



IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



Um caminho a percorrer...

Agradecimentos

À Professora Doutora Ernestina Batoca Silva pela disponibilidade, dedicação e apoio prestados na orientação desta dissertação.

Ao Senhor Enfermeiro Jacinto Oliveira, pela sua disponibilidade e úteis esclarecimentos.

A todos os profissionais que contribuíram para a concretização deste estudo.

Aos meus pais, ao Nuno e aos meus amigos pelo apoio incondicional e incentivo. Obrigada pela compreensão em momentos de ausência e afastamento.

Resumo

Introdução: A cultura de segurança consiste num conjunto de valores individuais e de grupo, de atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a segurança. Ao conhecer a cultura de segurança do serviço e organização é possível identificar pontos fortes, assim como aspectos problemáticos, devendo estes ser encarados como oportunidades para melhorar. Embora se acredite que é essencial investir no desenvolvimento de uma cultura de segurança sólida e positiva, os estudos realizados neste âmbito em contexto pediátrico são praticamente inexistentes.

Objectivo: O objectivo geral consiste em avaliar a cultura de segurança do doente pediátrico percebida pelos profissionais de saúde, identificando assim áreas de intervenção prioritária em prol da segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Metodologia: Estudo quantitativo, de cariz descritivo-correlacional. A amostra é constituída por 167 profissionais de saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. O instrumento utilizado baseia-se no *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, traduzido e validado para a população portuguesa.

Resultados: Dos resultados, salienta-se a dimensão “trabalho em equipa” que obteve isoladamente o valor mais positivo. As dimensões consideradas problemáticas são: “apoio à segurança pela gestão”, “frequência da notificação de eventos”, “profissionais” e “resposta ao erro não punitiva”, devendo ser merecedoras de intervenção prioritária. A percepção de cultura de segurança do doente pediátrico é influenciada pelas variáveis sociodemográficas e pela profissão. Consta-se ainda que uma grande maioria dos profissionais (79.6%) não notificou eventos/ocorrências nos últimos meses e que 63.5% nunca o realizou ao longo da sua vida profissional.

Conclusões: Estes dados sugerem ser necessário investir a curto prazo numa política de segurança que promova a notificação voluntária e não punitiva de incidentes.

Palavras-chave: segurança do paciente; cultura; qualidade da assistência à saúde; erros médicos.

Abstract

Introduction: Safety culture is a set of individual and group values, attitudes, perceptions, competencies and patterns of behaviour that determine the commitment to safety. By knowing the service organization and safety culture is possible to identify strengths as well as areas of concern, which must be seen as opportunities to improve. Although it is believed that it is essential to invest in the development of a strong and positive safety culture, studies in this area in pediatric settings are virtually nonexistent.

Objective: The overall objective is to evaluate the safety culture of the pediatric patient perceived by health professionals, therefore identifying priority areas of intervention for safety and quality of care.

Methodology: Quantitative study of descriptive and correlational nature. The sample consists of 167 health professionals working in Coimbra University Hospital Center. The instrument used is based on the Hospital Survey on Patient Safety Culture, translated and validated for the Portuguese population.

Results: The results highlight the dimension "teamwork" with the most positive value. Other dimensions are considered problematic, "hospital management support for patient safety", "frequency of event reporting", "staffing" and "non-punitive response to error" and should be worthy of priority intervention. The perception of the pediatric patient safety culture is influenced by sociodemographic variables and the profession. We also noted that a large majority of professionals (79.6%) did not report events/occurrences in recent months and 63.5% never held throughout his professional life.

Conclusions: These data suggest a short-term need to invest in a security policy that promotes voluntary reporting and non-punitive incident.

Key words: patient safety; culture; quality of health care; medical errors.

Sumário

	Pág.
Lista de Quadros	I
Lista de Figuras	II
Lista de Siglas	III
Introdução	19
I PARTE – Enquadramento Teórico	
1 – Qualidade em saúde	23
1.1 – Segurança do doente como indicador de qualidade	23
1.2 – Cultura de segurança do doente	25
1.2.1 – O erro e a importância da notificação	27
1.3 – Segurança do doente pediátrico.....	29
II PARTE – Estudo empírico	
2 – Metodologia.....	33
2.1 – Métodos	33
2.2 – Participantes	36
2.3 – Instrumento de colheita de dados	36
2.4 – Procedimentos	40
2.5 – Análise de dados	41
3 – Resultados	43
3.1 – Análise descritiva	43
3.2 – Análise inferencial.....	55
4 – Discussão dos resultados.....	65
5 – Conclusões	77
Referências bibliográficas	81
Anexos.....	89
Anexo I – Instrumento de colheita de dados	91
Anexo II – Autorização para utilização do instrumento de colheita de dados	99
Anexo III – Pedido de autorização para efectuar a colheita de dados	103

Anexo IV – Autorização da Comissão de Ética e Conselho de Administração do CHUC para realização do estudo 107

Lista de Quadros

	Pág.
Quadro 1 – Dimensões, secção e item correspondente ao questionário de avaliação da cultura de segurança	37
Quadro 2 – Recodificação da escala e interpretação dos resultados	38
Quadro 3 – Consistência interna do questionário de avaliação da cultura de segurança	40
Quadro 4 – Caracterização sociodemográfica	43
Quadro 5 – Caracterização do contexto profissional	45
Quadro 6 – Caracterização específica do ambiente de trabalho	46
Quadro 7.1 – Medidas descritivas referentes aos itens e às dimensões do questionário sobre avaliação da cultura de segurança.....	51
Quadro 7.2 – Medidas descritivas referentes aos itens e às dimensões do questionário sobre avaliação da cultura de segurança (continuação)	52
Quadro 8 – Grau de segurança do doente atribuído pelo profissional de saúde ao seu serviço/unidade.....	53
Quadro 9 – Número de eventos/ocorrências notificados pelos profissionais de saúde nos últimos 12 meses	53
Quadro 10 – Conhecimento dos profissionais sobre Estrutura Concetual e Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos.....	54
Quadro 11 – Segurança e gestão do risco	54
Quadro 12 – Comparação da frequência composta de respostas observada para cada dimensão do questionário sobre avaliação da cultura de segurança em função do sexo do inquirido	55
Quadro 13 – Comparação dos scores observados para cada dimensão do questionário sobre avaliação da cultura de segurança em função do sexo do inquirido	56
Quadro 14 – Correlação da frequência composta de respostas e dos scores observados para cada dimensão na cultura de segurança com a idade do inquirido	57

