

A TÉCNICA DE GRUPO FOCAL NA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE ASSISTENCIAL EM BLOCO OPERATÓRIO

THE FOCUS GROUP TECHNIQUE IN VALIDATION OF CONTENT FOR EVALUATION OF THE QUALITY OF CARE IN AN OPERATING ROOM

JOSÉ AUGUSTO PEREIRA GOMES^{1*}, MARIA MANUELA MARTINS², DAISY TRONCHIN³, CARLA SÍLVIA FERNANDES⁴

1. Doutorando em Ciências de Enfermagem, Mestre em Gestão de Unidade de Saúde, Clínica Nossa Senhora da Guia - Portugal e Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar - Portugal; 2. Doutora em Ciências de Enfermagem, Mestre em Enfermagem, RN - Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar - Portugal e Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto - Portugal; 3. Doutora em Enfermagem, Mestre em Enfermagem, RN - Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - Brasil; 4. Doutora em Ciências de Enfermagem, Mestre em Ciências, RN - Professora Auxiliar da Escola Superior de Saúde da Universidade Fernando Pessoa - Portugal.

* Rua do Cidral, 28, Póvoa de Varzim, Portugal. CEP 4490-563 japgomes@gmail.com

Recebido em 23/11/2017. Aceito para publicação em 22/12/2017

RESUMO

Objetivo: O bloco operatório é um contexto de trabalho complexo na área da saúde onde a preocupação com a qualidade tem sido amplamente divulgada nos últimos anos. Este estudo objetivou validar o conteúdo de um instrumento de avaliação da qualidade assistencial no bloco operatório. O instrumento possuía 71 itens sendo desenvolvido a partir de um estudo qualitativo, mediante entrevistas e reajustado com base em revisão de literatura. **Método:** Empregou-se o grupo focal constituído por um conjunto de peritos, integrado por enfermeiros e médicos que trabalham no bloco operatório. Cada item foi colocado à discussão procurando-se o consenso, seguindo-se depois o registo individualizado dos resultados de cada afirmação. **Resultados:** A discussão do grupo focal confirmou a necessidade de incluir os três domínios da tríade avaliativa de Donabedian: estrutura, processo e resultado passíveis de analisar a qualidade assistencial no bloco operatório. Ao longo da discussão foram excluídos 14 itens, acrescentado 1 e alterados 10 itens, culminando com um instrumento composto por 58 itens. **Conclusão:** O emprego do grupo focal revelou ser uma ferramenta importante para a validação do conteúdo do instrumento, designado por - Avaliação da Qualidade Assistencial no Bloco Operatório (AQABO) que será posteriormente testado numa população alargada.

PALAVRAS-CHAVE: Bloco operatório; Instrumentos; Qualidade nos cuidados; Grupo focal.

ABSTRACT

Objective: The operating room is a complex working context in the health area where a concern for quality has been widely disseminated in recent years. This study aimed to validate the content of an instrument to evaluate the quality of care in the operating room. The instrument has 71 items that are developed from a qualitative study, with interviews and readjusted based on literature review. **Method:** The focal group was composed of a group of experts, composed of nurses and physicians who work in the surgical suite. Each item was put in discussion, seeking consensus, followed by an individualized record of the results of each statement. **Results:** The focus group discussion confirmed the need to include the three domains of the Donabedian triad evaluation: structure, process and passive results of analysis of the quality of care in the operating room. In addition, 14 items were added, 1 was added and 10 items changed, culminating with an instrument composed of 58 items. **Conclusion:** The work of the focus group proved to be an important tool for the validation of the instrument's content, called - Assistant Quality Assessment in the Operating Room (AQABO), which will be tested later in an extended population.

KEYWORDS: Surgical center; Instruments; Quality of health care; Focus group.

