


ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO (ORIGINAL)

Cultura de Segurança do Doente em Procedimentos Anestésicos Fora do Bloco Operatório

Patient Safety Culture in Anesthesia Procedures Outside the Operating Room
Cultura de Seguridad del Paciente en Procedimientos Anestésicos Fuera del Quirófano

Patrícia Joana Fortunato França Simões¹ <https://orcid.org/0009-0006-8670-3461>Ivo Cristiano Soares Paiva² <https://orcid.org/0000-0002-8024-6734>

¹ Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE, Serviço de Pneumologia, Coimbra, Portugal

² Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Coimbra, Portugal

Resumo

Enquadramento: Os procedimentos anestésicos fora do bloco operatório têm aumentado significativamente sendo importante garantir uma cultura de segurança do doente (CSD) adequada.

Objetivos: Caracterizar a CSD percebida pelos profissionais que atuam nessas unidades, identificar pontos fortes e oportunidades de melhoria e analisar a relação entre a CSD e características socioprofissionais.

Metodologia: Estudo descritivo-correlacional, quantitativo, com 56 profissionais. A recolha de dados, decorrida entre março e maio de 2022, incluiu um questionário sociodemográfico/profissional dos participantes e instrumento de avaliação da CSD.

Resultados: A percepção global da CSD traduziu-se em 67,4% de respostas positivas. Necessitam intervenção prioritária as dimensões Apoio da gestão à segurança do doente, Dotações de profissionais, Resposta ao erro não punitiva e Frequência de notificação. O Trabalho em equipa foi identificado como ponto forte.

Conclusão: Garantir dotações mínimas de profissionais e promover uma cultura não punitiva face ao erro podem melhorar significativamente a CSD nas unidades estudadas.

Palavras-chave: cultura organizacional; segurança do paciente; profissionais de saúde; procedimentos anestésicos fora do bloco operatório

Abstract

Background: Non-operating room anesthesia procedures have increased significantly, making it essential to ensure an adequate patient safety culture (PSC).

Objectives: To characterize the PSC perceived by professionals working in these units, identify strengths and areas needing improvement, and analyze the relationship between PSC and sociodemographic or professional characteristics.

Methodology: A quantitative, descriptive-correlational study was conducted with 56 professionals. Data were collected between March and May 2022 using a sociodemographic/professional questionnaire and a PSC assessment instrument.

Results: The overall perception of PSC showed 67.4% positive responses. Priority interventions are needed in the dimensions related to Management support for patient safety, Staffing, Nonpunitive response to error, and Frequency of reporting. Teamwork was identified as a strength.

Conclusion: Ensuring adequate staffing levels and fostering a nonpunitive culture toward errors can significantly improve PSC in the analyzed units.

Keywords: organizational culture; patient safety; health personnel; procedures outside the operating room

Resumen

Marco contextual: Los procedimientos anestésicos fuera del quirófano han aumentado significativamente, por lo que es importante garantizar una cultura de seguridad del paciente (CSD) adecuada.

Objetivos: Caracterizar la CSD percibida por los profesionales que trabajan en estas unidades, identificar puntos fuertes y oportunidades de mejora y analizar la relación entre la CSD y las características socioprofesionales.

Metodología: Estudio descriptivo-correlacional, cuantitativo, con 56 profesionales. La recopilación de datos, realizada entre marzo y mayo de 2022, incluyó un cuestionario sociodemográfico/profesional de los participantes y un instrumento de evaluación de la CSD.

Resultados: La percepción global de la CSD se tradujo en un 67,4 % de respuestas positivas. Requieren una intervención prioritaria las dimensiones Apoyo de la dirección a la seguridad del paciente, Dotación de profesionales, Respuesta al error no punitiva y Frecuencia de notificación. El trabajo en equipo se identificó como un punto fuerte.

Conclusión: Garantizar una dotación mínima de profesionales y promover una cultura no punitiva ante el error puede mejorar significativamente la CSD en las unidades estudiadas.

Palabras clave: cultura organizativa; seguridad del paciente; profesionales sanitarios; procedimientos anestésicos fuera del quirófano

Autor de correspondência

Ivo Cristiano Soares Paiva

E-mail: ivopaiva@esenfc.pt

Recebido: 25.03.25

Aceite: 17.09.25



Como citar este artigo: Simões, P. J., & Paiva, I. C. (2025). Cultura de Segurança do Doente em Procedimentos Anestésicos Fora do Bloco Operatório. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(4), e40990. <https://doi.org/10.12707/RVI25.33.40990>



Introdução

A qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes tem-se vindo a vincular à cultura organizacional desde o século XX quando se concluiu que existiam, pelo menos, 99.000 mortes por ano devido a erros médicos evitáveis. As organizações internacionais, como a Organização Mundial de Saúde, recomendaram que os hospitais comesçassem a trabalhar no sentido de aprimorar as culturas organizacionais (Granel-Giménez et al., 2022).

