodológicas, com recurso a tabelas e figuras para melhor organização da informação.

4.1. Caracterização dos papéis de liderança

As principais características relativas à liderança são apresentadas na Tabela 5, onde estão presentes os dados relativos à “Liderança”. Os itens exibem valores estatísticos próximos entre o 4 (Ocasionalmente) e o 6 (Muito frequentemente) com os valores mais elevados, tem-se o item “Tem acesso a pessoas de nível mais elevado” com uma média de ordem de 5,46 ($SD = 1,49$) e cerca de 35,6% dos enfermeiros selecionou o 6 (Muito frequentemente). Os valores mais baixos revelaram-se no primeiro item “Propõe ideias criativas” com uma média de ordem de 4,1 ($SD = 1,61$) e, de acordo com o valor mediano, pelo menos 50% dos enfermeiros da amostra assinalou no mínimo o 4 (Ocasionalmente). Na “Liderança total”, a perceção dos enfermeiros variou de 1 a 7, sendo a sua média de 4,73 ($SD = 1,45$).

Segundo Parreira et al. (2006, 2015) estes 32 itens, que avaliam a liderança, distribuem-se em oito papéis: “Mentor”, “Facilitador”, “Broker”, “Inovador”, “Monitor”, “Coordenador”, “Diretor” e “Produtor”.

TABELA 5: Principais estatísticas dos itens do Questionário de Liderança de Quinn

Itens do Questionário de Liderança de Quinn	Mínimo	Máximo	Mediana	Mo(%)	M	SD
1. Propõe ideias criativas	1	7	4	4(29,5)	4,10	1,61
2. Promove a continuidade das operações diárias da unidade	1	7	5	5(34,1)	4,56	1,61
3. Exerce influência positiva na unidade	1	7	5	5 e 6(23)	4,56	1,66
4. Revê cuidadosamente e de forma detalhada toda a informação disponível	1	7	5	5(30,7)	4,31	1,53
5. Mantém na unidade uma orientação para os resultados	1	7	5	5(22,7)	4,68	1,66
6. Facilita a construção de consensos no trabalho da unidade	1	7	5	3 e 6(20,5)	4,61	1,75
7. Define áreas de responsabilidade para os subordinados	1	7	5	6(24,1)	5,10	1,64
8. Ouve os problemas pessoais dos subordinados	1	7	5	6(27,6)	4,84	1,70
9. Minimiza as perturbações do fluxo de trabalho	1	7	5	4 e 5(25)	4,67	1,55
10. Utiliza/experimenta conceitos e procedimentos novos	1	7	5	4(25)	4,57	1,67
11. Encoraja a tomada de decisão participativa	1	7	5	5 e 6(22,7)	4,78	1,76
12. Assegura que todos saibam os objetivos da unidade	1	7	5	6(27,3)	4,86	1,68
13. Influência decisões tomadas em níveis superiores	1	7	5	5(23)	4,40	1,69
14. Compara registos e relatórios na procura de discrepâncias	1	7	4	4(28,4)	4,42	1,68
15. Verifica se a unidade cumpre objetivos definidos	1	7	5	6(33)	4,95	1,57
16. Demonstra empatia e preocupação no relacionamento com os subordinados	1	7	5	6(29,5)	4,88	1,75
17. Trabalha com informação técnica	1	7	5	5 e 6(28,4)	4,95	1,58
18. Tem acesso a pessoas de nível mais elevado	1	7	6	6(35,6)	5,46	1,49
19. Estabelece objetivos claros para o trabalho na unidade	1	7	6	6(37,9)	4,99	1,61
20. Trata as pessoas de modo delicado e cuidado	1	7	6	6(33)	5,16	1,76
21. Mantém-se ao corrente do que se passa na unidade	2	7	5	5(26,7)	5,23	1,43
22. Resolve problemas com criatividade e inteligência	2	7	5	4(27,4)	4,83	1,38
23. Impulsiona a unidade para o cumprimento dos seus objetivos	2	7	5	6(25,9)	4,98	1,39
24. Encoraja os subordinados a partilhar ideias em grupo	2	7	5	6(25,9)	5,04	1,51
25. Procura inovações e melhorias potenciais	2	7	5	5(24,4)	4,94	1,47
26. Clarifica prioridades e direções	2	7	5	5(25,3)	4,90	1,45
27. Apresenta ideias novas aos superiores de modo persuasivo	2	7	5	5(25,6)	4,79	1,48
28. Proporciona à unidade uma sensação de ordem	2	7	5	3 e 5(24,1)	4,92	1,42
29. Demonstra preocupação com as necessidades dos subalternos	2	7	5	6(24,1)	4,88	1,46
30. Enfatiza a realização dos objetivos propostos pela unidade	2	7	5	6(29,4)	4,94	1,40
31. Desenvolve trabalho em equipa	2	7	5	6(24,4)	4,95	1,56
32. Analisa planos escritos e projetos	2	7	5	5(25,6)	4,88	1,45
Liderança	1	7	5,09	---	4,73	1,45

Os valores revelam que os enfermeiros avaliam as competências dos vários papéis de forma semelhante (Tabela 6). O “Diretor” com a média mais elevada ($M = 4,93$; $SD = 1,48$) e o “Inovador” com a média mais baixa ($M = 4,50$; $SD = 1,51$).

TABELA 6: Principais estatísticas dos papéis de liderança

Papéis de liderança	Itens	Mínimo	Máximo	M	SD
Mentor	8,16,20,29	1	7	4,88	1,61
Facilitador	6,11,24,31	1	7	4,71	1,69
Broker	3,13,18,27	1	7	4,77	1,44
Inovador	1,10,22,25	1	7	4,50	1,51
Monitor	4,14,17,32	1	7	4,58	1,51
Coordenador	2,9,21,28	1	7	4,78	1,39
Diretor	7,12,19,26,	1	7	4,93	1,48
Produtor	5,15, 23, 30	1	7	4,82	1,46

A Figura 1 apresenta os valores extremos e os quartis relativos aos papéis de liderança e à liderança total.

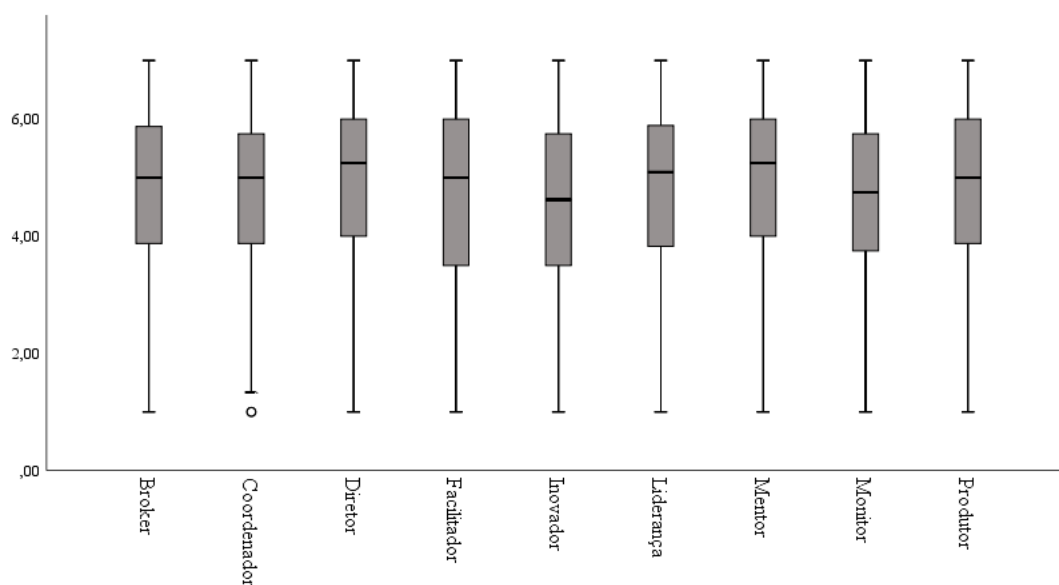


FIGURA 1: Diagrama de extremos e quartis dos papéis de liderança e da liderança total

Nesta análise verificaram-se estatísticas semelhantes: os mesmos valores extremos (mínimo e máximo), onde o “Inovador” e o “Facilitador” tinham o menor valor para o 1.º quartil (3,5), e o

“Mentor” e o “Diretor” o maior (4). O “Inovador” teve a menor mediana (4,6) e o “Mentor” a maior (5,25). No 3.º quartil, o maior valor (6) é perceptível no “Mentor”, “Facilitador”, “Diretor” e “Produtor” e o menor valor (5,75) no “Inovador”, “Monitor” e “Coordenador”.