1. INTRODUÇÃO

A preocupação com a segurança dos cuidados de saúde disponibilizados à população, livre de erros para utentes no período pré-operatório, disparou como foco das preocupações de saúde nos últimos 15 anos¹. A qualidade dos cuidados intraoperatórios é da responsabilidade de uma equipa organizada com uma lógica assistencial em torno do utente e integrando enfermeiros, médicos e outros técnicos de saúde, onde as considerações de segurança são uma componente dos processos pré-operatórios, porém a taxa de erros cirúrgicos permanece elevada².

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), nos países industrializados, os estudos sugerem que a taxa de maiores complicações após a cirurgia são relatados na ordem dos 3-22% dos procedimentos cirúrgicos com internamento e a taxa de mortalidade ocorre em cerca de 0,4-0,8%. De referir que, mais de metade dos eventos adversos é reconhecida como sendo evitável, ocorrendo pelo menos metade, durante o atendimento cirúrgico³. Os fatores que afetam a segurança incluem a coesão da equipa, a capacidade da equipa de se adaptar à mudança e a adesão sustentada às medidas de melhoria da qualidade². Algumas ferramentas têm sido aplicadas, nomeadamente as listas de verificação de cirurgia segura, em conjunto com briefings da equipa ou "tempo limite", tornaram-se o padrão de cuidados para minimizar eventos cirúrgicos adversos³.

Um estudo de revisão realizado sobre instrumentos para avaliar a qualidade e segurança no bloco operatório salienta que os instrumentos são mais frequentes no âmbito do processo, e essencialmente associados à cultura de segurança e risco proposto pelas diretivas da OMS, realçando a necessidade de maior desenvolvimento de instrumentos válidos e mais abrangentes, integrando as diferentes componentes da avaliação da qualidade, a estrutura, o processo e o resultado⁴.

Ciente desta necessidade, este percurso tem por finalidade validar o conteúdo da proposta de um instrumento de avaliação da qualidade assistencial no bloco operatório, através de um grupo focal de peritos. Pretende-se analisar se o conjunto de itens constantes no instrumento é abrangente e representativo à temática e se está relacionado com o que se pretende medir "Qualidade no Bloco Operatório".

Enquadramento

O bloco operatório é muitas vezes caracterizado por uma grande rotatividade de doentes e por uma logística bastante complexa. De modo a garantir a segurança de cuidados o seu funcionamento requer trabalho em equipa

multidisciplinar com alta flexibilidade em um ambiente de alta tecnologia, o que pode ser exigente em muitos aspetos⁸. O bloco operatório devido à complexidade da sua atividade e à sua natureza interdisciplinar constitui um campo vasto para a implementação de medidas para garantir a qualidade⁵, devendo incluir critérios de qualidade transversais de toda a organização e específicos do bloco operatório⁶ referentes à estrutura, ao processo e ao resultado. O modelo proposto por Donabedian, e aplicado neste instrumento, reside nas relações entre estes indicadores, no entanto exige também a compreensão da relação entre os três elementos⁷.

São estabelecidos, através de numerosos estudos de pesquisa e revisões da literatura sobre cuidados de saúde, fatores que aumentam o risco de erros cirúrgicos. Estes estudos indicam que os elementos causais incluem fatores humanos, interrupções, questões de pessoal, entre outras^{2,3,4}.

São necessários instrumentos eficientes e precisos como uma ferramenta para controlar, monitorizar e melhorar os processos e o desempenho dos cuidados de saúde. Atualmente, o setor de cuidados de saúde enfrenta consideráveis desafios estratégicos e forte pressão para se tornar mais sensível às necessidades dos clientes, ao mesmo tempo que deve melhorar a qualidade, segurança e eficiência⁹.

O bloco operatório devido à complexidade da sua atividade e à sua natureza interdisciplinar constitui um campo vasto para a implementação de medidas para garantir a qualidade⁵, devendo incluir critérios de qualidade transversais de toda a organização e específicos do bloco operatório⁶ referentes à estrutura, ao processo e ao resultado. O modelo proposto por Donabedian, e aplicado neste instrumento, reside nas relações entre estes indicadores, no entanto exige também a compreensão da relação entre os três elementos⁷.