A segurança do doente é um direito elementar em saúde, representando uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2020). A prestação de cuidados de saúde desenvolve-se num sistema cada vez mais complexo e dinâmico, o que exige que a cultura de segurança (CS) seja uma prioridade e mereça cada vez mais o envolvimento de todos os profissionais das instituições de saúde sendo fundamental a avaliação da CS para direcionar intervenções de melhoria e monitorizar a evolução das mesmas nas unidades hospitalares (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2020).

A promoção de uma CS é um processo indispensável para a melhoria da segurança do doente. Só identificando os erros, os eventos adversos e as práticas que os originam, se pode apostar numa prática preventiva e promotora de segurança (Pinto & Sarnadas, 2020).

Nas últimas duas décadas têm aumentado significativamente o número de procedimentos anestésicos realizados fora do bloco operatório (Ordem dos Médicos, 2019). A organização, a capacidade de liderança, o treino e a experiência dos profissionais envolvidos são fundamentais para que possam ser cumpridos os mesmos *standards* que regem a prática dentro de um bloco operatório (BO), evitando eventos adversos e garantindo o melhor cuidado à pessoa doente (Ordem dos Médicos, 2019).

Em Portugal, a escassa evidência científica disponível e a inexistência de *guidelines* que sistematizem os cuidados de enfermagem em procedimentos anestésicos fora do BO torna evidente a pertinência deste tema e o seu paralelismo com a garantia da segurança do doente. Por outro lado, a avaliação da CSD é geralmente realizada em outros contextos que não aqueles em que o estudo foi desenvolvido motivo pelo qual a avaliação da CSD é justificada pelas especificidades enunciadas.

Para dar resposta a esta lacuna, esta investigação teve como propósito caracterizar a CSD percecionada pelos profissionais de saúde das unidades onde se realizam procedimentos anestésicos fora do bloco operatório num hospital exclusivamente dedicado ao cuidado da pessoa com doença oncológica, bem como analisar a relação entre CSD e as características socioprofissionais dos participantes, identificando os pontos fortes da CSD e as oportunidades de melhoria nos contextos analisados.

Enquadramento

A cultura de segurança é um conceito que abrange toda a estrutura organizacional, incluindo também competências

não-técnicas como o trabalho em equipa, comunicação e *report* de acontecimentos adversos (Pinto & Sarnadas, 2020).

Tanto a OMS como o Conselho da União Europeia, recomendam aos estados membros a avaliação da cultura de segurança do doente (CSD), como condição essencial para a implementação de mudanças e comportamentos dos profissionais e organizações prestadoras de cuidados de saúde, de forma a alcançar melhores níveis de segurança e de qualidade de cuidados prestados aos doentes (DGS, 2020).

No Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020, o primeiro objetivo estratégico consistia em aumentar a cultura de segurança do ambiente interno. O PNSD 2021-2026 mantém este foco na cultura de segurança, definindo-a como um dos cinco pilares basilares estabelecendo como objetivos: promover a formação dos profissionais de saúde no âmbito da segurança do doente; avaliar a CS; e aumentar a literacia e a participação do doente, família, cuidador e da sociedade na segurança da prestação de cuidados (Despacho n.º 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2021).

A segurança do doente é um aspeto central na prática clínica do enfermeiro e um elemento-chave na garantia dos sistemas de saúde eficientes (Barroso et al., 2021) sendo que a OMS descreve “cuidados de alta qualidade” como cuidados seguros, eficazes, centrados nas pessoas, eficientes, equitativos e integrados (OMS, 2020).

O avanço do desenvolvimento científico e tecnológico tem sido determinante para o crescimento dos procedimentos de diagnóstico cada vez mais complexos fora do BO nomeadamente nas áreas da radiologia, gastroenterologia, cardiologia de intervenção, cirurgia vascular, pneumologia, obstetrícia e medicina de reprodução, neurofisiologia e urologia (Calabrese, 2019; Ordem dos Médicos, 2019). Segundo Werthman et al. (2021), os requisitos para a formação avançada dos enfermeiros nestes contextos não estão descritos limitando a formação e treino dos profissionais sendo que a Ordem dos Enfermeiros preconiza que, nas unidades de exames especiais em que há sedação/anestesia, estejam dois enfermeiros por sala, sendo preferencialmente, um deles especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Questão de investigação

Qual o nível da cultura de segurança do doente percecionado pelos profissionais de saúde das unidades em que são realizados procedimentos anestésicos fora do bloco operatório?

Metodologia

Foi desenvolvido um estudo de natureza quantitativa, descritivo-correlacional.