Quadro 15 – Comparação da frequência composta de respostas observada para cada dimensão da cultura de segurança do doente em função da profissão do inquirido.....	58
Quadro 16 – Comparação dos scores observados para cada dimensão da cultura de segurança do doente em função da profissão do inquirido	59
Quadro 17 – Correlação da frequência composta de respostas e dos scores observados para cada dimensão da cultura de segurança com a experiência profissional em pediatria (anos)	60
Quadro 18 – Comparação da frequência composta de respostas observada para cada dimensão da cultura de segurança em função do conhecimento do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos.....	61
Quadro 19 – Comparação dos scores observados para cada dimensão da cultura de segurança em função do conhecimento do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos	61
Quadro 20 – Comparação da frequência composta de respostas observada para cada dimensão da cultura de segurança em função da utilização do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos.....	62
Quadro 21 – Comparação do score observado para cada dimensão da cultura de segurança em função da notificação de incidentes ou eventos adversos ao longo da prática profissional.....	63

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1 – Esquema conceptual.....	35

Lista de Siglas

AGI – Área de Gestão Integrada

AHRQ – *Agency for Healthcare Research and Quality*

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

DGS – Direcção-Geral da Saúde

DQS – Departamento da Qualidade na Saúde

EUA – Estados Unidos da América

FCR – Frequência composta de respostas

HPC – Hospital Pediátrico de Coimbra

IOM – *Institute of Medicine*

MBB – Maternidade Bissaya Barreto

MDM – Maternidade Dr. Daniel de Matos

MS – Ministério de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

RAND – *Research and Development*

SNNIEA – Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos

SPSS® – *Statistical Package for the Social Sciences*

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCIRN – Unidade de Cuidados Intensivos ao Recém-Nascido

UE – União Europeia

Introdução

A segurança do doente é actualmente considerada um grave problema de saúde pública (Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde [Portugal, MS, DGS], 2011a). Em Portugal, a diminuta taxa de notificação de incidentes e eventos adversos impede um conhecimento real da situação. No entanto, admite-se que o problema existe de forma similar ao que se tem verificado em outros países, existindo diversos estudos internacionais a afirmar que aproximadamente 10% dos doentes internados são afectados por algum evento adverso durante a sua estadia hospitalar (Fragata, 2010; Fernandes & Queirós, 2011).

Em contexto pediátrico, os estudos realizados neste âmbito são praticamente inexistentes. Segundo Muething et al. (2012), os eventos adversos em crianças hospitalizadas são comuns. Entende-se que esta população é mais vulnerável, não só pela sua especificidade, mas também pela frequente incapacidade de questionar os cuidados que lhe são prestados (Miller, Elixhauser & Zhan, 2003).

As falhas de segurança têm implicações a vários níveis. As primeiras vítimas são os utilizadores de cuidados de saúde, a quem o erro pode originar dano grave, potencialmente irreversível (Fragata, 2010). Além disso, existem ainda consequências directas para os profissionais e instituição, não esquecendo o impacto negativo na economia da saúde (Sousa, 2006; Fragata, 2010).

O desenvolvimento de uma cultura de segurança é um elemento essencial para melhorar a segurança e qualidade do atendimento (Weaver et al., 2013). No entanto, para tal, é importante proceder à sua avaliação, determinando assim as áreas de intervenção prioritárias (Sorra & Dyer, 2010).

Perante a escassez de estudos sobre segurança do doente pediátrico e convictas que as crianças merecem uma atenção diferenciada, considerou-se pertinente desenvolver este trabalho, cuja finalidade consiste em contribuir para aumentar o conhecimento sobre esta realidade e sensibilizar os profissionais de saúde para a importância de uma cultura de segurança do doente pediátrico.

Definimos como objectivo geral deste trabalho:

- Avaliar a cultura de segurança do doente pediátrico percebida pelos profissionais de saúde.

Os objectivos específicos consistem em:

- Identificar as variáveis sociodemográficas e de contexto profissional que influenciam a percepção sobre a cultura de segurança do doente pediátrico;
- Analisar a relação entre os conhecimentos da Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente e Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos com a percepção sobre a cultura de segurança do doente pediátrico;
- Avaliar a repercussão da notificação de incidentes e eventos adversos na percepção dos profissionais sobre cultura de segurança do doente pediátrico.

Trata-se de uma investigação descritiva-correlacional, realizada no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), sendo a população acessível o conjunto de profissionais de saúde a exercer funções nos serviços de internamento pediátrico e neonatal deste centro hospitalar.

O trabalho está estruturado em duas partes, integrando estas, no total, cinco capítulos: enquadramento teórico, metodologia, resultados, discussão dos resultados e conclusões.

O enquadramento teórico tem início com uma abordagem relativa à qualidade em saúde, salientando a importância da segurança do doente como indicador de qualidade. De seguida, é apresentada a evolução do conceito, definição e dimensões da cultura de segurança do doente, com especial ênfase para a importância do reconhecimento da inevitabilidade do erro e importância de notificação de eventos adversos. Por fim, o foco de atenção direcciona-se para a segurança do doente pediátrico.

O segundo capítulo aborda a metodologia, que se inicia com a conceptualização do estudo e apresentação das questões de investigação e objectivos. Segue-se a caracterização da população e amostra e a apresentação do instrumento de colheita de dados. São descritos os procedimentos éticos e de colheita de dados, terminando com as medidas estatísticas utilizadas na análise dos dados.

No capítulo seguinte, apresentam-se os resultados obtidos mediante a análise estatística dos dados recolhidos. No quarto capítulo é efectuada a discussão dos resultados, à luz da bibliografia disponível e da coerência entre si. Termina-se com as conclusões, onde para além de destacados os resultados mais significativos, se inferem as implicações para a prática no sentido de melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados às crianças hospitalizadas.

I PARTE – Enquadramento Teórico

1 – Qualidade em saúde

A preocupação com a qualidade nos cuidados de saúde, actualmente, é uma constante, contudo, a complexidade de todo o sistema torna a sua definição difícil (Fragata, 2011).