Nos serviços de saúde, a atenção deixa de estar centrada em cada uma das profissões ou especialidades individualmente e converge na organização como um todo. Todos deverão assumir um compromisso, no sentido de melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestado ao doente e suas famílias.

Isto reitera a necessidade e pertinência deste estudo, inserido no âmbito da enfermagem, por um lado pelos diferentes papéis que os enfermeiros desempenham no intraoperatório (Enfermeiro Instrumentista, Enfermeiro Circulante e Enfermeiro de Anestesia), mas também pelo papel decisivo que detêm como enfermeiros gestores nos blocos operatórios.

Diante da necessidade da criação de um instrumento de avaliação da qualidade dos cuidados no bloco operatório, o presente estudo foi desenvolvido para responder à seguinte questão: Segundo as perceções dos

peritos participantes no grupo focal o instrumento para Avaliação da Qualidade Assistencial no Bloco Operatório (AQABO) apresenta os itens necessários? É abrangente e representativo à temática e está relacionado com o que se pretende medir, ou seja a “Qualidade no Bloco Operatório”?

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, cujo método de colheita de dados utilizado foi o grupo focal, esta metodologia difere da entrevista individual por basear-se na interação entre as pessoas, o seu principal objetivo é reunir informações detalhadas sobre um tópico específico a partir de um grupo de participantes selecionados¹⁰. Os participantes do grupo focal foram selecionados de modo intencional. A amostra foi constituída por oito participantes adotando-se como critérios de inclusão médicos e enfermeiros com atividade no bloco operatório há mais de dois anos e estarem interessados em discutir a avaliação da qualidade no bloco operatório, tendo assinado o termo de consentimento informado e esclarecido.

Num estudo de campo prévio, no âmbito do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde foi desenvolvido um estudo natureza qualitativa intitulado “Percurso para a Avaliação da Qualidade no Bloco Operatório”¹¹. Esse trabalho foi baseado no modelo de Donabedian (2003) estrutura, processo e resultados, e resultante da análise das narrativas dos participantes emergiram dimensões para uma proposta de instrumento de avaliação da qualidade para o bloco operatório, com 61 itens que não chegou a ser testada nem validada⁷.

Desse modo, optou-se por dar continuidade ao instrumento. Numa primeira fase, resultante da revisão da literatura sobre instrumentos para avaliar a qualidade no bloco operatório, foram adicionados 10 itens, possibilitando a versão 1 do Instrumento AQABO com 71 itens.

Para a elaboração dos itens de uma escala, inicialmente, é necessário obter opiniões do público-alvo, pois elas são a base para redação dos itens que irão compor a escala. Para tanto, esta colheita deve ocorrer através de um levantamento e após esta fase ser superada, deve-se fazer uso de um grupo focal com especialistas para que eles promovam a seleção, entre todas as opiniões coletadas, das que serão úteis para compor os itens da escala¹².

Segundo esta metodologia foi remetido por correio eletrônico o instrumento versão 1 a todos os participantes.

Cada participante deveria assinalar o seu nível de concordância ou não concordância relativamente a cada

uma das afirmações apresentadas, assim como, possíveis comentários.

A sessão do grupo focal decorreu ao longo de duas horas, no qual foi debatido cada item a integrar na versão 2 do instrumento AQABO. Para nortear o debate sobre a temática utilizou-se um guião semiestruturado, havendo permissão para a gravação do diálogo do grupo. Cada item foi lido em voz alta e solicitadas as vantagens de o conter ou de excluir, seguindo-se uma consensualização e de seguida uma votação. O projeto de pesquisa foi aprovado pela comissão de ética.