A população foi constituída por profissionais de saúde



(enfermeiros, médicos anestesiolistas e médicos não-anestesiolistas) que trabalhavam em unidades onde se realizam procedimentos anestésicos fora do BO (Braqui-terapia, Gastreenterologia, Ginecologia e Pneumologia) de um hospital da região centro. A seleção da amostra foi realizada através da abordagem não probabilística, intencional (Polit & Beck, 2021). Como critérios de inclusão, foram definidos: trabalhar há pelo menos 3 meses nestas unidades e aceitar participar no estudo de forma livre, voluntária e esclarecida. Foram identificados um total de 56 profissionais que cumpriam estes critérios e todos aceitaram participar na investigação.

O instrumento de colheita de dados foi constituído por duas partes: Parte I, para caracterização sociodemográfica e profissional e Parte II, composta pela versão portuguesa do questionário de Avaliação da Cultura de Segurança do Doente (*Hospital Survey on Patient Safety Culture* [HSPSC]; Eiras, 2011).

Este questionário é composto por 42 itens, agrupados em 12 dimensões relacionadas com os domínios da segurança ao nível do hospital, da unidade e de variáveis de resultado sendo a possibilidade de resposta numa escala tipo likert de 5 itens agrupadas em três categorias: Negativo (pontuações 1 e 2), Neutro (pontuação 3) e Positivo (pontuações 4 e 5).

Os dados foram colhidos entre março e maio de 2022.

Os dados dos questionários foram transcritos para o IBM SPSS Statistics, versão 29.0, realizando-se depois a análise estatística descritiva (frequências, medidas de tendência central e de dispersão) e inferencial (testes paramétricos ou não paramétricos, mediante a amostra cumpriu os critérios de distribuição normal ou não).

Foram formuladas como hipóteses: H1: A percepção da CSD varia consoante os grupos profissionais; H2: Há relação entre a percepção da CSD e os anos de profissão dos

profissionais de saúde; H3: Há relação entre a percepção da CSD e o número de anos no serviço dos profissionais de saúde; H4: Existe diferença entre a percepção da CSD e as horas de trabalho semanal dos profissionais de saúde. Este estudo cumpriu os pressupostos éticos inerentes a trabalhos de investigação desta natureza tendo sido aprovado pela Comissão de Ética e do Conselho de administração da unidade de saúde em que o estudo foi desenvolvido (Parecer nº TI 01/2022).

Resultados

Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra

A amostra foi constituída por 56 profissionais de saúde: 23 médicos não-anestesiolistas (41,1%), 22 enfermeiros (39,3%) e 11 médicos anestesiolistas (19,6%) correspondendo a 100% da população.

A maioria dos profissionais de saúde são do sexo feminino (67,9%) e com uma média etária de 46,25 anos ($DP = 9,85$ anos).

Relativamente ao grau académico, 75% dos participantes são licenciados, 23,2% detêm o grau de mestre e existe um inquirido com o grau de doutor (1,8%).

Os participantes relataram exercer a sua atividade profissional, em média, há 21,52 anos ($DP = 9,21$ anos), sendo que a média de anos no serviço no qual exercem funções atualmente é de 11,69 anos ($DP = 8,85$ anos).

Metade dos trabalhadores apresentam como vínculo de trabalho o Contrato Individual de Trabalho e 46,8% trabalham com Contrato de Trabalho de Funções Públicas (tempo indeterminado). A maioria refere trabalhar entre 31 a 45 horas semanais (87,5%). A caracterização da amostra do estudo encontra-se na Tabela 1.

Tabela 1*Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes*

Variável	N (%)	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Idade (anos)	56 (100)	46,25	9,85	25	6
Experiência profissional (anos)	56 (100)	21,52	9,21	4	40
Experiência no serviço (anos)	56 (100)	11,69	8,85	0,25	30

Variável	N (%)	
Sexo	Masculino	18 (32,1)
	Feminino	38 (67,9)
Categoria profissional	Enfermeiro	22 (39,3)
	Médico não-anestesiologista	23 (41,1)
	Médico anestesiologista	11 (19,6)
Habilitações Académicas	Licenciatura	42 (75)
	Mestrado	13 (23,2)
	Doutoramento	1 (1,8)
Horas de trabalho semanal	[15-30]	3 (5,4)
	[31-45]	49 (87,5)
	[46-60]	1 (1,8)
	[61-66]	3 (5,4)

Nota. N = Número de participantes; % = Percentagem.