A qualidade, enquanto dimensão inerente à prestação de cuidados, foi abordada pela primeira vez no século XIX, por Florence Nightingale. Porém, só no final da década de 1960 surge a primeira definição composta e consistente, valorizando a tríade «resultado, processo e estrutura» (*Idem*). Anos mais tarde, viria a perceber-se que a segurança está indubitavelmente relacionada com a qualidade, salientando que é impossível existir qualidade se a prestação de cuidados for insegura, repleta de erros e complicações a eles inerentes (Fragata, 2010).

À tríade clássica e à segurança, foi posteriormente acrescentada uma quinta dimensão – a satisfação do doente, centrada nas suas expectativas relativamente aos cuidados recebidos (Fragata, 2011).

Hoje, procurando uma definição consensual, a qualidade em saúde é tida como uma triangulação entre a efectividade (que engloba a eficácia e eficiência), a experiência dos doentes (valorizando a sua satisfação) e a segurança (*Idem*). Esta última, considerada uma componente estruturante (Fernandes & Queirós, 2011), capaz de por si só promover uma qualidade superior induzindo menores custos (Fragata, 2011).

1.1 – Segurança do doente como indicador de qualidade

A preocupação com a segurança no âmbito dos cuidados de saúde tem vindo a aumentar de forma progressiva, sendo actualmente considerada, por parte da comunidade internacional, como um grave problema de saúde pública (Portugal, MS, DGS, 2011a), justificando atenção e intervenção prioritária (Nascimento, 2011).

Apesar de não se falar em segurança como actualmente é percebida, a abordagem dos erros médicos remonta aos primórdios da Medicina. *Primum non nocere*, isto é, não fazer o mal, é um princípio ético estabelecido por Hipócrates (Morath & Leary, 2004), que salienta a importância do médico se abster de provocar danos adicionais ao doente, decorrentes da intervenção a que este foi submetido (Fragata & Martins, 2004). Passaram

largas centenas de anos, mas os princípios Hipocráticos mantêm-se, e continuam a ser jurados solenemente por todos quantos abraçam a profissão médica (*Idem*).

Segundo a DGS (Portugal, MS, DGS, 2011b, p.14), a segurança do doente é definida como a «redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável». É oportuno mencionar que se entende por mínimo aceitável o resultado decorrente da combinação entre o conhecimento actual, os recursos disponíveis e o contexto no qual os cuidados foram prestados, em oposição ao risco de não tratamento ou de outro tratamento alternativo.

Isto implica que os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados assegurem, permanentemente, que os tratamentos e intervenções a realizar são os mais adequados aos doentes e que «não lhes causam danos, lesões ou complicações além das inerentes à evolução natural da sua própria doença e dos necessários e justificados para o diagnóstico e tratamento da mesma» (Ribas, 2010, p.585), o que vai ao encontro do princípio ético acima referido (*primum non nocere*).

O primeiro e maior impulsionador do movimento em torno da segurança do doente foi o relatório *To Err is Human: Building a Safer Health* publicado pelo *Institute of Medicine* americano, em 1999 (Morath & Leary, 2004; Portugal, MS, DGS, 2011a). Este documento veio revelar que o sistema de saúde dos Estados Unidos da América não é tão seguro quanto deveria e poderia ser. À data da publicação, estimava-se que entre 44 mil a 98 mil pessoas morriam todos os anos em hospitais americanos devido a erros médicos, muitos dos quais poderiam ter sido prevenidos (Kohn, Corrigan & Donaldson, 1999).

Um estudo realizado posteriormente pela *Research and Development (RAND) Corporation* para a Comissão Europeia, sugere que cerca de 8% a 12% dos doentes internados em hospitais sejam afectados por algum tipo de evento adverso consequente aos cuidados de saúde recebidos (Conselho da União Europeia, 2009). Fernandes e Queirós (2011) analisaram também vários estudos internacionais que apontam para taxas de eventos adversos a rondar os 10%, dos quais se acredita que 45% seriam evitáveis.

Em Portugal, não existem dados precisos relativos a esta questão. Tendo por base os resultados de estudos internacionais, calcula-se que dez em cada cem internamentos hospitalares possam estar sujeitos a qualquer tipo de erro (Fragata, 2010). Apesar de no nosso país esta informação não passar de uma estimativa, é inegável que o problema existe. O Ministério da Saúde (MS) tem vindo a demonstrar uma preocupação crescente com a segurança do doente, considerando esta área uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde (Despacho n.º 14223/2009).

A ausência de segurança do doente resulta, por vezes, em consequências directas para os utilizadores de cuidados de saúde. Felizmente, cerca de 2/3 de todas as falhas existentes não causam dano, 1/3 é responsável por danos ligeiros e apenas 5% provoca danos graves e irreversíveis (Fragata, 2010). Contudo, existem implicações a um nível mais abrangente que não devem ser negligenciadas, nomeadamente: perda de confiança nas organizações de saúde e seus profissionais, menor probabilidade de alcançar os resultados previstos/desejados e o aumento de custos directos e indirectos, com grande impacto na economia da saúde (Sousa, 2006; Fragata, 2010).

Por tudo isto, a segurança é, sem dúvida, uma problemática que requer a maior atenção. Entende-se que «o desenho do sistema e da organização têm grande impacto na segurança» (Fragata, 2011, p.53), devendo investir-se no desenvolvimento de modelos de trabalho e ambientes mais seguros, capazes de minimizar o erro humano (*Idem*). A par desta situação, uma vez que as organizações são constituídas por pessoas, a cultura de segurança partilhada pelos profissionais deve ser valorizada, sendo considerado um elemento essencial para melhorar a segurança e qualidade dos cuidados de saúde prestados à população (Weaver et al., 2013).

1.2 – Cultura de segurança do doente

A cultura de segurança em qualquer organização é um fenómeno complexo. O conceito surgiu na década de 1980, associado à indústria nuclear e, em pouco mais de 20 anos, foi generalizado a outros sectores industriais de elevado risco, tais como a aviação e a indústria química (Sorra & Dyer, 2010). Posteriormente disseminou-se pelo sector da saúde, valorizando a importância de factores humanos e organizacionais na gestão do risco (Nascimento, 2011).