Numa fase posterior, não objeto deste artigo, o instrumento será testado e validado e de seguida aplicado a médicos e enfermeiros de todas as unidades cirúrgicas de Portugal o que permitirá analisar as características assistenciais nos blocos operatórios públicos e privados e acompanhar a qualidade assistencial nos blocos operatórios.

3. RESULTADOS

O grupo focal com peritos no âmbito do bloco operatório foi constituído por 5 enfermeiros e três médicos, com idades compreendidas entre os 36 e os 57 anos e uma média de 17,5 anos de experiência profissional específica do bloco operatório, realçando o contributo como peritos no fenómeno em estudo (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos participantes.

Profissão	Género	Idade	Anos BO
Médico	M	57	28
Médico	M	36	10
Médico	M	41	14
Enfermeiro	M	45	17
Enfermeiro	M	41	15
Enfermeiro	M	43	20
Enfermeiro	M	48	20
Enfermeiro	F	47	16
Média		44,75	17,5

Dos 71 itens que integravam o instrumento AQABO, 33 eram referentes á estrutura, 22 referentes ao processo e 16 ao resultado. Para a avaliar o conteúdo dos itens, baseamo-nos na percentagem de acordos entre peritos que examinaram o conteúdo do instrumento.

Foram debatidas todas as questões que obtiveram um grau de concordância total (escala de likert de 1 a 5) inferior a 87,5%, ou seja, cerca de 42 itens, apresentados na Tabela 2.

Decorrentes deste momento foram excluídos 14 itens, revistos 10 e adicionado 1 novo item (Tabela 3), tendo a versão 2 do Instrumento AQABO ficado com 58 itens, sendo a versão final do instrumento.

Tabela 2. Indicadores do Instrumento AQBO propostos para revisão.

Itens	Indicadores	% Concordância
Estrutura		
2	As salas de operações têm as dimensões exigidas.	75
3	A unidade de cuidados pós anestésicos tem as dimensões necessárias para a atividade deste BO.	62,5
6	O risco clínico e não clínico estão controlados no BO.	75
8	O BO tem uma sala de indução anestésica para aumentar a sua eficiência	37,5
13	A tecnologia dos equipamentos é adequada ao tipo de procedimentos realizados no BO.	75
17	A diversidade de equipamento está ajustada ao tipo de cuidados praticados no BO.	75
18	Os recursos financeiros alocados ao BO estão adequados para um desempenho de qualidade.	25
19	Na atividade do BO estão minimizados os desperdícios.	50
20	O investimento econômico no BO é ajustado.	25
23	As características específicas (horário, funções, etc.) de alguns grupos profissionais interferem no funcionamento do BO.	75
24	Estão asseguradas as atividades de pré-operatório para a prestação de cuidados de saúde de qualidade.	50
25	Estão asseguradas as atividades de pós-operatório para a prestação de cuidados de saúde de qualidade.	37,5
26	O doente tem uma consulta de enfermagem de pré-internamento	37,5
27	O enfermeiro do BO realiza uma visita pré-operatória para garantir a qualidade e segurança de cuidados	37,5
28	O enfermeiro do BO realiza uma visita pós-operatória para garantir a qualidade e segurança de cuidados	25
31	São realizadas atividades de investigação no BO	25
32	São realizadas atividades de ensino no BO	75
Processo		
35	Existe uma liderança eficaz no BO.	75
36	Existe uma articulação de funções entre profissionais.	62,5
39	A informação veiculada para o doente e família é efetuada na quantidade adequada e de forma compreensível.	50
41	A continuidade da informação é assegurada na transferência do doente para outro serviço.	75
42	Os profissionais detêm o know-how necessário para a atividade do BO.	62,5
43	Os profissionais possuem capacidades para gerir as emoções, a razão e as relações interpessoais.	75
44	Existe um manual da qualidade como estratégia para a garantia da qualidade	75
45	É realizado um Briefing antes das cirurgias, estabelecendo um entendimento comum e um planeamento colaborativo.	50
46	Existem protocolos no BO para a execução de procedimentos de forma eficiente e sem erros.	75
47	É utilizada a metodologia seis sigma como ferramenta para a melhoria dos processos	0
48	No BO são utilizadas Checklist como estratégia de qualidade e segurança	62,5
49	São efetuadas notificações de não conformidades como estratégia essencial para a melhoria contínua.	75
52	É realizado um Debriefing após as cirurgias, realizando relatórios em tempo real.	25
53	Existem metodologias de trabalho, como por exemplo os círculos da qualidade, como um processo de melhoria contínua.	37,5
54	Os contributos do doente são aceites para um melhor resultado dos procedimentos cirúrgicos.	50
55	Os contributos da família são considerados nos cuidados prestados ao doente	37,5
Resultado		
58	A avaliação da satisfação da família é efetuada como indicador importante na avaliação da qualidade dos cuidados no BO	62,5
62	São realizadas auditorias internas como estratégia elementar para avaliar os resultados	75
65	Os tempos de espera entre as cirurgias é utilizada como indicador fundamental para avaliar a qualidade dos processos no BO.	75
66	A demora média é utilizada como indicador fundamental para avaliar a qualidade dos processos no BO.	62,5
67	É monitorizado as distrações dos profissionais para avaliar a qualidade dos processos no BO	50
68	É monitorizado através de instrumento próprio a eficácia da comunicação	62,5
69	São utilizados indicadores de produção que espelham a rentabilidade no BO	75
70	É monitorizado através de instrumento próprio o trabalho em equipa	75
71	É utilizado a avaliação de desempenho para avaliar a qualidade dos profissionais.	62,5