Perceção da cultura de segurança do doente

Os resultados da Cultura de Segurança do Doente podem ser interpretados considerando três categorias principais: os domínios serão considerados adequados, quando se verificarem 75% de respostas positivas; áreas passíveis de melhoria quando se verificar uma variação de respostas positivas entre 50% e 75%, e em caso de respostas positivas inferior a 50% consideram-se áreas críticas. Na globalidade, a perceção da CSD pelos participantes

apresentou uma média de 3,37, traduzindo-se num percentual de 67,4% de respostas positivas, que traduz que a CSD apresenta possibilidade de melhoria. Analisando os três domínios *per se*, o que apresenta média mais elevada é o domínio da *Unidade* e a média mais baixa é ao nível das *Variáveis de Resultado* (Tabela 2), nestes domínios encontramos também a dimensão com maior número de respostas positivas e de respostas negativas respetivamente.

Tabela 2*Perceção dos Profissionais sobre a Cultura de Segurança do Doente*

Domínios	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Hospital	55	3,35	0,51	2,11	4,78
Unidade	49	3,48	0,52	2,24	4,88
Variáveis De Resultado	55	3,13	0,71	1,38	4,88

Nota. N = Número de participantes.

No domínio Hospital, os dados mostram que a colaboração entre unidades e a eficácia das transições de cuidados são percecionadas com algum grau de positividade, mas ainda insuficientes. Com 50,9% e 49,5% de respostas positivas respetivamente, o Trabalho entre unidades revela-se uma área passível de melhoria, enquanto as Transições já se enquadram como uma área

crítica, sugerindo desafios na continuidade de cuidados e na articulação entre serviços. O Apoio à segurança do doente pela gestão é uma área crítica dado que obteve apenas 31,7% de perceções positivas, o que demonstra uma clara fragilidade estrutural e a ausência de um compromisso visível da liderança hospitalar na promoção de uma cultura segura (Tabela 3).

Tabela 3*Domínio da Cultura de Segurança ao nível do Hospital*

Dimensões	N	Negativo (%)	Neutro (%)	Positivo (%)	NR
Apoio à segurança do doente pela gestão	55	23,3	41,9	31,7	1
Trabalho entre unidades	56	11,6	37,5	50,9	0
Transições	56	10,3	40,2	49,5	0

Nota. N = número de participantes; NR = Não respondeu.

Ao nível das unidades, verifica-se uma realidade adequada em algumas áreas. Destaca-se positivamente o Trabalho em equipa que com 80,9% de respostas positivas representa a única dimensão considerada adequada no domínio da CSD, evidenciando uma colaboração eficaz entre os profissionais das unidades. Este fator poderá constituir um pilar importante para o desenvolvimento de uma cultura de segurança mais robusta. Ainda assim, várias dimensões situam-se numa faixa intermédia necessitando de atenção. As Expectativas e ações dos supervisores/gestores, a Aprendizagem organizacional e melhoria contínua, a Comunicação e *feedback* acerca do erro e a Abertura na

comunicação apresentaram entre 52,4% e 68,7% de perceções positivas. Estas áreas revelam que existem práticas implementadas, mas com margem clara para evolução, seja na promoção de um ambiente mais transparente, seja no reforço de mecanismos de aprendizagem com os erros. Por outro lado, há duas dimensões que merecem destaque pela sua criticidade: a Dotações de profissionais (35%) e a Resposta ao erro não punitiva (33,5%). Tal cenário pode comprometer não apenas a qualidade dos cuidados prestados, mas também a disposição dos profissionais para relatar eventos adversos ou quase-erros, elementos essenciais para a prevenção e melhoria contínua.

Tabela 4*Domínio da Segurança ao nível da Unidade*

Dimensões	N	Negativo (%)	Neutro (%)	Positivo (%)	NR
Trabalho em equipa	52	4,1	15	80,9	4
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a Segurança do Doente	56	20,1	24,1	55,8	0
Aprendizagem organizacional - melhoria continua	54	12	9,3	68,7	2
Comunicação e <i>feedback</i> acerca do erro	56	22,6	25	52,4	0
Abertura na comunicação	56	16,1	26,8	57,1	0
Dotações de profissionais	55	34,5	30,5	35,0	1
Resposta ao erro não punitiva	55	35,9	30,5	33,5	1

Nota. N = Número de participantes; NR = Não respondeu; % = Percentagem.

As variáveis de resultado reforçam este diagnóstico. A perceção geral sobre a segurança do doente, com 51,8% de respostas positivas, indica uma visão moderadamente favorável, mas passível de ser melhorada. Já a frequência da notificação

de incidentes, com apenas 29,7% de perceções positivas, é uma dimensão crítica que aponta para uma cultura de subnotificação, possivelmente alimentada pela falta de apoio institucional e pela perceção de um ambiente punitivo.

Tabela 5*Domínio da segurança do doente ao nível de Variáveis de Resultado*

Dimensões	N	Negativo (%)	Neutro (%)	Positivo (%)	NR
Perceções gerais sobre a Segurança do Doente	56	25,4	22,8	51,8	0
Frequência da notificação	55	40	30,3	29,7	1

Nota. N = Número de participantes; NR = Não respondeu; % = Percentagem.