4.2. Associação dos papéis de liderança e as características sociodemográficas e profissionais

Na Tabela 7 apresentam-se os resultados do estudo bivariado, com o coeficiente de correlação (r) ou a estatística de teste (t ou f) e valor de prova (p), entre os tipos de liderança e as características sociodemográficas. Constatou-se assim, que os papéis de liderança, na perspetiva dos enfermeiros perioperatórios, são independentes das variáveis sociodemográficas ($p > 0,05$).

TABELA 7: Associação entre os papéis de liderança e as características sociodemográficas dos enfermeiros perioperatórios

Dimensões	Idade	Sexo	Estado Civil	Habilitações
Mentor	r=-0,121	t=0,881	f=1,273	t=0,676
	p=0,262	p=0,381	p=0,285	p=0,501
Facilitador	r=-0,054	t=0,978	f=2,194	t=0,984
	p=0,619	p=0,331	p=0,118	p=0,328
Broker	r=-0,173	t=1,003	f=1,496	t=0,751
	p=0,108	p=0,319	p=0,230	p=0,455
Inovador	r=-0,064	t=1,038	f=1,415	t=1,131
	p=0,559	p=0,302	p=0,249	p=0,261
Monitor	r=-0,085	t=0,864	f=2,185	t=1,288
	p=0,436	p=0,390	p=0,119	p=0,201
Coordenador	r=-0,109	t=1,293	f=2,114	t=1,278
	p=0,313	p=0,200	p=0,127	p=0,205
Diretor	r=-0,132	t=0,676	f=1,906	t=0,882
	p=0,224	p=0,501	p=0,155	p=0,380
Produtor	r=-0,094	t=0,681	f=2,042	t=1,021
	p=0,388	p=0,498	p=0,136	p=0,310

Os resultados da associação dos papéis de liderança e as características profissionais dos enfermeiros, com recurso ao coeficiente de correlação (r) ou a estatística de teste (t) e valor de prova (p), encontram-se na Tabela 8. Verificaram-se diferenças significativas na liderança do “Monitor” e “Local de trabalho” ($t(81,216) = 2,196$ e $p = 0,031$). Os Enfermeiros que exerciam funções no bloco operatório tiveram uma perspetiva média superior (bloco operatório $M = 4,95$ e $SD = 1,76$; relativamente à Unidade de cirurgia de ambulatório $M = 4,28$ e $SD = 1,75$). No que diz respeito ao papel “Facilitador” e a “Categoria profissional” ($t(86) = 2,088$ e $p = 0,040$), os enfermeiros especialistas tiveram uma perspetiva inferior nesta dimensão (enfermeiro $M = 4,92$ e $SD = 1,54$; enfermeiro especialista $M = 4,07$ e $SD = 1,96$). No entanto, na perspetiva dos enfermeiros, os papéis de liderança são independentes da maioria das suas características profissionais ($p > 0,05$).

TABELA 8: Associação entre os papéis de liderança e as características profissionais dos enfermeiros perioperatórios

Dimensões	Título profissional	Local de funções	Categoria	Vínculo	Horário	Duplo emprego	Experiência profissional	Experiência profissional em bloco operatório	Experiência profissional no atual serviço
Mentor	$t=0,904$	$t=1,062^*$	$t=1,708$	$t=0,762^*$	$t=0,354$	$t=0,079$	$r=-0,049$	$r=-0,148$	$r=-0,048$
	$p=0,368$	$p=0,314$	$p=0,091$	$p=0,448$	$p=0,724$	$p=0,937$	$p=0,652$	$p=0,172$	$p=0,661$
Facilitador	$t=1,139$	$t=1,927^*$	$t=2,088$	$t=0,328$	$t=1,081$	$t=-1,211$	$r=0,000$	$r=-0,081$	$r=-0,018$
	$p=0,258$	$p=0,070$	$p=0,040$	$p=0,744$	$p=0,283$	$p=0,229$	$p=0,996$	$p=0,455$	$p=0,866$
Broker	$t=0,738$	$t=1,180^*$	$t=1,626$	$t=1,030$	$t=0,111$	$t=-0,637$	$r=-0,098$	$r=-0,172$	$r=-0,081$
	$p=0,463$	$p=0,241$	$p=0,108$	$p=0,306$	$p=0,912$	$p=0,529$	$p=0,367$	$p=0,111$	$p=0,454$
Inovador	$t=0,996$	$t=1,553^*$	$t=1,762$	$t=0,306$	$t=0,594$	$t=-0,919$	$r=-0,012$	$r=-0,144$	$r=-0,053$
	$p=0,322$	$p=0,124$	$p=0,082$	$p=0,760$	$p=0,554$	$p=0,361$	$p=0,915$	$p=0,182$	$p=0,629$
Monitor	$t=1,447$	$t=2,196^*$	$t=2,389$	$t=0,617$	$t=0,199$	$t=-1,378$	$r=-0,022$	$r=-0,089$	$r=-0,023$
	$p=0,152$	$p=0,031$	$p=0,019$	$p=0,539$	$p=0,842$	$p=0,172$	$p=0,841$	$p=0,411$	$p=0,831$
Coordenador	$t=1,171$	$t=0,433^*$	$t=1,287^*$	$t=0,522$	$t=0,322$	$t=-0,391$	$r=0,046$	$r=-0,173$	$r=-0,086$
	$p=0,245$	$p=0,666$	$p=0,208$	$p=0,603$	$p=0,748$	$p=0,696$	$p=0,675$	$p=0,110$	$p=0,429$
Diretor	$t=0,328$	$t=1,390^*$	$t=0,909$	$t=0,522$	$t=0,201$	$t=-0,572$	$r=-0,057$	$r=-0,120$	$r=-0,004$
	$p=0,744$	$p=0,168$	$p=0,366$	$p=0,603$	$p=0,841$	$p=0,569$	$p=0,597$	$p=0,268$	$p=0,974$
Produtor	$t=0,883$	$t=1,627^*$	$t=1,582$	$t=0,374$	$t=0,761$	$t=-1,295$	$r=-0,024$	$r=-0,112$	$r=-0,021$
	$p=0,380$	$p=0,108$	$p=0,117$	$p=0,710$	$p=0,449$	$p=0,199$	$p=0,829$	$p=0,302$	$p=0,844$

* Estatística de teste t-Student de Welch

4.3. Caracterização da segurança cirúrgica no bloco operatório

As estatísticas descritivas relativas aos oito itens da segurança cirúrgica no bloco operatório, mostraram valores mais elevados no item “A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) é aplicada, pela equipa cirúrgica, aos doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos incluindo aqueles com anestesia local”, com uma média de ordem de 4,57 (SD = 0,69). Todavia, o nível mais frequente foi o 5 (sempre) com 67%. Os valores mais baixos são apresentados no item “Os resultados das auditorias à utilização da LVSC são analisados em equipa”, com uma média de ordem de 3,19 (SD = 1,24). Pelo menos 50% da amostra assinala no máximo até ao nível 3 (Por vezes) e encontraram-se dois níveis mais frequentes, o 3 (Por vezes) e o 4 (A maioria das vezes), com uma frequência de 26,1% cada nível (Tabela 9).