4. DISCUSSÃO

Embora já tenhamos introduzido levemente algumas informações dos resultados obtidos, reservamos para este ponto a discussão integrando os contributos dos participantes do grupo focal, tentando evidenciar os seus significados, à luz do modelo proposto por Donabedian⁷.

A análise de Estrutura relaciona-se com as características contextuais que são necessárias para apoiar a implementação bem-sucedida de uma iniciativa de serviços de saúde, como é o caso dos elementos físicos, materiais, profissionais e formação do serviço clínico^{7,13}.

Tabela 3. Indicadores do Instrumento AQBO revistos após o grupo focal

Itens	Indicadores Alterados
Estrutura	
2	As salas de operações têm as dimensões exigidas (área útil superior a 36m ² e largura superior a 5,5m).
3	A unidade de recobro tem as dimensões necessárias para a atividade deste BO.
8	O BO tem uma sala de indução anestésica para aumentar a sua eficiência
13	A tecnologia dos equipamentos é adequada ao tipo de procedimentos realizados no BO.
19	Na atividade do BO estão minimizados os desperdícios.
23	As características específicas (horário, funções, etc.) de alguns grupos profissionais interferem no funcionamento do BO.
24	Estão adequadas as atividades de pré-operatório para a prestação de cuidados de saúde de qualidade.
25	Estão adequadas as atividades de pós-operatório para a prestação de cuidados de saúde de qualidade.
27	O enfermeiro do BO realiza uma visita pré-operatória
28	O enfermeiro do BO realiza uma visita pós-operatória
	O anestesista realiza uma visita pré-operatória
32	São realizadas atividades de ensino no BO
Processo	
35	A liderança reflete-se no funcionamento do BO
36	Existe uma articulação de funções entre profissionais.
41	A continuidade da informação é assegurada na transferência do doente para outro serviço.
42	Os profissionais detêm as competências necessárias para a atividade do BO.
43	Os profissionais possuem capacidades para gerir as emoções, a razão e as relações interpessoais.
44	Existe um manual da qualidade como estratégia para a garantia da qualidade
45	É realizado um Briefing antes das cirurgias, estabelecendo um entendimento comum e um planeamento colaborativo.
46	Existem protocolos no BO para a execução de procedimentos de forma eficiente e sem erros.
48	No BO são utilizadas Checklist como estratégia de qualidade e segurança
49	São efetuadas notificações de não conformidades como estratégia essencial para a melhoria contínua.
52	É realizado um Debriefing após as cirurgias, realizando relatórios em tempo real.
Resultado	
62	São realizadas auditorias internas como estratégia elementar para avaliar os resultados
65	Os tempos de espera entre as cirurgias é utilizado como indicador
68	O trabalho em equipa é monitorizado
69	São utilizados indicadores de produção que espelham a rentabilidade no BO
70	É monitorizado através de instrumento próprio o trabalho em equipa
71	É efetuado a avaliação de desempenho dos profissionais.