Em síntese, o panorama da CSD mostra um sistema que assenta numa base sólida de trabalho em equipa, mas que enfrenta grandes desafios ao nível do envolvimento da gestão, da comunicação sobre o erro, da gestão de recursos humanos e da promoção de uma cultura não punitiva.

Relação das variáveis sociodemográficas e profissionais dos participantes e a perceção da Cultura de Segurança do Doente

H1: A perceção da cultura de segurança do doente varia consoante os grupos profissionais: realizou-se o teste One Way-ANOVA ($Z = 3,03$; $p = 0,058$) que demonstrou não existirem diferenças significativas na perceção da CSD mediante o grupo profissional dos participantes.

H2: Há relação entre a perceção da cultura de segurança do doente e os anos de profissão dos profissionais de saúde: após análise do teste de Kruskal-Wallis ($p = 0,012$), tornou-se relevante avaliar em que grupos de “anos de profissão” essas diferenças foram significativas.

Os profissionais com [34-40] anos de profissão percebem melhor CSD que os que têm entre [14-23] ($p = 0,003$) e [4-13] anos ($p = 0,020$). Também os profissionais com [24-33] anos percebem melhor CSD que os profissionais com [14-23] anos de profissão ($p = 0,028$).

H3: Há relação entre a perceção da cultura de segurança do doente e o número de anos no serviço dos profissionais de saúde: após análise do teste de Kruskal-Wallis ($p = 0,123$) constatou-se não existirem diferenças significativas na perceção da CSD mediante o número de anos no serviço.

H4: Existe diferença entre a perceção da cultura de segurança do doente e as horas de trabalho semanal dos profissionais de saúde: após análise do teste de Kruskal-Wallis ($p = 0,055$) concluiu-se não existirem diferenças significativas na perceção da CSD mediante as horas de trabalho semanal dos participantes.

Discussão

No presente estudo, apesar de se reconhecer que a CSD deve ser uma preocupação central para toda a equipa e para as organizações de saúde, a avaliação incidiu exclusivamente sobre enfermeiros, médicos anestesiológicos e médicos não anestesiológicos. Esta opção justifica-se pela natureza dos contextos estudados, nos quais as intervenções de saúde são predominantemente realizadas por estes grupos profissionais, o que levou à restrição da amostra a estas categorias.

Com o objetivo de estudar a perceção dos profissionais de saúde sobre a CSD em locais onde se realizam procedimentos anestésicos fora do bloco operatório, num hospital oncológico português, foram identificados 56 profissionais que cumpriam os critérios de inclusão previamente estabelecidos. Todos os profissionais elegíveis aceitaram participar no estudo e responderam ao instrumento de recolha de dados.

A análise da escala HSPSC na sua totalidade revelou 67,4% de respostas positivas, com uma média de 3,37 ($DP = 0,47$). Esta percentagem global não permite identificar um ponto forte claro, sendo antes indicativa da existência

de diversas áreas com necessidade de melhoria. Estes resultados alinham-se com os de Granel-Gimenez et al. (2022), que apontam para uma perceção global da CSD considerada adequada pela maioria dos enfermeiros. No entanto, a literatura internacional, como referem Silva (2019) e Chegini et al. (2020), realça frequentemente a degradação da perceção da CSD em múltiplas dimensões da escala.

No domínio da CSD ao nível hospitalar, a média obtida aproxima-se da média global. A dimensão Apoio à segurança do doente pela gestão registou a mais baixa percentagem de respostas positivas e a mais elevada de respostas negativas, o que contrasta com os dados mais favoráveis reportados noutros estudos (Chegini et al., 2020). Esta dimensão surge como um ponto de melhoria essencial, onde a literatura destaca a importância da escuta ativa por parte dos gestores às sugestões dos trabalhadores (Lee et al., 2023) e do envolvimento de equipas multidisciplinares na gestão da qualidade e segurança (Pires et al., 2021). A realização de reuniões multidisciplinares realizadas de forma periódica e com objetivos bem delimitados, onde todos possam ser ouvidos; *briefings* e *debriefings* de situações específicas podem ser uma forma de melhorar esta dimensão.

A dimensão Trabalho entre unidades obteve 50,9% de respostas positivas, ligeiramente acima dos resultados de Silva (2019). A variabilidade de respostas nesta dimensão entre diferentes estudos pode ser explicada pelas especificidades institucionais e pela tipologia das unidades analisadas, o que evidencia a necessidade de desenvolver competências em comunicação, liderança e trabalho em equipa. Como referem Santos e Grilo (2021), comunicar eficazmente em equipas de saúde é um processo que requer aprendizagem contínua.