A definição de cultura de segurança não é consensual, pela dificuldade em atribuir significado a algo que não é concreto. Aplicando os conceitos da segurança nuclear à saúde, entende-se que a cultura de segurança resulta do conjunto de valores individuais e de grupo, de atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a segurança (Lee, 1998 *apud* Stavrianopoulos, 2012).

Cada organização contém um ambiente próprio, permeável à influência de cada um dos seus membros, da mesma forma que também os influencia. Deste modo, todos contribuem para a formação da cultura de segurança organizacional (Portugal, MS, DGS, 2011a) e, esta, está espelhada na forma como os profissionais exercem a sua actividade (Fleming & Wentzel, 2008 *apud* Fragata, 2010). Compreender os factores organizacionais envolvidos na tomada de decisão e atendimento aos utilizadores de serviços de saúde é o

primeiro passo rumo à redução de erros médicos e a chave para o desenvolvimento de uma cultura de segurança (Grant, Donaldson & Larsen, 2006) que se pretende sólida e positiva. Assim sendo, este conceito é tido como central na compreensão da segurança do doente (Sorra & Dyer, 2010).

Existem diferentes perspectivas quanto às dimensões que a cultura de segurança integra e os aspectos a considerar para o seu desenvolvimento, devido à sua complexidade e abrangência (Nascimento, 2011). No entanto, algumas características da cultura de segurança são recorrentes na literatura, designadamente: notificação de eventos adversos; visão sistémica do erro; aprendizagem em torno do erro; a importância da comunicação; preocupação geral com a segurança (*Idem*). Stavrianopoulos (2012) salienta ainda a importância da liderança, do trabalho em equipa, dos cuidados baseados em evidência e centrados no paciente, e a cultura *just* na qual as pessoas não são punidas por cometerem erros, apenas as violações são punidas.

O reconhecimento da inevitabilidade do erro é fundamental. Deve ser aliado ao desenvolvimento de um sistema não punitivo de notificação e análise de eventos adversos, permitindo a identificação pró-activa das ameaças latentes, bem como a aprendizagem em torno do erro (Paese & Sasso, 2013). Não menos importante do que a promoção de uma cultura de segurança é a partilha de informação de modo eficiente, tendo por base confiança mútua e o compromisso por parte dos elementos responsáveis da gestão (Stavrianopoulos, 2012).

Para conseguir um sistema de saúde mais seguro é importante investir nas pessoas, mas fundamentalmente nos processos de trabalho e nas organizações. Neste âmbito, Fragata (2010, p. 568) salienta a importância da capacitação «das pessoas no extremo da acção (médicos e enfermeiros)», em conjunto com a implementação de práticas seguras, promoção de uma cultura organizacional de segurança, envolvimento dos doentes, utilização de transparência em todo o processo e controlo de indicadores de segurança atendendo ao relato de eventos sentinela por parte dos hospitais e mediante a monitorização da performance, recorrendo a processos de certificação e recertificação (*Idem*).

Em benefício da segurança, deve favorecer-se um sistema resiliente, inconformista, capaz de instituir progressivamente as medidas necessárias, apesar das potenciais resistências à mudança (Fragata, 2011). Os profissionais têm dificuldade em alterar os seus hábitos e persiste a tendência de imputar a alguém a responsabilidade do erro. «O grande desafio está em actuar em equipa e pensar em sistemas» (Fragata, 2010, p. 569), com a

consciência que uma mudança de cultura nunca será um processo simples nem rápido, mas deve ser iniciado e, fundamentalmente, bem liderado (*Idem*).

Considerando as suas várias componentes, entende-se que a cultura de segurança é uma variável que pode ser isolada, analisada e alvo de mudança. Investir neste aspecto nas organizações de saúde é, sem dúvida, uma estratégia para melhorar a qualidade (Nascimento, 2011). Ao analisá-la salienta-se a importância de compreender a natureza do erro, bem como os métodos adequados à prevenção do mesmo, que devem incluir a utilização de sistemas de notificação de erros, não punitivos, procurando identificar anomalias do sistema e vulnerabilidades (Sorra & Dyer, 2010).

1.2.1 – O erro e a importância da notificação

O Ser Humano é falível. Como tal, todos os sistemas humanos estão sujeitos a erros. A sua inevitabilidade e probabilidade de ocorrência é directamente proporcional à complexidade do próprio sistema (Fragata, 2010).

Lage (2010) entende que a monitorização sistemática do erro e a compreensão das barreiras que protegem os doentes constituem o pilar de qualquer sistema de saúde que se pretende seguro. Para prevenir o erro é necessário compreender o que é, dar conta de que aconteceu, para depois ser capaz de analisar e compreender como e porquê. Isto implica a existência de mecanismos de identificação, compreensão e notificação do erro, associado a uma cultura de aprendizagem em detrimento da culpabilização (Ribas, 2010).

Existem múltiplas definições de Erro, e o relatório técnico Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente demonstra isso mesmo (Portugal, MS, DGS, 2011b). Citando Fragata (2010, p. 565), «Erro é a falha em atingir uma acção planeada ou o uso de um plano errado para atingir um dado objectivo», detém carácter não intencional, e pode ou não causar dano (Fragata, 2011). Por sua vez, um evento adverso consiste em «um incidente que resulta em dano para o doente» (Portugal, MS, DGS, 2012).

À semelhança de outras organizações de elevada complexidade, a Saúde é susceptível à ocorrência de erros (Eiras, Escoval, Grillo & Silva-Fortes, 2014).

A grande maioria dos eventos adversos não resulta de um único erro isolado, mas sim de uma sucessão de acontecimentos que, muitas vezes, individualmente parecem insignificantes (Bacha, 2007). O carácter multifactorial subjacente às falhas de segurança é facilmente compreensível mediante a *teoria do queijo suíço*. Este modelo, desenvolvido por James Reason, sugere que para se verificar a ocorrência de um evento adverso é necessária a combinação de vários factores, representados esquematicamente como fatias

de um queijo cujos buracos se alinham e propiciam a ocorrência desse evento (Fragata, 2011). Cada buraco representa «falhas estruturais ou pontuais, má prática ou descuido por parte dos profissionais de saúde, comportamentos inseguros ou de risco por parte dos doentes, etc.» (Sousa, 2006, p.311).