Legenda: Itens alterados Itens adicionados

No que se refere à estrutura foram retirados 6 itens referentes às instalações, equipamentos, recursos financeiros e recursos organizacionais, nomeadamente as questões referentes ao risco clínico e não clínico, por se considerarem serem indicadores de qualidade organizacionais, regulamentados a nível nacional. A segurança do doente deve ser uma grande preocupação nos cuidados de saúde, especialmente em organizações complexas, como hospitais, no entanto, os desafios para a segurança dos doentes são muitas vezes organizacionais e não clínicos. Uma maneira de lidar com esses desafios é desenvolver e implementar medidas sistemáticas de gestão de risco clínico e não clínico, englobando todas as estruturas, processos, instrumentos e atividades¹⁴.

No que se refere aos assuntos organizacionais os participantes manifestaram a necessidade de remover o item referente às atividades de investigação no bloco operatório, por considerarem que apenas se aplicaria nos hospitais escola.

Apesar de um conjunto crescente de evidências sobre o que funciona em saúde, há uma lacuna significativa no tempo que decorre para levar a pesquisa ao contexto da prática¹⁵. Por exemplo, cerca de US \$240 bilhões de dólares são investidos anualmente em saúde e pesquisa biomédica, mas aproximadamente 85% não resulta em

evidências implementadas na prática¹⁶.

Na avaliação do processo foi examinado a assistência/ prestação de cuidados ou seja as características do seu processamento e foi considerada como tendo maior influência nos resultados de qualidade. Embora os elementos do processo tenham maior influência sobre os resultados, eles, por sua vez, dependem dos atributos da estrutura para serem bem-sucedidos¹³. No que se refere ao processo foram retirados 5 itens referentes à comunicação, estratégias de qualidade nos processos e o papel do utente e família.

Neste âmbito, de acordo com os participantes, quer no que se refere ao item “a informação veiculada ao doente e família”, assim como nos contributos do doente e família para um melhor resultado, é evidenciado o papel ainda passivo dos principais autores do processo, nomeadamente da família. Os cuidados de saúde centrados na família são uma abordagem filosófica da saúde, o conceito liga o doente, os membros da família e os cuidadores nos processos de saúde doença. No cenário cirúrgico, esta realidade ainda é muito limitada e foi vista talvez apenas como a iniciativa da possível presença do pai durante o parto por cesariana, ou a presença dos pais durante a indução da anestesia. É inquestionável o efeito que a profissão de enfermagem teve sobre o desenvolvimento desta prática, e sobre a capacidade de sustentá-la. O potencial benefício desta prática para os doentes e seus familiares não tem sido explorado, nem é a uma intervenção comum, evidenciando que existem “barreiras ao sistema” que precisam de ser consideradas para desenvolver esse conceito¹⁷.

No que refere a determinadas ferramentas de qualidade, nomeadamente a utilização de círculos de qualidade e os seis sigmas, provavelmente poderá estar associado à baixa divulgação e utilização destes instrumentos na área da saúde. O Seis Sigma é uma abordagem de melhoria de qualidade que tem por objetivo reduzir o número de defeitos. Nas últimas três décadas, ajudou várias empresas a aumentar a capacidade de seus processos e aumentar o nível de qualidade do seu produto ou serviço^{18,19}.