A dimensão Transições apresentou 49,5% de respostas positivas, sendo classificada como área crítica. Embora alguns estudos revelem valores ainda inferiores (Chegini, 2020; Silva, 2019), esta dimensão exige atenção, dado que falhas de comunicação entre profissionais e com a pessoa doente são apontadas como causas significativas de eventos adversos (DGS, 2017; Santos & Grilo, 2021). A aplicação efetiva da Norma 001/2017, de 08/02/2017 que se refere à comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, bem como a realização das auditorias aí previstas, é perentório.

No domínio da CSD ao nível da unidade, observou-se uma média ligeiramente superior à do domínio hospitalar, sugerindo uma perceção mais positiva dos profissionais nos contextos locais. A dimensão Trabalho em equipa destacou-se com 80,9% de respostas positivas, classificando-se como ponto forte. Este dado encontra paralelo no estudo de Brás et al. (2023), onde esta dimensão também obteve elevada pontuação (70,5%), reforçando a visão de Pinto e Sarnadas (2020) de que o trabalho em equipa é uma característica essencial da CSD.

A dimensão “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente” obteve 55,8% de respostas positivas, valor inferior ao da maioria dos estudos analisados. Tal resultado pode estar relacionado com a natureza das relações individuais entre profissionais

e lideranças. Pires et al. (2021) enfatizam que os líderes devem ser figuras presentes e autênticas, promotoras de transparência e de pensamento crítico, sempre focadas na melhoria contínua.

A Aprendizagem organizacional - melhoria contínua revelou 68,7% de respostas positivas, ficando abaixo dos valores obtidos por Rockville et al. (2016), mas mostrando um cenário relativamente positivo. Nesta linha, Lima et al. (2018) destacam a necessidade de as Comissões de Qualidade e Segurança incluírem planos de ação específicos para áreas problemáticas, promovendo uma cultura de aprendizagem baseada na notificação e análise de eventos adversos. As formações obrigatórias e periódicas nesta área podem contribuir para a sua evolução favorável.

A dimensão Comunicação e feedback face ao erro obteve 52,4% de respostas positivas e uma média de 3,34 ($DP = 0,89$), superando os 22,42% identificados por Silva (2019). Esta evolução é relevante, considerando que a OMS defende sistemas de notificação que incentivem a aprendizagem e a prevenção de erros (Pedroso et al., 2021). Abertura na comunicação foi outra dimensão com resultado positivo (57,1%), superior ao da maioria dos estudos analisados. Santos e Grilo (2021) reforçam que a comunicação deve ser pensada e desenvolvida como uma competência essencial na prática clínica, sendo um dos maiores desafios dos cuidados de saúde.

No entanto, as dimensões “Dotação de profissionais” e “Resposta ao erro não punitiva” evidenciaram fragilidades significativas. A primeira apresentou a média mais baixa (3,01; $DP = 0,72$), refletindo preocupações com a escassez de profissionais e sobrecarga laboral (Azyabi et al., 2021). A Ordem dos Enfermeiros defende que a adequação da dotação de enfermeiros é essencial para garantir cuidados seguros e de qualidade (Regulamento nº 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019), é necessário analisar as várias unidades da Instituição em causa, ouvir os seus profissionais e avaliar se as dotações seguras propostas pelas Ordens profissionais estão a ser consideradas. Já a Resposta ao erro não punitiva, com apenas 33,5% de respostas positivas, confirma a persistência de uma cultura punitiva, sendo urgente promover a aceitação do erro como oportunidade de aprendizagem (Pedroso et al., 2021).

As variáveis de resultado incluíram Perceções gerais sobre a Segurança do Doente e Frequência da notificação, com uma média global de 3,16 ($DP = 0,70$). A primeira dimensão aponta para a necessidade de reforçar a sensibilização dos profissionais e implementar ferramentas que promovam a melhoria da segurança (DGS, 2015). Já a Frequência da notificação, com apenas 29,7% de respostas positivas, constitui a dimensão mais crítica, exigindo uma intervenção urgente. A OMS (2020) alerta para a importância de notificar incidentes como meio de prevenção de danos (Ramos et al., 2021).

A maioria dos participantes (69,6%) indicou não ter reportado nenhum evento nos últimos 12 meses, e 26,8% reportaram apenas entre um e dois. Estes dados coincidem com outros estudos nacionais (Brás et al., 2023; Freire, 2017; Garcia, 2015; Silva, 2019), e sublinham a necessidade de uma cultura institucional de notificação

eficaz. A plataforma interna da instituição onde decorreu o estudo permite a avaliação dos eventos pela Comissão de Risco, contribuindo para a implementação de medidas preventivas. A divulgação periódica desta mesma plataforma em canais de comunicação internos da Instituição poderiam incentivar o acesso à mesma.