TABELA 9: Principais estatísticas das dimensões e dos itens da área de segurança cirúrgica do Questionário de Segurança do Doente no Bloco Operatório

Dimensão/Itens da Área de Segurança Cirúrgica	Mínimo	Máximo	Mediana	Mo(%)	M	SD
Boas práticas	2,33	5	4,17	4,67(16,3)	4,09	0,68
1. A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) é aplicada, pela equipa cirúrgica, aos doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos incluindo aqueles com anestesia local	2	5	5	5(67)	4,57	0,69
2. Os elementos da equipa cirúrgica realizam as verificações preconizadas na LVSC nos tempos indicados	2	5	4	4(40,9)	3,94	0,95
3. Todos os grupos profissionais da equipa cirúrgica colaboram na aplicação da LVSC	2	5	4	4(37,5)	3,77	0,94
Auditorias	1,4	5	3,7	3,8(12,5)	3,56	0,91
4. São realizadas auditorias internas à realização da LVSC	2	5	4	4(38,6)	4,00	0,83
5. O número de episódios cirúrgicos auditados no âmbito da utilização da LVSC corresponde ao definido pela DGS	1	5	4	4(38,6)	3,89	0,99
6. Os resultados das auditorias à utilização da LVSC são analisados em equipa	1	5	3	3 e 4(26,1)	3,19	1,24
7. São implementadas ações de melhoria em função dos resultados das auditorias à utilização da LVSC	1	5	3	3 (29,5)	3,42	1,152
8. É avaliado o impacto das ações de melhoria implementadas no âmbito da utilização da LVSC, em função dos resultados das auditorias	1	5	3	4(26,1)	3,26	1,236
Segurança Cirúrgica	2,13	5	3,81	4,25(10,2)	3,76	0,72

A dimensão “Boas práticas”, apresentou estatísticas mais elevadas, mas com uma menor dispersão. O seu valor médio foi de 4,09 (SD = 0,68), variando entre 2,33 e 5, e pelo menos metade da amostra revelou valores superiores a 4,17. A dimensão “Auditorias” teve uma dispersão de valores superior, variaram entre 1,4 e 5, mas o seu valor médio foi inferior, $M=3,56$ (SD = 0,91), e pelo menos metade da amostra tinha um valor superior a 3,7 (valor mediano).

Quanto à “Segurança cirúrgica total”, verificou-se uma variação entre 2,13 e 5, com uma média de 3,76 (SD = 0,72), pelos menos metade da amostra apresentou uma perceção de segurança de 3,81.

Fazendo uma comparação entre as dimensões da “Segurança cirúrgica” e a “Segurança cirúrgica total” verificou-se que a dimensão “Boas práticas” apresentou uma perceção superior, mas uma menor variabilidade, quando comparada com a “Auditoria”, tendo valores de perceção semelhante à “Segurança cirúrgica total”. A “Auditoria” apresentou estatísticas inferiores quando comparada com as restantes: mínimo (1,4), primeiro quartil (2,8) e mediana (3,7) (FIGURA 2).

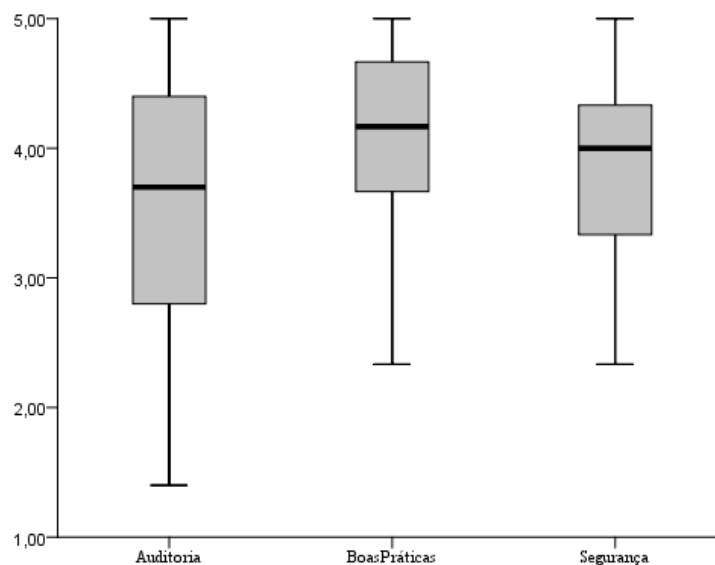


FIGURA 2: Diagrama de extremos e quartis das dimensões da área da segurança cirúrgica e da segurança cirúrgica total

4.4. Associação entre segurança cirúrgica no bloco operatório e as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros perioperatórios

Os resultados do estudo bivariado, com o coeficiente de correlação (r) ou a estatística de teste (t ou f) e valor de prova (p), entre as dimensões da “Segurança cirúrgica” e as características sociodemográficas encontram-se na Tabela 10. Verificaram-se valores estatisticamente significativos na dimensão “Auditoria” relativamente às “Habilitações” ($t(85) = 3,955$ e $p = 0,002$). Enfermeiros com licenciatura tiveram uma perspetiva média superior nesta dimensão (licenciatura $M = 3,65$ e $SD = 0,91$; mestrado $M = 2,78$ e $SD = 0,59$).

A dimensão “Boas práticas” revelou-se independente das variáveis sociodemográficas ($p > 0,05$).

TABELA 10: Associação entre as dimensões da segurança cirúrgica e as características sociodemográficas dos enfermeiros perioperatórios

Dimensões	Idade	Sexo	Estado Civil	Habilitações
Boas práticas	$r=-0,071$	$t=1,279$	$f=0,190$	$t=0,936$
	$p=0,513$	$p=0,204$	$p=0,827$	$p=0,352$
Auditorias	$r=-0,163$	$t=0,350$	$f=0,026$	$t=3,955$
	$p=0,132$	$p=0,727$	$p=0,974$	$p=0,002$

A Tabela 11 apresenta os resultados do estudo bivariado, com o coeficiente de correlação (r) ou a estatística de teste (t ou f) e valor de prova (p), entre as dimensões da “Segurança cirúrgica” e as características profissionais dos enfermeiros. A dimensão “Boas práticas” apresentou diferenças significativas no campo “Título profissional” ($t(86) = 2,371$ e $p = 0,02$), em que os enfermeiros sem o título de enfermeiro especialista tiveram uma perspetiva de “Boas práticas” superior (não $M = 4,24$ e $SD = 0,66$; sim $M = 3,91$ e $SD = 0,67$). Relativamente ao “Local de funções” ($t(86) = 4,645$ e $p < 0,001$), enfermeiros que exerciam funções no bloco operatório tinham uma perspetiva média superior (bloco operatório $M = 4,43$ e $SD = 0,52$ quando comparados com os que exerciam funções na Unidade de Cirurgia de Ambulatório $M = 3,83$ e $SD = 0,69$). Quanto à “Categoria profissional” ($t(86) = 3,187$ e $p = 0,002$), o enfermeiro

especialista apresentou uma perspectiva inferior nesta dimensão (enfermeiro M = 4,22 e SD = 0,63; enfermeiro especialista M = 3,71 e SD = 0,71); Finalmente analisando aqueles enfermeiros que possuíam “Duplo emprego” ($t(86) = 2,607$ e $p = 0,011$), notamos que tiveram uma perspectiva média superior quando comparados com os que não tinham, (não M = 3,98 e SD = 0,69; sim M = 4,39 e SD = 0,58).

A dimensão “Auditoria” revelou valores médios estatisticamente significativos com: “Título profissional” ($t(86) = 2,194$ e $p = 0,031$), enfermeiros sem o título tiveram uma perspectiva superior nesta dimensão (não M = 3,74 e SD = 0,82; sim M = 3,32 e SD = 0,98); “Categoria profissional” ($t(86) = 2,907$ e $p = 0,005$), os enfermeiros especialistas tinham uma perspectiva inferior nesta dimensão (enfermeiro M = 3,71 e SD = 0,87; enfermeiro especialista M = 3,08 e SD = 0,90).

Associações parcialmente significativas encontraram-se entre: a “Experiência profissional” no cargo atual e a dimensão “Boas práticas” ($r = -0,185$ e $p = 0,086$), associação fraca e negativa, enfermeiros com mais experiência tiveram uma perspectiva de “Boas práticas” mais baixa; a “Experiência profissional” em bloco operatório e a dimensão “Auditorias” ($r = -0,208$ e $p = 0,053$), associação fraca e negativa, enfermeiros mais experientes no bloco operatório possuíam uma perspectiva de “Auditorias” mais baixa.

TABELA 11: Associação entre as dimensões da segurança cirúrgica e as características profissionais dos enfermeiros perioperatórios

Dimensões	Título profissional	Local de funções	Categoria	Vínculo	Horário	Duplo emprego	Experiência profissional	Experiência profissional em bloco operatório	Experiência profissional no atual serviço
Boas práticas	t=2,371	t=4,645*	t=3,187	t=-0,10	t=-0,311	t=-2,607	r=-0,037	r=-0,017	r=0,185
	p=0,02	p<0,001	p=0,002	p=0,992	p=0,757	p=0,011	p=0,734	p=0,875	p=0,086
Auditorias	t=2,194	t=1,470*	t=2,907	t=0,417	t=0,593	t=-1,192	r=-0,170	r=-0,208	r=-0,105
	p=0,031	p=0,145	p=0,005	p=0,678	p=0,555	p=0,237	p=0,116	p=0,053	p=0,335

* Estatística de teste t-Student de Welch

4.5. Relação entre segurança cirúrgica no bloco operatório e os papéis de liderança na perspetiva dos enfermeiros perioperatórios

A Tabela 12 apresenta os coeficientes de correlação de *Pearson* resultantes da análise da associação entre as dimensões de Segurança Cirúrgica e os papéis de Liderança, onde todas as associações foram estatisticamente significativas ($p < 0,05$) ou parcialmente significativas ($p < 0,1$).