A avaliação dos resultados envolve uma análise aprofundada dos serviços em termos do impacto dos cuidados clínicos, da satisfação do doente com os cuidados e da segurança¹³. Donabedian (2003) afirmou que a medição da qualidade dos cuidados clínicos não é, nem precisa nem completa, e advertiu os gestores de serviços para a cautela na interpretação dos resultados, argumentando que o julgamento sobre resultados não deve ser feito sem considerar também a estrutura e o processo^{7,13}. No que se refere ao resultado foram retirados 3 itens referentes aos instrumentos de avaliação da qualidade dos cuidados e outcomes sobre estratégias

de avaliação dos processos.

Em relação às estratégias de avaliação dos processos foram retirados o indicador de demora média e a monitorização das distrações dos profissionais. Segundo um estudo realizado em Manchester, as distrações no bloco operatório contribuem para a ocorrência de eventos adversos, sobre as quais os autores realizaram um estudo observacional. Foram analisadas 32 cirurgias, ao longo das quais foram observados 3557 eventos potencialmente perturbadores, dos quais 1173 (33%) foram considerados por distração^{4,20}.

O trabalho do grupo focal foi pautado por discussões sustentadas na experiência dos peritos e com explicações que emergiram da revisão da literatura.

5. CONCLUSÃO

Este percurso terá por fim último a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde disponibilizados no bloco operatório, ao doente cirúrgico, ao longo de diversas etapas, iniciando-se pela conceção de um instrumento que foi validado por peritos e assim criado um instrumento específico para avaliar a qualidade no bloco operatório que pretendemos agora validar numa população alargada, para garantir a sua fidelidade e consistência interna. A aplicação deste instrumento irá possibilitar a avaliação dos cuidados e a implementação de medidas que garantam a qualidade e segurança dos cuidados prestados ao doente em unidades cirúrgicas, evidenciando o papel de promoção de prevenção de danos pelos enfermeiros que exercem as suas funções no bloco operatório.

O instrumento foi criado e inspirado no modelo de Donabedian, estrutura, processo e resultados que suportou as discussões e as análises. Este instrumento de natureza quantitativa constituído por 58 itens, integrando para cada uma das questões uma escala do tipo de Likert, de cinco níveis de respostas. Dada a multiplicidade de aspetos a incorporar neste novo instrumento, a sua conceção seria inatingível sem uma análise qualitativa prévia. A utilização de um grupo focal com peritos revelou-se especialmente útil na pesquisa avaliativa, enfatizando a necessidade de considerar a visão dos diferentes sujeitos sobre os quais incidem o fenómeno a ser avaliado e resultou numa experiência enriquecedora que dá segurança para prosseguir na investigação.

REFERÊNCIAS

- [01] McDowell D, McComb S. Surgical safety checklists briefings: Perceived efficacy and team member involvement. *Journal Of Perioperative Practice* [serial on the Internet]. (2016, June), [cited November 24, 2016]; 26(6):138-144. Available from: CINAHL Complete.