Quando questionados sobre o “grau de segurança no seu serviço/unidade”, 64,3% dos profissionais classificaram-no como *muito bom*, o que representa uma perceção ligeiramente superior à média das 12 dimensões da HSPSC e é mais favorável do que o encontrado por Brás et al. (2023). Contudo, a inexistência de respostas que classificassem a segurança como *excelente* revela espaço para progresso. Eiras (2021) defende a promoção de uma cultura organizacional baseada na confiança, comunicação eficaz e estratégias preventivas.

A análise das variáveis sociodemográficas demonstrou que os profissionais com mais anos de experiência (34-40 anos de profissão) percecionam melhor a cultura de segurança, o que pode refletir o reconhecimento dos avanços institucionais ao longo do tempo.

Importa, no entanto, reconhecer as limitações do estudo: a amostra foi intencional, limitada em número e contexto, restringindo-se a uma instituição. Ainda assim, todos os profissionais elegíveis participaram, o que valoriza a validade dos dados obtidos.

Recomenda-se que futuros estudos ampliem a amostra a outros contextos institucionais semelhantes e explorem comparações com ambientes como os blocos operatórios. Seria igualmente pertinente realizar um estudo qualitativo que aprofunde as causas das fragilidades identificadas, através da escuta ativa dos profissionais, e proponha estratégias de melhoria sustentadas.

Conclusão

A cultura de segurança do doente, sendo uma importante dimensão da qualidade em saúde, constitui um dos grandes desafios para as organizações. A avaliação da CSD irá permitir redesenhar as práticas assistenciais por forma a garantir a excelência das práticas profissionais.

Com os resultados deste estudo, espera-se contribuir para a promoção de práticas preventivas e promotoras de um ambiente mais seguro, otimizando assim a qualidade dos cuidados, neste contexto específico. Os procedimentos anestésicos fora do bloco operatório têm aumentado substancialmente e é uma área que carece de estudos específicos de forma a garantir a segurança do doente e a qualidade dos cuidados. O presente estudo responde a esta necessidade, evidencia a importância de uma avaliação da CSD continua, de modo a ajustar as intervenções de melhoria às fragilidades encontradas. É fulcral esta investigação ser efetuada em contexto global mas também em áreas particulares de modo a direcionar essas intervenções. Da análise efetuada, e ao analisar as 12 dimensões da escala em conjunto, verifica-se que estas não se apresentaram como um ponto forte, foram identificadas as áreas suscetíveis de melhoria ainda que com diferentes níveis de prioridade, tendo-se evidenciado quais as dimensões

de cada domínio que carecem de intervenção mais prioritária e referindo-se em cada uma sugestões de melhoria. Este estudo traz um contributo inovador em Portugal ao avaliar a Cultura de Segurança do Doente em procedimentos anestésicos fora do bloco operatório, contexto ainda pouco explorado e sem *guidelines* específicas de enfermagem. Os resultados evidenciam fragilidades na dotação de profissionais, na resposta não punitiva ao erro e na frequência de notificação, aspetos que têm implicações diretas na prática de enfermagem. Assim, reforça-se a necessidade de cumprir as recomendações da Ordem dos Enfermeiros sobre dotações seguras, de promover ambientes de aprendizagem que incentivem a notificação sem represálias e de investir na formação avançada para a prática em anestesia e sedação fora do bloco operatório. O ponto forte identificado no trabalho em equipa sublinha o papel do enfermeiro como agente facilitador da cooperação multidisciplinar e da comunicação eficaz. Desta forma, os resultados deste estudo não só colmatam uma lacuna científica no contexto nacional, como também oferecem orientações práticas para fortalecer a segurança do doente e a qualidade dos cuidados de enfermagem. As organizações devem apoiar uma cultura que encoraje os seus colaboradores a expressarem as suas preocupações e a fazerem sugestões construtivas, permitindo assim uma melhoria contínua dos cuidados.

Tese/Dissertação

Este artigo deriva da dissertação intitulada “*Cultura de Segurança do Doente em Unidades com Procedimentos Anestésicos Fora do Bloco Operatório*”, apresentada na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, em 2023.

Contribuição de autores

Conceptualização: Simões, P. J., Paiva, I. C.

Tratamento de dados: Simões, P. J.

Análise formal: Simões, P. J., Paiva, I. C.

Investigação: Simões, P. J., Paiva, I. C.

Metodologia: Simões, P. J., Paiva, I. C.

Administração do projeto: Paiva, I. C.

Software: Paiva, I. C.

Supervisão: Paiva, I. C.

Validação: Paiva, I. C.

Redação - rascunho original: Simões, P. J.

Redação - análise e edição: Simões, P. J., Paiva, I. C.