A associação entre a dimensão “Boas práticas” e os vários papéis de “Liderança” foi moderada positiva ($0,25 < r < 0,5$), enfermeiros com perspetiva mais elevada nos tipos de “Liderança” tiveram também uma perspetiva mais elevada de “Boas práticas”. Não obstante, verificou-se uma correlação parcialmente significativa entre “Boas práticas” e o “Mentor” ($r = 0,190$ e $p = 0,075$), uma associação fraca e positiva.

A associação foi forte e positiva entre a dimensão “Auditoria” e os papéis de Liderança ($0,5 < r < 0,75$), enfermeiros com uma perspetiva mais elevada nos vários papéis de liderança tiveram também uma perspetiva mais elevada na “Auditoria”, à exceção do “Mentor”, onde a associação foi apenas moderada e positiva ($r = 0,485$).

TABELA 12: Relação entre as dimensões da segurança cirúrgica e os papéis de liderança

Dimensões	Papéis de liderança							
	Mentor	Facilitador	Broker	Inovador	Monitor	Coordenador	Diretor	Produtor
Boas práticas	$r=0,190$	$r=0,281$	$r=0,265$	$r=0,256$	$r=0,297$	$r=0,240$	$r=0,248$	$r=0,278$
	$p=0,075$	$p=0,008$	$p=0,013$	$p=0,016$	$p=0,005$	$p=0,024$	$p=0,02$	$p=0,009$
Auditorias	$r=0,485$	$r=0,541$	$r=0,604$	$r=0,563$	$r=0,529$	$r=0,529$	$r=0,539$	$r=0,571$
	$p<0,001$	$p<0,001$	$p<0,001$	$p<0,001$	$p<0,001$	$p<0,001$	$p<0,001$	$p<0,001$

5. DISCUSSÃO

Neste capítulo será feita a análise crítica dos resultados organizada de acordo com os objetivos que nortearam o presente estudo.

Caracterização dos papéis de liderança na perspectiva dos enfermeiros perioperatórios

Relativamente à caracterização dos papéis de liderança, o item onde foi identificada a média mais elevada foi “Tem acesso a pessoas de nível mais elevado”, o que se sobrepõe ao estudo de Mota (2021), onde este item é também um dos que se evidencia. Por outro lado, a média mais baixa corresponde ao item “Propõe ideias criativas”, à semelhança de Parreira et al. (2006), que tem no mesmo item a média mais baixa. Olhando para o estudo de Mota (2021) podemos notar que embora o item “Propõe ideias criativas” seja um dos que apresenta a média mais baixa não podemos deixar de salientar que os itens “Compara registos e relatórios na procura de discrepâncias” e “Apresenta ideias novas aos superiores de modo persuasivo” estão dentro dos mesmos padrões.

Este estudo revela também que os enfermeiros avaliam as competências dos vários papéis de forma semelhante. Ou seja, os diferentes papéis apresentam valores de média muito próximos à semelhança do que já foram os valores de estudos consultados anteriormente como os de Parreira et al. (2006) e Mota (2021).

Tendo em conta o valor de “Liderança total” este revela que a perceção de liderança foi moderadamente positiva embora com valores estatísticos semelhantes entre os diferentes papéis o que indica uma semelhança com os estudos de Parreira et al. (2006) e Mota (2021), onde os valores médios foram também superiores, em todos os papéis, aos valores médios da escala. Estes dados demonstram que os enfermeiros realmente estão interessados com o que deve ser a liderança, no entanto, fica também demonstrado que os valores são muito próximos e por isso com um pequeno destaque para aquilo que são os papéis virados para a produção onde o papel de “Diretor” tem realmente um valor médio mais elevado.

O papel “Diretor” destaca-se pela positiva, enquanto o “Inovador” se destaca pela negativa. Estes valores revelam que os enfermeiros perioperatórios percecionam o seu líder com um estilo

de liderança tendencialmente virado para a produção e para a concretização de objetivos, corroborando outros estudos (Castilho, 2014; Melo et al., 2017; Mota, 2021; Parreira et al., 2006).

Estes dados revelam ainda, uma tendência para um tipo de liderança assente num modelo transacional como se pode notar no estudo de Chaves (2019). O mesmo autor afirma que, na liderança transacional, os liderados creem arrecadar algo similar ao que deram à organização, motivados a alcançar os objetivos definidos indo ao encontro do que define o papel de “Diretor”.

Fica também evidente que os enfermeiros perioperatórios não reconhecem na sua liderança um papel inovador, estes dados podem estar relacionados com o tipo de tarefas realizadas e os objetivos das organizações, cada vez mais viradas para um crescimento exponencial da atividade cirúrgica e também para o modelo de financiamento hospitalar assente em produção através da classificação de Grupos de Diagnósticos Homogêneos (Administração Central do Sistema de Saúde, 2022). Tal facto, faz com que os enfermeiros gestores tenham o seu foco na manutenção dos números contratualizados para que não exista uma quebra nos valores de financiamento que, consequentemente, leva a uma não concretização dos objetivos na sua plenitude, como pode ser notado nas palavras de Borges (2018). Este autor afirma que o agrupamento de episódios em Grupos de Diagnósticos Homogêneos possibilita caracterizar a produção das instituições de saúde, delinear a atividade, avaliar o desempenho das instituições, apoiar estudos epidemiológicos, definir metodologias de custeio e estabelecer modelos de financiamento (Borges, 2018).

Associação entre os papéis de liderança identificados e as caraterísticas sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros perioperatórios

No que concerne à associação entre os papéis de liderança e as caraterísticas sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros perioperatórios, nota-se diferenças significativas no papel “Monitor” e o “Local de trabalho”, com os enfermeiros que exercem funções no bloco operatório a apresentarem uma perspetiva média superior relativamente aos que exercem funções em unidade de cirurgia de ambatório. Estudos revistos anteriormente não apresentam valores com diferenças significativas para esta associação, no entanto, estes dados revelam que, de acordo com aquilo que se espera do líder “Monitor”, os enfermeiros que trabalham em bloco operatório percecionam o líder como maior controlador em todas as questões relacionadas com a unidade, comparativamente à unidade de cirurgia de ambatório.

Estes dados vão ao encontro do que é a produção em unidade de cirurgia de ambulatório que apresenta um ambiente em que existe um menor *turnover*, incapacitando por vezes o controlo mais apertado de tudo aquilo que ocorre na atividade da unidade. Também é importante referir que estes dados demonstram uma elevada predisposição para a produção, o que corrobora a definição do líder “Monitor”, sendo virada para a produção e com foco no atingimento de objetivos conforme afirma Parreira et al. (2015).

Outro dado significativo no presente estudo está relacionado com a associação entre o papel de liderança “Facilitador” e a “Categoria profissional”, em que fica demonstrado que os enfermeiros especialistas têm uma perspetiva inferior nesta dimensão, quando comparados com os enfermeiros não especialistas. Estes dados indicam a necessidade de o líder possuir particularidades que o façam apresentar com um elevado nível de competência nas relações humanas comprovando o estudo de Mota (2021). O mesmo estudo aponta para a existência de uma necessidade por parte dos liderados em notar este tipo de características diferenciadoras no líder. Sabendo que um enfermeiro não especialista tem tendência para maior camaradagem até pela necessidade de melhor integração na equipa faz com que o papel de “Facilitador” seja mais ajustado naquilo que são as suas necessidades. Por outro lado, Parreira et al. (2015) mostra que os enfermeiros procuram no líder “Facilitador” o desenvolvimento do espírito de equipa e o facto das competências de os enfermeiros especialistas estarem direcionadas para áreas mais restritas dos cuidados e do conhecimento, podendo levar a que estes se afastem mais desta conceção.