Tendo em conta que o ser humano é falível, o grande desafio é encontrar estratégias que permitam identificar e neutralizar as falhas latentes do sistema, constituindo assim barreiras à ocorrência de erros (Bacha, 2007). Acredita-se que, mediante implementação das necessárias medidas correctivas, cerca de 50% a 60% da totalidade de eventos adversos seriam totalmente evitáveis (Fragata, 2011).

O erro é habitualmente visto de modo pejorativo e ligado à culpa, sobretudo na cultura ocidental. Contrariamente à realidade que nos é mais familiar, na cultura japonesa os erros são considerados pérolas, tidos como oportunidades de aprendizagem de grande valor (Fragata, 2010). Este é um caminho que deve ser percorrido em benefício da segurança do doente.

Uma cultura de culpa, na qual os erros são percepcionados apenas como fracassos pessoais, deve ser substituída por uma cultura na qual os erros são encarados como oportunidades de melhorar o sistema.

Só valorizando e analisando o erro/evento adverso é possível identificar as áreas que necessitam de medidas correctivas, permitindo um planeamento e intervenção adequadas, e assim, minimizar a existência de ocorrências futuras (Morath & Leary, 2004; Lage, 2010; Poley, Starre, Bos, Dijk & Tibboel, 2011; Paese & Sasso, 2013). O foco da atenção deve ser o *como e porquê* e não apenas *quem* (Sousa, 2006; Fragata, 2011).

Enquanto perdurar esta cultura e continuarem a existir procedimentos disciplinares punitivos, o sentimento predominante será o medo e tender-se-á a ocultar os erros cometidos de forma sucessiva, negligenciando as consequências daí resultantes (Fragata, 2010).

Um estudo realizado nos Estados Unidos da América veio demonstrar que esta mentalidade punitiva assume, de modo individual, o maior obstáculo à melhoria da segurança do doente nas instituições de saúde (Robeznieks, 2003 *apud* Morath & Leary, 2004). Neste contexto, verificou-se que os profissionais apenas notificam os erros que de todo são impossíveis de esconder, ficando cerca de 95% dos erros por notificar (Morath & Leary, 2004).

Além do medo que a notificação venha a gerar complicações disciplinares/legais para o profissional, existem outros motivos capazes de justificar a subnotificação de eventos adversos, tais como, a frequente inexistência de *feedback* sobre os relatórios e a percepção

de inutilidade, acreditando que a notificação de tais eventos não origina uma mudança real (Carneiro, 2010; Lage, 2010; Sorra & Dyer, 2010; Stavrianopoulos, 2012).

A implementação eficaz de um sistema de relato de incidentes e eventos adversos é um processo lento mas fundamental. Necessita de profissionais motivados que o incentivem localmente e de uma estrutura que possibilite a análise da informação e resposta em tempo útil (Lage, 2010; Stavrianopoulos, 2012).

A utilização de estratégias avançadas de notificação, aplicadas a um grande número de hospitais, contribuiria em larga escala para a melhoria da segurança do doente (Stavrianopoulos, 2012). Em Portugal, a par de alguns sistemas de notificação de carácter local, existe o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos (SNNIEA) disponibilizado gratuitamente pelo MS, que se encontra estruturado de acordo com recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Conselho da União Europeia (UE) (Portugal, MS, DGS, 2014). Caracteriza-se por ser uma plataforma anónima, confidencial e não punitiva, que permite a gestão e análise de incidentes e eventos adversos ocorridos nas unidades prestadoras de cuidados de saúde (Portugal, MS, DGS, 2013). Apesar da sua reconhecida importância, em 2013 os profissionais de saúde apenas efectuaram 244 notificações no SNNIEA, valor que se acredita estar longe de reflectir a realidade nacional (Portugal, MS, DGS, 2014).

Em suma, o grande desafio para um mundo mais seguro consiste em transformar a cultura de culpabilização numa cultura na qual os erros não sejam tratados como falhas pessoais, mas sim como oportunidades de aprendizagem, contribuindo assim para melhorar o sistema e evitar danos (Nieva & Sorra, 2003). É crucial «movermo-nos do secretismo para a transparência» (Fragata, 2010, p.569), acreditando que a gestão do risco clínico e não clínico é da responsabilidade de toda a organização, na qual se valoriza o papel de cada um dos profissionais (Pedroto, 2006).

1.3 – Segurança do doente pediátrico

As crianças, pela sua especificidade, são mais vulneráveis à ocorrência de eventos adversos durante o período de internamento hospitalar, comparativamente à população adulta (Miller et al., 2003). A grande variabilidade de idades das crianças internadas, que actualmente vai dos 0 aos 17 anos e 364 dias, com inerente diferença em termos de desenvolvimento, requer uma adaptação constante dos prestadores de cuidados. Os factores ambientais devem merecer especial atenção, existindo um risco acrescido de queda, assim como de asfixia provocada por objectos de dimensões reduzidas, sobretudo em crianças menores de três anos (Brown, 2014).

Relativamente à prescrição, preparação e administração de terapêutica, são necessários cuidados particulares de modo a evitar a ocorrência de erros. O cálculo e prescrição da dose de fármaco a administrar tem por base a situação clínica e peso da criança, com diferenças significativas de uma criança para a outra. Quanto à preparação, esta exige atenção acrescida e adopção de algumas medidas preventivas, das quais a dupla verificação é exemplo (*Idem*).

Além do doente pediátrico correr maior risco, a probabilidade e gravidade desses incidentes assumem outra relevância em caso de internamentos prolongados e/ou em unidades de cuidados intensivos, por serem caracterizadas como ambientes hospitalares complexos (Fragata, 2011).

A enorme sofisticação tecnológica constitui-se actualmente como um benefício, contudo acarreta inúmeros factores prejudiciais, uma vez que acrescenta riscos adicionais associados a eventuais falhas do equipamento ou mau manuseamento (Askin & Wilson, 2014).

A frequente incapacidade das crianças em questionar os cuidados que lhes são prestados é outro factor que contribui para aumentar o risco. Apesar de se preconizar o acompanhamento parental durante o internamento, de grande utilidade à promoção da saúde e bem-estar da criança e aliado da qualidade e segurança dos cuidados prestados (Sanders, 2014), os pais ou responsáveis muitas vezes não podem estar ininterruptamente a seu lado (Miller et al., 2003), deixando de existir uma barreira adicional que minimizaria a ocorrência de alguns erros.