Referências bibliográficas

- Azyabi, A., Karwowski, W., & Davahli, M. R. (2021). Assessing patient safety culture in hospital settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2466. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052466>
- Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Guia prático para a segurança do doente*. Lidel.
- Brás, C. P., Ferreira, M. M., Figueiredo, M. C., & Duarte, J. C. (2023). Cultura de segurança do doente na prática clínica dos enfermeiros. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31, e3837. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6231.3837>
- Calabrese, C. (2019). Anesthesia outside the Operating Room. *Eur J Anaesthesiol*; 36: pp. 14-315. <https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000000958>
- Chegini, Z., Janati, A., Afkhami, M., Behjat, M., & Islam, S. M. (2020). A comparative study on patient safety culture among emergency nurses in the public and private hospitals of Tabriz, Iran. *Nursing Open*, 7(3), 768-775. <https://doi.org/10.1002/nop2.449>
- Despacho n.º 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). *Diário da República: 2.ª Série*, n.º 187. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma nº 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Norma nº 005/2018 atualizada a 10/01/2020: Avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052018-de-20022018-pdf.aspx>
- Eiras, M. (2011). *Avaliação da cultura de segurança do doente em meio hospitalar: investigação ação numa unidade de radioterapia* [Doctoral thesis, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública]. Repositório da Universidade Nova de Lisboa. <https://run.unl.pt/handle/10362/13667>
- Freire, R. N. (2017). *Perceção dos enfermeiros acerca da cultura de segurança do doente hospitalizado* [Master's dissertation, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://web.esenfc.pt/?url=GjWLVloec>
- Garcia, C. R. (2015). *Cultura de segurança da criança hospitalizada num centro hospitalar da zona centro: Perceção dos enfermeiros* [Master's dissertation, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde]. Instituto Politécnico de Viseu: Repositório Científico. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/2838>
- Granell-Giménez, N., Palmieri, P. A., Watson-Badia, C. E., Gómez-Ibáñez, R., Leyva-Moral, J. M., & Bernabeu-Tamayo, M. D. (2022). Patient safety culture in European hospitals: A comparative mixed methods study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(2), 939. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020939>
- Lee, S. E., Dahinten, V. S., Seo, J.-K., Park, I., Lee, M. Y., & Han, H. S. (2023). Patient safety culture and speaking up among health care workers. *Asian Nursing Research*, 17(1), 30-36. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2023.01.001>
- Lima, S. M. S., Agostinho, M., Mota L. & Príncipe F. (2018). Perceção dos profissionais de saúde das limitações à notificação do erro/ evento adverso. *Revista de Enfermagem Referência* 2018, Série IV (19), 99-106. <https://doi.org/10.12707/RIV18023>
- Ordem dos Médicos. (2019). *Colégio de anesthesiologia: Estudos avançados em anesthesiologia fora do bloco operatório*. Porto, Portugal. <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Estudos-Avanc%CC%A7ados-em-Anesthesiologia-Fora-do-Bloco-Operato%CC%81rio-CHUP-vs.11Jan19.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Pinto, J. R., & Sarnadas, L. L. (2020). Tradução e adaptação do Ambulatory Surgery Center Survey on Patient Safety Culture para a cultura portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(1), e19062. <https://doi.org/10.12707/RIV19062>



- Pires, S., Ramos, S., & Barroso, F. (2021). Equipas de gestão da qualidade e segurança em saúde. In F. Barroso, L. Sales, & S. Ramos (Eds.), *Guia prático para a segurança do doente* (pp. 31-40). Lidel.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Ramos, S., Sales, L., & Barroso, F. (2021). Segurança do doente: Princípios e conceitos. In F. Barroso, L. Sales, & S. Ramos (1.^a ed.), *Guia prático para a segurança do doente* (pp. 3-10). Lidel.
- Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Diário da República: 2.ª Série*, n.º 184. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Rockville, W., Famolaro, T., Yount, N. D., Burns, W., Flashner, E., Liu, H., & Sorra, J. (2016). *Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2016 user comparative database report*. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://patientcarelink.org/wp-content/uploads/2016/10/AHRQ-2016-Patient-Safety-Culture-Survey-Report.pdf>
- Santos, M. C., & Grilo, A. M. (2021). Comunicação e gestão da informação para a segurança do doente. In F. Barroso, L. Sales, & S. Ramos (Eds.), *Guia prático para a segurança do doente* (pp. 63-78). Lidel.
- Silva, R.L. (2019). *Cultura de segurança do doente no bloco operatório: Subsídios para a qualidade dos cuidados de saúde* [Master's dissertation, Instituto Politécnico de Viana do Castelo].
- Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2272/1/Ricardo_Silva.pdf
- Werthman, J. A., Maxwell, C. A., Dietrich, M. S., Jordan, L. M., & Minnick, A. F. (2021). Moderate sedation education for nurses in interventional radiology to promote patient safety: Results of a national survey. *Journal of Radiology Nursing*, 40(1), 49-55. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2020.10.007>