Salienta-se, ainda, que os papéis de liderança são independentes da maioria das suas características sociodemográficas e profissionais. Estes resultados vão ao encontro dos estudos de Melo (2011) e Parreira et al. (2006) que mostram a ausência de associações significativas entre o desempenho global dos papéis de liderança e as variáveis sociodemográficas e profissionais. Ainda assim, estes estudos indicam que são as categorias profissionais mais elevadas, particularmente a de enfermeiro especialista, que percebem um melhor desempenho nos papéis de liderança, indicando que a experiência acumulada e a formação especializada poderão traduzir-se numa maior maturidade e desenvolvimento do enfermeiro. No estudo de Mota (2021) fica evidente a referência à ausência de estudos nacionais e internacionais que mostrem qual a perceção da liderança por parte dos enfermeiros perioperatórios.

Caracterização da segurança cirúrgica no bloco operatório na perspetiva dos enfermeiros perioperatórios;

Relativamente à caracterização da segurança cirúrgica, o item onde foi identificada a média mais elevada foi “A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) é aplicada, pela equipa cirúrgica, aos doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos incluindo aqueles com anestesia local”. Estes dados demonstram similaridade com os estudos de Mota (2021) e Cabral et al. (2021), aliás no estudo de Mota (2021) a autora refere valores superiores a 88,5%. É importante, também, salientar que estes valores podem estar associados ao facto de LVSC estar regulamentada pela DGS através da Norma 02/2013, que implica a obrigatoriedade do preenchimento em todos os procedimentos realizados. No entanto, e tendo em conta a prática diária importa referir que a ausência de preenchimento da LVSC não gera um alarme mínimo na plataforma administrada pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, o que faz com que seja difícil para os enfermeiros fazer um preenchimento da LVSC mesmo em diferido. Porém, segundo os dados da DGS (2020) existe uma crescente taxa de preenchimento da LVSC o que revela a importância dada pelos enfermeiros a este item. Já Croke (2019) refere que deve ser aplicada uma LVSC personalizada para cada população de clientes e que esta deve estar orientada por instrumentos de ajuda à memória.

Por outro lado, os valores de média mais baixos aparecem no item “Os resultados das auditorias à utilização da LVSC são analisados em equipa”. Estes dados apresentam resultados idênticos ao estudo de Mota (2021), em que a autora demonstra que existe pouca partilha com a equipa relativamente àquilo que devem ser a demonstração dos resultados para que fique patente a ideia de que utilização da LVSC é importante para a melhoria da diminuição do risco de ocorrência de eventos adversos. Também Cabral et al. (2021) demonstram números similares ao nosso estudo. Os mesmos autores mencionam que os processos de análise dos dados relativos ao preenchimento da LVSC são determinantes para que os cuidados perioperatórios sejam seguros. Estes dados corroboram também o estudo de Silva et al. (2022), que refere uma baixa adesão na educação permanente dos enfermeiros perioperatorios e que a melhoria contínua e desenvolvimento de ações de educação são vistas como essenciais para a segurança do cliente no período perioperatório.

A dimensão “Boas práticas” apresentou valores médios mais elevados, seguindo aquilo que Mota (2021) demonstra no seu estudo. No nosso entender, estes dados demonstram realmente a elevada adesão ao preenchimento da LVSC e a preponderância dada pelos enfermeiros à sua aplicabilidade, no entanto, estes dados são elucidativos também da pouca partilha com as equipas ao nível dos valores das auditorias.

Comparando agora as dimensões da “Segurança cirúrgica” com “Segurança cirúrgica total” verifica-se que a dimensão “Boas práticas” apresenta uma perceção superior, mas uma menor variabilidade, quando comparada com a “Auditoria”, tendo valores de perceção semelhante à “Segurança cirúrgica total”. Estes dados estão em linha com o que refere Mota (2021), que mais uma vez demonstra a forte adesão dos enfermeiros perioperatórios na realização da LVSC. Por outro lado, esses dados não são depois divulgados pelas organizações, levando a uma desmotivação que pode ser impeditiva do atingimento de valores plenos e, consequentemente, a uma diminuição da taxa de eventos adversos.

Associação entre a segurança cirúrgica no bloco operatório e as caraterísticas sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros perioperatórios

No que concerne à associação entre a segurança cirúrgica no bloco operatório e as caraterísticas sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros perioperatórios, este estudo, revela valores estatisticamente significativos na dimensão “Auditoria” quando analisadas as “Habilitações” dos enfermeiros perioperatórios, pois demonstra que os enfermeiros com licenciatura têm uma perspetiva média superior, quando comparados com aqueles que possuem mestrado, aliás estando em consonância com o estudo de Mota (2021).

Estes dados podem evidenciar que os enfermeiros com licenciatura estão mais interessados em saber os resultados daquilo que é a sua prática diária, contrariamente aos enfermeiros com mestrado, que estão incluídos em grupos de auditores, tendo, por isso, acesso aos resultados daquilo que auditam.

Relativamente à componente profissional, este estudo demonstra que a dimensão “Boas práticas” apresenta diferenças significativas quando comparado o “Título profissional”, pois enfermeiros não especialistas têm uma perspetiva de “Boas práticas” superior aos que possuem título de enfermeiro especialista. Tendo em conta este fator, o estudo de Mota (2021) não é esclarecedor, pois admite valores semelhantes em ambos os grupos, no entanto, estes dados revelam que o facto de os enfermeiros possuírem maior formação nem sempre é sinónimo de melhor cultura de segurança. Por outro lado, estes dados indicam, como aliás em resultados anteriores, que o facto de enfermeiros especialistas possuírem conhecimentos mais aprofundados faça com que não estejam tão focados em determinadas tarefas.

Analisando o local onde exercem funções, os enfermeiros que exercem funções no bloco operatório central têm uma perspetiva média superior quando comparados com a unidade de cirurgia de ambulatório o que revela dados contrários ao estudo de Mota (2021).

A “Categoria profissional” mostra valores em linha com os do “Título profissional” clarificando que os enfermeiros especialistas têm uma perspetiva inferior nesta dimensão. Mais uma vez, analisando o estudo de Mota (2021), não fica clara a ideia de os dados poderem ser corroborados, pois, no referido estudo, os valores são muito semelhantes entre enfermeiros e enfermeiros especialistas. Já para os enfermeiros perioperatórios que possuem “Duplo emprego” estes apresentam uma perspetiva média superior nesta dimensão. É de realçar a ausência de estudos que ajudem a confirmar os dados aqui revelados.

Associação entre os papéis de liderança e a segurança cirúrgica no bloco operatório na perspetiva dos enfermeiros perioperatórios

Por último a análise da associação entre os papéis de liderança e a segurança cirúrgica no bloco operatório na perspetiva dos enfermeiros perioperatórios, demonstra que os enfermeiros com perspetiva mais elevada nos papéis de “Liderança” têm também uma perspetiva mais elevada de “Segurança cirúrgica”, corroborando o estudo de Mota (2021) e outros referenciados já nesse estudo (Asif et al., 2019; Boamah et al., 2018; Ducharme et al., 2017; Farag et al., 2017; Kim et al., 2020; Lappalainen et al., 2020). Estes dados revelam que a liderança é um fator determinante para a segurança cirúrgica e consequentemente a segurança do doente no bloco operatório.

Verificou-se também uma correlação parcialmente significativa entre “Boas práticas” e o papel “Mentor”, estando estes dados em linha com aquilo que são os resultados de Mota (2021). Estes valores podem estar relacionados com o facto de os líderes estarem cada vez mais focados no atingimento de objetivos e metas, virados para a produção, formatando para isso os enfermeiros nas suas unidades a executarem uma dinâmica que leve ao cumprimento de metas e normas e não assente no progresso dos liderados. Revelam, também, a não valoração da escuta ativa e a empatia. Os valores demonstrados podem também fazer notar um impedimento para um compromisso de toda a equipa com a segurança cirúrgica estando por isso em contraciclo daquilo que é a política da DGS (2022), que refere na sua norma a importância de envolver toda a equipa de modo que exista uma padronização da abordagem para o desenvolvimento e implementação de um ambiente de segurança cirúrgica.