Muething et al. (2012) salientam que, de facto, os eventos adversos são comuns em crianças hospitalizadas, levando ao aumento de dias de internamento, maior taxa de mortalidade intra-hospitalar e acréscimo no total de encargos.

Embora exista uma crença generalizada que a cultura de segurança é fundamental para alcançar a segurança do paciente, os estudos realizados neste âmbito em contexto pediátrico são praticamente inexistentes (Poley et al., 2011), apesar da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ, 2014) considerar as crianças como uma população prioritária.

II PARTE – Estudo Empírico

2 – Metodologia

Neste capítulo enquadra-se a descrição dos tópicos metodológicos, com o intuito de obter resposta face à problematização inicial. Neste sentido, começamos por apresentar a conceptualização do estudo, ao que se seguem as questões de investigação e objectivos formulados. Posteriormente serão definidos os critérios para a selecção dos participantes, apresentados alguns dados da sua caracterização sociodemográfica e profissional e seguidamente será apresentado o instrumento utilizado na colheita de dados. Por último, descrevem-se os procedimentos adoptados na recolha de dados, indicando e justificando as técnicas e métodos estatísticos adoptados.

2.1 – Métodos

A segurança do doente é hoje reconhecida como um componente de extrema relevância no que se refere à qualidade dos cuidados de saúde, assumindo um papel de destaque na agenda da saúde e da sociedade. Além do interesse geral suscitado, tem especial significado para os doentes, os pagadores, gestores e prestadores de cuidados (Fragata, 2011).

Os cuidados de saúde deixaram progressivamente de ser uma prática isolada levada a cabo pelo médico, para passarem a ser uma actividade exercida por uma equipa multidisciplinar. Desta resulta uma interacção humana complexa, à qual é inerente a ocorrência de erros humanos e erros do sistema (*Idem*).

Em Portugal não é conhecida a verdadeira dimensão nem as consequências das falhas de segurança associadas à prestação de cuidados de saúde. No entanto, estima-se que em cada cem internamentos hospitalares, dez se compliquem devido a um qualquer erro ou incidente, com dano para os doentes (Portugal, Ministério da Saúde, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo [Portugal, MS, ARSLVT], 2009). O risco é uma constante, no entanto, certas situações específicas detêm uma maior probabilidade de ocorrência de falhas de segurança, como é o caso do doente internado numa unidade de cuidados intensivos ou do doente em idade pediátrica, por exemplo (Fragata, 2011). A ocorrência de eventos adversos em crianças hospitalizadas é considerada comum e motiva com frequência mais dias de internamento, o aumento da mortalidade intra-hospitalar, bem como do volume de encargos totais (Muething et al., 2012).

Seguindo as recomendações da OMS e da UE, vários estudos têm sido desenvolvidos neste âmbito a nível internacional. No nosso país o MS contempla a segurança do doente como prioridade na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (Despacho n.º 14223/2009). Entre outras iniciativas, decorreu em 2011 a realização de um estudo piloto intitulado “Avaliação da cultura de segurança do doente numa amostra de hospitais portugueses” que veio demonstrar a necessidade de melhoria em alguns aspectos da cultura de segurança do doente nestes hospitais (Portugal, MS, DGS, Departamento da Qualidade na Saúde, 2011a).

Em contexto pediátrico escasseiam os estudos nacionais acerca da temática. Por este motivo, e uma vez que é consensual entre alguns autores que a realidade é preocupante, consideramos pertinente o desenvolvimento deste estudo, procurando assim conhecer melhor este fenómeno.

O desenvolvimento do processo de investigação orientou-se no sentido de dar resposta às seguintes questões de investigação:

Q1: Que cultura de segurança do doente pediátrico é percebida pelos profissionais de saúde?

Q2: Que variáveis sociodemográficas e de contexto profissional influenciam a percepção sobre a cultura de segurança do doente pediátrico?

Q3: Qual a relação entre o conhecimento da Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente e Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos com a percepção sobre a cultura de segurança do doente pediátrico?

Q4: Em que medida a notificação de incidentes e eventos adversos tem repercussão na percepção sobre a cultura de segurança do doente pediátrico?

Apresentadas as questões de investigação, pode referir-se que este estudo tem como objectivo principal:

- Avaliar a cultura de segurança do doente pediátrico percebida pelos profissionais de saúde.

Por sua vez, os objectivos específicos consistem em:

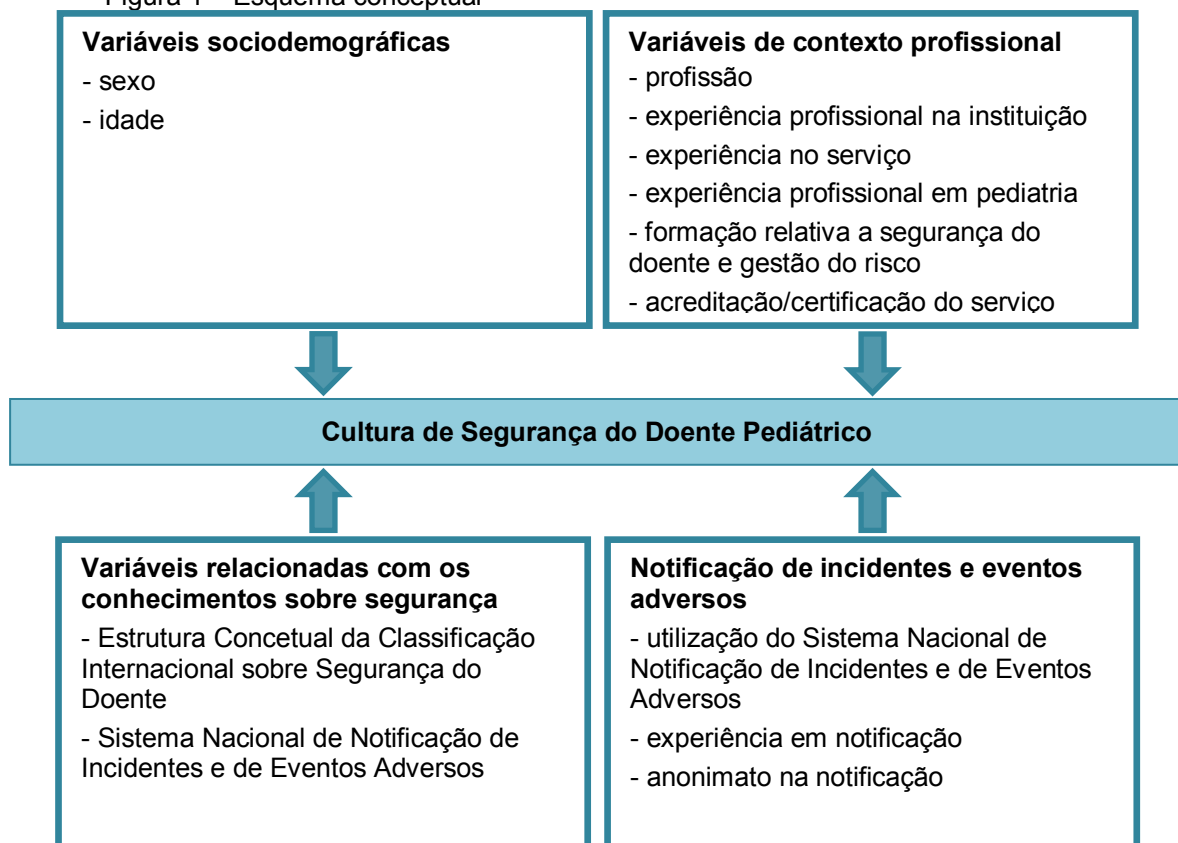
- Identificar as variáveis sociodemográficas e de contexto profissional que influenciam a percepção sobre a cultura de segurança do doente pediátrico;