- [02] Landers R. Reducing surgical errors: implementing a three-hinge approach to success. AORN Journal [serial on the Internet]. (2015, June), [cited November 24, 2016]; 101(6):657-665. Available from: MEDLINE Complete.
- [03] World Health Organization. World Alliance For Patient Safety. Who guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives. Genève: Autor, 2009.
- [04] Gomes J, Martins M, Fernandes C. Instruments to evaluate quality and safety in the surgical Center – an integrative review. Gogitare [serial on the Internet]. (2016, august), [cited November 24, 2016]; 21(6): 1-9. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i5.45640>
- [05] Styer KA, Ashley SW, Schmidt I, Zive EM, Eappen S. Implementing the world health organization surgical safety checklist: a model for future perioperative initiatives. AORN Journal. [Internet] 2011; 94(6) [acesso em 06 jan 2016]. Disponível: <https://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2011.03.012>
- [06] Ministério da Saúde (PT). Avaliação da situação nacional dos blocos operatórios. [Internet] 2015 [acesso em <http://revistas.ufpr.br/cogitare/Cogitare> Enferm. 2016; 21(esp)01-090806 jun 2016]. Disponível: <http://www2.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/estudos/relatorio+bo.htm#sthas.h.v9jzzyJC.dpuf>
- [07] Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003.
- [08] Björn C, Josephson M, Wadensten B, Rissén D. Prominent attractive qualities of nurses' work in operating room departments: A questionnaire study. Work [serial on the Internet]. (2015, Dec 30), [cited November 23, 2017]; 52(4):877-889.
- [09] Lin Q, Liu L, Liu H, Wang D. Integrating hierarchical balanced scorecard with fuzzy linguistic for evaluating operating room performance in hospitals. Expert Systems With Applications [serial on the Internet]. (2013, May), [cited November 23, 2017]; 40(6): 1917-1924. Available from: Academic Search Complete.
- [10] Trad Leny A. Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. Physis [Internet]. 2009 [cited 2016 Nov 24]; 19(3):777-796. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>
- [11] Fernandes C, Gomes J. Road to Quality Assessment in Operating Room, MOJ Surgery. 2016; 3(3):4-7.
- [12] Lucian R, Dornelas J. Measurement of Attitude: Proposition of a Protocol for Preparation of Scales. Rev. adm. contemp. [online]. 2015; 19(spe2):157-177 [citado 2016-11-24]. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-7849rac20151559>
- [13] Gardner G, Gardner A, O'Connell J. Using the Donabedian framework to examine the quality and safety of nursing service innovation. Journal Of Clinical Nursing [serial on the Internet]. (2014, Jan), [cited November 25, 2016]; 23(1/2):145-155.
- [14] Briner M, Manser T, Kessler O. Clinical risk management in hospitals: strategy, central coordination and dialogue as key enablers. Journal Of Evaluation In Clinical Practice [serial on the Internet]. (2013, Apr), [cited November 25, 2016]; 19(2):363-369.
- [15] Moore J, Grouchy M, Graham I, Shandling M, Doyle W, Straus S. The Council of Academic Hospitals of Ontario (CAHO) Adopting Research to Improve Care (ARTIC) Program: Reach, Sustainability, Spread and Lessons Learned from an Implementation Funding Model. Healthcare Policy [serial on the Internet]. (2016, May), [cited November 25, 2016]; 11(4):27-39. Available from: CINAHL Complete.
- [16] Chalmers, I., M.B. Bracken, B. Djulbegovic, S. Garattini, J. Grant, A.M. Gülmezoglu, D.W. Howells and J.P.A. Ioannidis. How to Increase Value and Reduce Waste When Research Priorities Are Set. The Lancet (2014, May), 383(9912):156–65. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62229-1.
- [17] Evans L. Feasibility of family member presence in the OR during breast biopsy procedures. AORN Journal [serial on the Internet]. (2008, Oct), [cited November 25, 2016]; 88(4):568-586.
- [18] Revere, L., Black, K. & Huq, A. Integrating Six Sigma and CQI for improving patient care. The TQM Magazine. [Internet] 2004 [acesso em 15 jan 2016]; 16(2):105-113. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1108/09544780410522991>
- [19] Hassan, R., Marimuthu, M., & Mahinderjit-Singh, M. Application of six-sigma for process improvement in manufacturing industries: A case study. International Business Management. [Internet] 2016[acesso em 15 jan 2016]; 10(5):676-691. Disponível: <http://dx.doi:10.3923/ibm.2016.676.691>
- [20] Jothiraj H, Howland-Harris J, Evley R, Moppett IK. Distractions and the anaesthetist: A qualitative study of context and direction of distraction. Br J Anaesth [Internet] 2013 [acesso em 15 jan 2016]; 111(3):477-482. Disponível: <http://dx.doi:10.1093/bja/aet108>