CONCLUSÃO

A liderança é hoje um dos assuntos mais entusiasticamente discutidos nas organizações. Paralelamente, as suas implicações nos modelos de gestão são um dos temas mais abordados ao nível das estruturas de topo, não estando arredadas deste argumento as instituições de saúde. Existe então, cada vez mais, uma cultura de segurança agregada aos modelos de liderança. As organizações de hoje tentam conciliar o melhor de dois mundos, ou seja, ter presente um estilo de liderança fortemente atrativo e que, ao mesmo tempo, seja agregador quanto aos resultados da segurança dos clientes. Estas ideias, aliadas ao facto de a segurança dos clientes ser um problema discutido como uma das prioridades de saúde pública, levam a que o tema deste trabalho seja interessante e pertinente, podendo deste modo facilmente tornar-se no *gold standard* das instituições de saúde em Portugal.

Começando pela caracterização dos papéis de liderança dos enfermeiros perioperatórios, destaca-se o facto de o papel de “Diretor” ser o mais representativo na amostra estudada e o de “Inovador” com a menor média. Com este resultado podemos notar uma tendência para os papéis mais focados na produção e no atingimento de metas e objetivos estando do lado oposto papéis que realmente podem levar à inovação tão determinante para aquilo que são as estratégias de gestão nas organizações de saúde.

Em relação às características sociodemográficas e profissionais, constata-se que os papéis de liderança, na perspetiva dos enfermeiros perioperatórios, são independentes das variáveis sociodemográficas, por outro lado, no que toca às características profissionais, verificaram-se diferenças significativas no papel de “Monitor” e “Local de trabalho”, onde os enfermeiros que exercem funções no bloco operatório possuem uma perspetiva média superior relativamente aos que trabalham na unidade de cirurgia de ambulatório. Também se pode concluir que o papel “Facilitador” e a “Categoria profissional” apresentam diferenças significativas onde os enfermeiros especialistas têm uma perspetiva inferior, nesta dimensão, quando comparados com os não especialistas. No entanto, na perspetiva dos enfermeiros perioperatórios, os papéis de liderança são independentes da maioria das suas características profissionais.

Neste estudo fica, ainda, demonstrado que a perspetiva dos enfermeiros perioperatórios quanto à “Segurança cirúrgica” é heterogénea. Os valores mais baixos aparecem no item “Os

resultados das auditorias à utilização da LVSC são analisados em equipa” e os mais elevados no item “A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) é aplicada, pela equipa cirúrgica, aos doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos incluindo aqueles com anestesia local”. As suas duas dimensões, “Boas práticas” e “Auditorias”, também revelam perspetivas diferentes, “Boas práticas” apresenta uma perspetiva mais elevada e “Auditoria” uma perspetiva mais baixa.

Já na associação entre a “Segurança cirúrgica” e as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros perioperatórios, verificam-se relações estatisticamente significativas onde, na dimensão “Boas práticas” as diferenças evidenciam-se quanto ao “Título profissional”, em que os enfermeiros sem o título de enfermeiro especialista têm uma perspetiva de “Boas práticas” superior. Da mesma forma o “Local de funções”, tem diferenças visto que, os enfermeiros que exercem funções no bloco operatório têm uma perspetiva média superior quando comparados com os enfermeiros da unidade de cirurgia de ambulatório.

Quanto à “Categoria profissional”, o enfermeiro especialista tem uma perspetiva inferior nesta dimensão quando confrontamos os valores com os enfermeiros não especialistas. Também os enfermeiros que possuem “Duplo emprego” revelam uma perspetiva média superior relativamente aqueles que trabalham num único local.

Na dimensão “Auditoria” encontram-se diferenças no campo das “Habilitações”, pois os enfermeiros com licenciatura têm uma perspetiva média superior quando comparados com enfermeiros com outro grau académico. No que se refere ao “Título profissional”, os valores demonstram que os enfermeiros sem o título de enfermeiro especialista têm uma perspetiva superior nesta dimensão quando confrontados com os valores dos enfermeiros sem título profissional. Por último os dados relativos à “Categoria profissional” demonstram que os enfermeiros especialistas têm uma perspetiva inferior nesta dimensão.

Relativamente à relação entre a Segurança Cirúrgica no Bloco Operatório e os tipos de Liderança, na perspetiva dos enfermeiros perioperatórios, surgem associações significativas na dimensão “Boas práticas” e os vários papéis de liderança, pois os resultados mostram uma associação moderada positiva onde enfermeiros com perspetiva mais elevada nos papéis de “Liderança” têm também uma perspetiva mais elevada nas “Boas práticas”. No entanto, o “Mentor” mostra uma associação fraca e positiva, a dimensão “Auditoria” e os papéis de liderança revelam uma associação forte e enfermeiros com uma perspetiva elevada nos vários papéis de liderança têm também uma perspetiva elevada na “Auditoria”, excetuando-se o “Mentor”, onde a associação foi moderada.

Finalizado este estudo, salientamos como principal dificuldade o facto de as autorizações, por parte da instituição de saúde, terem sido morosas. A limitação do presente estudo, prende-se com o desenho do estudo, o qual reside num carácter transversal que não permite a extrapolação dos dados.

Estamos em crer que os achados deste estudo são mais um contributo para a prática. Ao nível da prática clínica, pode ser aproveitado como um exemplo daquilo que indicam os enfermeiros relativamente a dois grandes temas cada vez mais atuais e com impacto nas organizações como são a liderança e a segurança cirúrgica. Assim podemos concluir que os enfermeiros gestores podem aproveitar estes estudos para envolverem os equipas nos processos de melhoria baseados na melhor evidência possível e com isso obterem ganhos em saúde quer para as organizações quer para os clientes. Podemos também concluir que estes dados são importantes para demonstrar, a toda a cadeia de gestão, a importância da liderança na segurança cirúrgica indicando que estes dois temas estão intimamente ligados.

Por outro lado, ao nível do ensino, este estudo pode ser apresentado como exemplo daquilo que são as tendências de futuro dos enfermeiros numa área tão importante com é a do bloco operatório, podendo-se assim incorporar novos conhecimentos. O presente estudo pode também ser um passo importante para que estes conceitos possam ser incluídos nos futuros planos de formação, não só no ensino pós-graduado, mas também, no pré-graduado contribuindo assim para um enriquecimento curricular.

No que toca à investigação, seria relevante alargar o espectro do presente estudo aprofundando a relação de liderança com a segurança cirúrgica, tendo em conta a importância desta relação com a diminuição de eventos adversos. Entendemos, por isso, que estes dados podem ajudar as organizações a colocar em prática estratégias que promovam a segurança cirúrgica e alicerçar as lideranças com mais conhecimento sobre aquilo que indicam os colaboradores. Não tenhamos dúvidas que estudos sobre liderança vão surgir cada vez mais frequentemente, não só virados para os enfermeiros, mas também para outros grupos profissionais presentes nas equipas do bloco operatório o que faz com que os dados agora apresentados sejam mais um contributo para o crescente interesse nas temáticas desenvolvidas. É importante também referir que existe um potencial enorme de crescimento para aquilo que devem ser as melhores políticas de segurança cirúrgica, assim sendo, outros estudos desenvolvendo estas temáticas podem levar a uma prática mais sustentada contribuindo para uma melhor qualidade dos cuidados prestados.

A gestão de unidades de saúde exige competências de gestão, mas, também, de liderança. Tendo em conta o presente estudo podemos afirmar que o papel do enfermeiro gestor assume, cada vez mais, preponderância visto que deve estar alicerçado com o conhecimento necessário para desenvolver um papel de liderança em que consiga adotar estratégias capazes de assegurar, não só, o desenvolvimento profissional de cada um dos seus colaboradores, mas, também, da própria organização a que pertence. É também importante que o enfermeiro gestor consiga participar ao nível da gestão integrada. Ou seja, em todos os projetos desenvolvidos aos vários níveis de gestão (topo, intermédio e operacional), assegurando as melhores condições de trabalho aos enfermeiros e a prestação de cuidados de saúde seguros e de qualidade.