- Analisar a relação entre os conhecimentos da Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente e Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos com a percepção sobre a cultura de segurança do doente pediátrico;
- Avaliar a repercussão da notificação de incidentes e eventos adversos na percepção dos profissionais sobre cultura de segurança do doente pediátrico.

Atendendo à natureza dos objectivos definidos, a investigação desenvolvida é de cariz quantitativo, descritivo-correlacional. Este estudo tem como finalidade aumentar o conhecimento sobre o fenómeno, através da percepção dos profissionais de saúde relativamente à cultura de segurança do doente em contexto pediátrico, ao mesmo tempo que também se deseja avaliar a existência e intensidade de relações entre variáveis, sem que para tal tenha existido qualquer manipulação ou pretensão de verificar relações de causalidade (Coutinho, 2011). A sensibilização dos profissionais de saúde para a importância da temática é também valorizada, para a qual muito contribuirá a divulgação dos resultados obtidos.

O esquema conceptual que se segue foi elaborado tendo por base a revisão teórica, os objectivos e as questões de investigação formuladas. Pretende-se, assim, demonstrar de um modo simples o tipo de relações que se planeiam analisar de forma inferencial (Figura 1).

Figura 1 – Esquema conceptual



2.2 – Participantes

A população alvo da investigação realizada é constituída por profissionais de saúde (assistentes técnicos, assistentes operacionais, enfermeiros, médicos, técnicos de diagnóstico e terapêutica, técnicos superiores) que exerçam funções em serviços de pediatria de hospitais portugueses.

A amostra foi seleccionada nos serviços de internamento pediátricos do CHUC, nomeadamente: Cirurgia Pediátrica, Oncologia Pediátrica, Ortopedia Pediátrica, Pediatria Médica e Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) do Hospital Pediátrico de Coimbra (HPC), bem como Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais das maternidades Bissaya Barreto e Dr. Daniel de Matos. No momento em que se deu início à colheita de dados, o somatório dos profissionais a exercer directamente funções em cada um destes serviços era de 306.

A constituição da amostra foi não probabilística, por conveniência. Definiram-se como critérios de inclusão: ser profissional de saúde num dos serviços anteriormente designados, aceder livremente à participação no estudo e encontrar-se a exercer funções de forma efectiva no período em que decorreu a colheita de dados, realizada de 25 de Agosto a 3 de Outubro 2014.

Aquando da colheita de dados foram distribuídos 306 questionários. Destes, 176 foram preenchidos, o que corresponde a uma taxa de adesão de 57,5%. Cumprindo os critérios de inclusão e exclusão definidos para a investigação e em parte sugeridos pelo autor original do instrumento de colheita de dados (a abordar no subcapítulo seguinte), foram excluídos nove questionários, constituindo-se assim uma amostra de 167 profissionais de saúde.

2.3 – Instrumento de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados utilizado corresponde a um questionário autopreenchido (Anexo I). Tem início com uma breve secção que contextualiza o estudo e âmbito em que é realizado, ao mesmo tempo em que solicita a colaboração dos profissionais para a sua concretização. Na mesma secção, existe ainda uma breve definição de conceitos chave como “evento/ocorrência” e “segurança do doente”.

O questionário encontra-se dividido em duas partes. A primeira tem por base o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, da AHRQ (Sorra & Nieva, 2004), traduzido e validado para a população portuguesa (Eiras et al., 2014). Na segunda parte, o profissional de saúde é questionado directamente acerca do seu conhecimento sobre a estrutura conceptual da classificação internacional sobre segurança do doente e sobre o

SNNIEA. É também solicitado que indique a sua experiência e opinião relativa à notificação de incidentes ou eventos adversos, bem como se considera a segurança do doente um dever ético dos profissionais de saúde.

O questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, actualmente traduzido em 18 línguas, tem sido amplamente utilizado (Sorra & Dyer, 2010). É considerado internacionalmente um instrumento fiável, de grande utilidade ao desenvolvimento de projectos de melhoria contínua da segurança do doente (AHRQ, 2014). Após validação, em português assumiu a denominação de questionário sobre Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais, doravante designado questionário de avaliação da cultura de segurança.

Este instrumento está organizado em 8 secções distintas identificadas de A a H e tem distribuição multidimensional. As doze dimensões a considerar correspondem a: trabalho em equipa; expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente; apoio à segurança do doente pela gestão; aprendizagem organizacional – melhoria contínua; percepções gerais sobre a segurança do doente; *feedback* e comunicação acerca do erro; abertura à comunicação; frequência da notificação de eventos; trabalho entre as unidades; profissionais; transições; resposta ao erro não punitiva. Os itens correspondentes a cada dimensão e secção podem observar-se no quadro 1.