Concluindo, esperamos que os resultados deste estudo, centrado na compreensão da influência da liderança em enfermagem na segurança cirúrgica no bloco operatório, sejam um contributo para a definição de estratégias de desenvolvimento de competências de liderança dos enfermeiros e de práticas de gestão que assegurem as condições de segurança no contexto perioperatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2022). *Condições e procedimentos de pagamento das prestações de saúde realizadas aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde que devam ser cobradas pelas Instituições Hospitalares ao abrigo do Contrato-Programa de 2022*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/10/Circular_Normativa_15_2022.pdf
- Borges, C. (2018). Business Intelligence para a Morbilidade Hospitalar. Em N. Simões (Ed.), ACONTECE (pp. 18-19). Administração Central do Sistema de Saúde. <https://www.calameo.com/read/00212948396c5f759f62a?authid=xkTexbgkayq6>
- American Academy of Pediatrics. (2016). Committee on Medical Liability and Risk Management. *Council on Quality Improvement and Patient Safety*. Disclosure of adverse events in pediatrics. 138(6), (e20163215). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-3215>
- Anders, R. L., Jackson, D., Davidson, P. M., & Daly, J. P. (2021). Nursing Leadership for 21st Century. *Rev. Latino-Am*, 29 (e3472). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3472>
- Asif, M., Jameel, A., Hussain, A., Hwang, J., & Sahito, N. (2019). Linking Transformational Leadership with Nurse-Assessed Adverse Patient Outcomes and the Quality of Care: Assessing the Role of Job Satisfaction and Structural Empowerment. *International journal of environmental research and public health*, 16(13), 2381. <https://doi.org/10.3390/ijerph16132381>
- Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança. (2023). *Plano Estratégico de Intervenção*. www.apegel.org/Paginas/orgaossociais
- Australian College of Nursing. (2015). *NurseLeadership*. ACN. <https://www.readkong.com/page/nurse-leadership-a-white-paper-by-acn-2015-9921309>
- Bass, M. (1990). *Handbook of Leadership: A survey of theory and research*. Free Press.

- Bass, M., Avolio, B. J., Jung D. I., & Berson, Y. (2003). Predicting unit performance by assessing transformational and transactional leadership. *Journal Applied Psychology*, 88(2), 207-21. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.88.2.207>
- Bass, M., & Riggio, R. E. (2005). *Transformational leadership* (2ª ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Bass, M., & Bass, R. (2008). *The Bass handbook of leadership: Theory, research, and managerial applications*. Simon and Schuster.
- Beitz, J. (2019). The Perioperative Succession Crisis: A Cross-Sectional Study of Clinical Realities and Strategies for Academic Nursing. *Nursing Economics*, 37(4), 179-197. <https://www.proquest.com/openview/0f9eca76b5ce61aa7f9957cb4d397b88/1?pg->
- Bilhim, J. (2009). *Teoria Organizacional – Estruturas e Pessoas*. (6ª ed). Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Boamah, S. A., Laschinger, H. K. S., Wong, C., & Clarke, S. (2018). Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. *Nursing outlook*, 66 (2), 180-189. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.10.004>
- Cabral, D. B., Pereira, M. L. P., Fernandes, M. S., Fincatto, S., Kuczmainski, A. G., & Korb, A. (2021). Critérios auditáveis para implementação de melhores práticas na adesão ao checklist cirúrgico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, 1-10. <https://10.37689/acta-ape/2021AO00515>
- Castilho, A. F. (2014). *Eventos Adversos nos Cuidados de Enfermagem ao Doente Internado: Contributos para a Política de Segurança* [Doctoral Thesis, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10216/78357>
- Chaves, C. S. M. (2019). *O Impacto das mudanças organizacionais na liderança* [Master's Thesis, ISEG]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/19199>
- Chunharas, S., & Davies, D.S.C. (2016). Leadership in health systems: a new agenda for interactive leadership. *Health Systems & Reform*, 2(3), 176-178. <https://doi.org/10.1080/23288604.2016.1222794>

- Croke, L. (2019). Update statistics underscore the importance of the surgical time out. *Aorn Journal*, 109 (6), 5. <https://doi.org/10.1002/aorn.12731>
- Cummings, G. G., Tate, K., Lee, S., Wong, C. A., Paananen, T., Micaroni, S. P., & Chatterjee, G. E. (2018). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 85, 19-60. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.08.006>
- Danski, M. T. R., Oliveira, G. L. R., Pedrolo, E., Lind, & J., Joahann, D. A. (2017). Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 16(2). <https://www.mendeley.com/catalogue/d565dc13-a0e1-380e-b792-614366640c67/>
- Decreto-lei nº 437/1991 do Ministério da Saúde. (1991). Diário da República: I série, nº 257. <https://files.dre.pt/1s/1991/11/257a00/57235741.pdf>
- Decreto-lei nº 247/2009 do Ministério da Saúde. (2009). Diário da República: I série, nº 184. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/247-2009-490412>
- Decreto-lei nº 248/2009 do Ministério da Saúde. (2009). Diário da República: I série, nº 184. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/248-2009-490413>
- Decreto-lei nº 71/2019 do Ministério da Saúde. (2019). Diário da República: I série, nº 71/2019. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/71-2019-122403266>
- Deninson, D. R., Hooijberg, R., & Quinn, R. (1995). Paradox and performance: Toward a theory of behavioural complexity in managerial leadership. *Organization Science*, 6(5), 524-540. <https://doi.org/10.1287/orsc.6.5.524>
- Despacho nº 14223/2009 do Ministério da Saúde. (2009). Diário da República: II série, nº 120. <https://dre.tretas.org/dre/255159/despacho-14223-2009-de-24-de-junho>
- Despacho nº 1400-A/2015 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (2015).
- Despacho nº 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). Diário da República: II série, nº 187. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Diário da República: II série, nº 28. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>

- Direção-Geral da Saúde (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoSegDoente_Final.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2020). *Monitorização Qualidade e Segurança. Departamento da Qualidade na Saúde*. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cqs-relatorio-2020-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2022). *Feixe de Intervenções para a prevenção da Infecção do Local Cirúrgico* norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care. How Can It Be Assessed? *JAMA*, 260, 1743-1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Ducharme, M.P., Bernhardt, J.M., Padula, C.A., & Adams, J.M. (2017). Leader Influence, the Professional Practice Environment, and Nurse Engagement in Essential Nursing Practice. *The Journal of Nursing Administration*, 47 (7/8), 367-375. https://journals.lww.com/jonajournal/abstract/2017/07000/leader_influence,_the_professional_practice.5.aspx
- Durmus, S. Ç., & Kirca, K. (2019). Estilos de Liderança em Enfermagem. In *Nursing-New Perspectives*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.89679>
- Fachada, O. (2014). *Liderança - A Prática da Liderança. A Liderança na Prática*. (2ª ed). Edições Sílabo.
- Farag, A., Tullai-McGuinness, S., Anthony, M. K., & Burant, C. (2017). Do leadership style, unit climate, and safety climate contribute to safe medication practices ? *The Journal of Nursing Administration*, 47(1), 8-15. https://journals.lww.com/jonajournal/abstract/2017/01000/do_leadership_style,_unit_climate,_and_safety.4.aspx
- Ferreira, M. R. S. C. F. & Amendoeira, J. (2014). Estudo de adaptação e validação da Escala Ambiente de Trabalho da Prática de Enfermagem para a realidade portuguesa. *Revista*

- da Escola de Enfermagem USP*, 48(4), 690-7. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000400017>
- Fischer, S. A. (2017). Developing nurses' transformational leadership skills. *Nursing standard*, 31(51). <https://doi.org/10.1111/jan.13049>
- Giltinane, C. L. (2013). Leadership styles and theories. *Nurs Stand*, 27(41), 35-39. <https://doi.org/10.7748/ns2013.06.27.41.35.e7565>
- Grindel, C. G. (2016). Clinical leadership: A call to action. *Medsurg Nursing*, 25(1), 9. <https://search.proquest.com/openview/cd3391f026cb15478bb9c6919ed7d00d/1?pq-origsite=gscholar&cbl=30764>
- Heideveld-Chevalking, A. J., Calsbeek, H., Damen, J., Gooszen, H., & Wolff, A. P. (2014). The impact of a standardized incident reporting system in the perioperative setting: A single center experience on 2,563 'near-misses' and adverse events. *Patient Safety in Surgery*, 8(1), 46. <https://pssjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13037-014-0046-1>
- Hunt, T., & Fedynich, L. C. (2019). Leadership: Past, present and future: An evolution of an idea. *Journal of Arts and Humanities*, 8(2), 21-26. <https://doi.org/DOI:10.18533/journal.v8i2.1582>
- Institute of Medicine, (2000). To err is human: building a safer health system. *National Academy Press*, IOM. http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=9728
- International Council of Nurses. (2012). *Position Statement Evidence-based safe nurse staffing*. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/D05_Patient_Safety_0.pdf
- International Council of Nurses. (2021). *strategic priorities*. <https://www.icn.ch/nursing-policy/icn-strategic-priorities>
- Kim, M. S., Seok, J. H., & Kim, B. M. (2020). Mediating role of the perceived benefits of using a medication safety system in the relationship between transformational leadership and the medication-error management climate. *Journal of Research in Nursing*, 25(1), 22-34. <https://doi.org/10.1177/1744987118824621>
- Lappalainen, M., Härkänen, M., & Kvist, T. (2020). The relationship between nurse manager's transformational leadership style and medication safety. *Scandinavian journal of caring sciences*, 34(2), 357-369. <https://doi.org/10.1111/scs.12737>

- Lin, P., MacLennan, S., Hunt, N. & Cox, T. (2015). The influences of nursing transformational leadership style on the quality of nurses working lives in Taiwan: A cross-sectional quantitative study. *BMC Nursing*, 14(33), 1-9. <https://doi:10.1186/s12912-015-0082-x>
- Lopes, A. (2012). *Gestão do Bloco Operatório*. [Master's Dissertation, Universidade do Minho]. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19778/4/Américo%20Jorge%20Marinho%20Lopes.pdf>
- Marôco, J. (2021). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. (8.ª ed). ReportNumber, Lda.
- Martins, M.M.F.P da S., Trindade, L de L., Yilmaz, A.T., Demirsoy, N., Vilela A.C.L., Ribeiro O.M.P.L., & Pereira, C.M.G. (2020). Qualidade dos cuidados de enfermagem: diferenças em hospitais de Portugal e Turquia. *Cogitare enfermagem*, 25 (e73262), 1-12. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.73262>
- Melo, R. C. C. P. (2011). *Estratégias promotoras do desenvolvimento de competências relacionais de ajuda: O contributo dos dirigentes*. [Doctoral thesis, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/8535>
- Melo, R., Mónico, L., Carvalho, C., & Parreira, P. (2017). A liderança de enfermagem nas organizações de saúde. In R. Melo, L. Mónico, C. Carvalho, P. Pereira, H. Rezende, A. Duarte, E. Lousã, *Liderança e Seus Efeitos* (pp. 7-25). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC).
- Mota, S., & Castilho, A. F. D. O. M. (2019). Construção e validação psicométrica do Questionário de Segurança do Doente no Bloco Operatório. *Revista de Enfermagem Referência*, 21 (2), 67-78. <https://doi.org/10.12707/RIV19012>
- Mota, S. (2021). *Segurança do doente no bloco operatório: contributos do ambiente de prática e da liderança em enfermagem*. [Doctoral thesis, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/140139>
- Mota, S., Castilho, A. F. O. M. & Martins, M. (2022). Predicting nursing leadership roles of patient safety in the operating room. *Revista baiana enfermagem*, 36, e46571. <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.46571>

- Moura, M. L. O. M., & Mendes, W. (2012). Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(3), 523-535. https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rbepid/v15n3/07.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual – Enunciados Descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2009). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente – Relatório Técnico. Traduzido pela Direção-Geral da Saúde em 2011*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf?sequence=4
- Organização Mundial de Saúde. (2021). *Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030*. https://ameci.org.br/wp-content/uploads/2022/09/Patient_Safety_Plan_OMS_PORTUGUES-1-1.pdf
- Neves, D. S. (2013). *A liderança e satisfação dos enfermeiros com a supervisão*. [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra].
- Parreira, P. M., Felício, M. J., Lopes, A., Nave, F., & Parreira, F. (2006). Papéis de liderança: Um instrumento avaliativo. *Revista de investigação em enfermagem*, 13, 3-14. https://www.researchgate.net/publication/288826494_Lideranca_em_contexto_de_organizacoes_de_saude Um instrumento de avaliação
- Parreira, P., Lopes, A., Salgueiro, F., Carvalho, C., Oliveira, A. S., Castilho, A., Mónico, Lisete., Sena, C.A., & Fonseca, C. (2015). Papéis de liderança de Quinn: Um estudo realizado em Serviços de Saúde Portugueses com recurso à análise fatorial confirmatória. *Revista Ibero Americana de Saúde e Envelhecimento*, 1(2), 192. [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2015.1\(2\).192](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2015.1(2).192)
- Quesado, A. J., Estanqueiro, M., Melo, M. B., & Oliveira, I. J. (2022). Transformational leadership and nurses' satisfaction with their team: A cross-sectional study. *Nursing Practice Today*, 9(3), 243-250. <https://doi.org/10.18502/npt.v9i3.10226>

- Quinn, R. E. & Rohrbaugh, J. (1983). A spatial model of effectiveness criteria: Towards a competing values approach to organizational analysis. *Management Science*, 29(3), 363-377. <https://doi.org/10.1287/mnsc.29.3.363>
- Quinn, R. E. (1988). *Beyond rational management: Mastering the paradoxes and competing demands of high performance*. Jossey-Bass Inc.
- Quinn, R. E., Thompson, M. P., Faerman, S. R., & McGrath, M. (2003). *Competências gerenciais: princípios e aplicações* (3ª ed.). Elsevier.
- Reason, J. & Hobbs A. (2003). *Managing Maintenance Error*. Ashgate Publishing.
- Rego, A. (1997). *Liderança nas Organizações – Teoria e Prática*. Edição da Universidade de Aveiro.
- Rego, A. & Cunha, M. P., (2020). *Que líder sou eu? Manual de apoio ao desenvolvimento de competências de liderança*. (3ª ed). Edições Sílabo.
- Regulamento n.º 101/2015 da Ordem dos Enfermeiros (2015). Diário da República : II série, n.º 48. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf
- Regulamento n.º 76/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, n.º 21. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/76-2018-114599547>
- Schwendimann, R., Blatter, C., Dhaini, S., Simon, M., & Auserhofer, D. (2018). The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events e a scoping review. *BMC Health*, 18, 521. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3335-z>
- Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Brandt, J., & Hall, L. W. (2009). The natural history of recovery for the health care Provider “secondvictim” after adverse patient events *Qual Saf Health Care*, 18(5), 325-330. <https://doi:10.1136/qshc.2009.032870>
- Sequeira, C., Gonçalves, A., & Duarte, C. J., (2022). Metodologia da Investigação Quantitativa. In M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Investigação em Enfermagem* (pp. 15-50). Lidel.
- Sfantou, D. F., Laliotis, A., Patelarou, A. E., Sifaki-Pistolla, D., Matalliotakis, M., & Patelarou, E. (2017). Importance of leadership style towards quality of care measures in healthcare settings: a systematic review. *Healthcare*, 5(4), 1-17. <https://doi.org/10.3390/healthcare5040073>

- Sherman, R., Patterson, P., Avitable, T., & Dahl, J. (2014). Perioperative nurse leader perspectives on succession planning: A call to action. *Nursing Economics*, 32(4), 186-203. https://www.researchgate.net/publication/265366675_Perioperative_nurse_leader_perspectives_on_succession_planning
- Silva, L. A., Reis, Y. L., & Aves, L. L. (2022) Utilização de boas práticas de segurança do paciente no perioperatório: atitudes da equipe de enfermagem. *Scire Salutis*, 12 (4), 112-126. <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=fbfba97c-170b-4c6a-8063-dd04dfde37a7%40redis>
- Sotto, K. T., Burian, B., & Brindle, M. (2021). Impact of the WHO Surgical Safety Checklist Relative to Its Design and Intended Use: A Systematic Review and Meta-Meta-Analysis. *Collective Review*, 233(6), 794-809. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2021.08.692>
- Sousa, T., & Guimarães, A. P. V. (2018). Instrumento de avaliação das competências de liderança nas chefias de enfermagem: estudo das propriedades psicométricas. *Portuguese Journal of Public Health*, 36(1), 50-58. <https://doi.org/10.1159/000486471>
- Vecchio, R. (1995). *Organizational behavior* (3rd ed.). The Dryden.
- Vilelas, J. (2020). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento* (3ª ed). Edições Sílabo.
- World Health Organization. (2023). *The global health observatory: Explore a world of health - Global Health Workforce statistics database*. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-workforce>
- Zegers, M., de Bruijne, M. C., de Keizer, B., Merten, H., Groenewegen, P. P., van der Wal, G., & Wagner, C. (2011). The incidence, root-causes, and outcomes of adverse events in surgical units: implication for potential prevention strategies. *Patient safety in surgery*, 5(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1754-9493-5-13>