Quadro 1. Dimensões, secção e item correspondente ao questionário de avaliação da cultura de segurança

DIMENSÕES	SECÇÃO	ITEM
1: Trabalho em equipa	B	1, 3, 4, 11
2: Expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente	C	1, 2, 3*, 4*
3: Apoio à segurança do doente pela gestão	G	1, 8, 9*
4: Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	B	6, 9, 13
5: Percepções gerais sobre a segurança do doente	B	10*, 15, 17*, 18
6: <i>Feedback</i> e comunicação acerca do erro	D	1, 3, 5
7: Abertura à comunicação	D	2, 4, 6*
8: Frequência da notificação de eventos	E	1, 2, 3
9: Trabalho entre as unidades	G	2*, 4, 6*, 10
10: Profissionais	B	2, 5*, 7*, 14*
11: Transições	G	3*, 5*, 7*, 11*
12: Resposta ao erro não punitiva	B	8*, 12*, 16*

*As questões serão cotadas de forma invertida

Ao longo do questionário existem perguntas direccionadas em sentido positivo e outras em sentido negativo. Posteriormente, para proceder à análise de cada uma das dimensões, serão invertidas as respostas às questões 5, 7, 8, 10, 12, 14, 16 e 17 da secção B, questões 3 e 4 da secção C, questão 6 da secção D, e questões 2, 3, 5, 6, 7, 9 e 11 da secção G.

No total, o questionário integra 42 itens, incluindo ainda duas variáveis de item único: Grau de segurança do doente e Número de eventos/ocorrências notificadas nos últimos doze meses. Cada item é pontuado numa escala tipo *Likert*, com cinco níveis de resposta, graduada de 1 a 5 pontos, onde 1 corresponde a “discordo fortemente” ou “nunca” e 5 corresponde a “concordo fortemente” ou “sempre”.

Após a inversão das respostas às questões anteriormente referidas, procedeu-se à recodificação da escala, de cinco para três níveis. Depois da recodificação, o 1 corresponde ao total de respostas negativas (integra o ponto 1 e 2 da escala anteriormente referida), o 2 corresponde a respostas neutras e o 3 diz respeito a respostas positivas (agregando o ponto 4 e 5 da escala anterior), tal como é possível observar no quadro 2.

Quadro 2. Recodificação da escala e interpretação dos resultados

1	2	3	4	5	Código base
Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	
Nunca	Raramente	Por vezes	A maioria das vezes	Sempre	
Negativo		Neutro	Positivo		Recodificação
1		2	3		

Os resultados serão apresentados para cada um dos itens, agrupados por dimensões, traduzindo a percepção dos profissionais através de um valor percentual de respostas positivas, negativas e neutras. Para cada uma das dimensões foi efectuado o cálculo da frequência composta de respostas (FCR), que traduz a percentagem de respostas positivas do conjunto dos itens da dimensão, assim como o score global, que indica a média da pontuação atribuída a cada item e é expressa através de uma escala contínua que varia entre 1 e 5 pontos. Em ambas as situações, resultados mais elevados indicam uma melhor percepção de cultura de segurança do doente.

A análise de cada uma das dimensões que constituem a escala permite verificar quais os factores e indicadores relativos à cultura de segurança do doente que se evidenciam fortes e quais os problemáticos. Para classificar um factor como forte, será

utilizado o mesmo critério definido pela AHRQ, que corresponde a $\geq 75\%$ de respostas positivas. Em sentido oposto, se existir $\leq 50\%$ de respostas positivas, entende-se que este factor ou área é problemática, sugerindo uma cultura de segurança com aspectos negativos e necessidade de intervenção. Para os valores intermédios ($> 50\%$ e $< 75\%$), a AHRQ não apresenta uma classificação. Desta forma, seguindo a mesma linha de pensamento de outros autores (Fernandes & Queirós, 2011), decidimos considerar os factores que integram este intervalo como aceitáveis, isto é, apesar de não serem aspectos problemáticos, há necessidade de melhoria a este nível.

Para proceder à validação de cada questionário são consideradas as recomendações dos autores da escala original (Sorra & Nieva, 2004). Assim, serão excluídos os questionários que apresentem:

- Menos de metade dos itens preenchidos ao longo de todo o questionário;
- Nenhuma secção completamente preenchida;
- Todos os itens preenchidos de igual modo, excepto na secção E.

A fiabilidade do questionário de avaliação da cultura de segurança foi estudada através da análise da consistência interna das suas dimensões. O método utilizado consistiu na determinação do coeficiente *alfa de Cronbach*, cujos valores podem variar entre 0 e 1. Quanto mais elevada é a consistência interna, mais os enunciados dos respectivos itens estão correlacionados e maior é a homogeneidade da dimensão. Para aquele coeficiente, valores mais elevados, ou seja, mais próximos de 1 são interpretados como reveladores de maior consistência interna. Este procedimento estatístico é indicado para a maioria das escalas e, de acordo com a maioria dos autores, nomeadamente, Nunnally (1978) *apud* Maroco e Garcia-Marques (2006), resultados iguais ou superiores a 0.70 são reveladores de boa consistência interna. Alguns autores consideram ainda que são aceitáveis valores iguais ou superiores a 0.60, principalmente quando o número de itens envolvidos é reduzido (DeVellis, 1991 *apud* Maroco & Garcia-Marques, 2006).

Os resultados que apresentamos no quadro 3 permitem-nos constatar que para as dimensões do questionário observámos valores compreendidos entre 0.60, na dimensão “profissionais” e 0.89, na dimensão “frequência da notificação de eventos”. Para a escala global (42 itens) obteve-se o valor 0.91. No presente estudo e na maioria das dimensões os valores de alfa observados são semelhantes ou mesmo superiores aos apresentados por Eiras et al. (2014) no estudo de validação do instrumento para a população portuguesa.

Podemos, assim, concluir que a maior parte das dimensões apresentam consistência interna aceitável ($\alpha > 0.60$) e, conseqüentemente, podemos considerar que, no presente estudo, o questionário evidenciou boa fiabilidade e que esta é semelhante à observada em estudos anteriores, nomeadamente nos desenvolvidos para a validação para o contexto sociocultural português.

Quadro 3. Consistência interna do questionário de avaliação da cultura de segurança

DIMENSÃO	Nº de itens	Alfa de Cronbach	
		No estudo	Eiras et al. (2014)
Trabalho em equipa	4	0.76	0.73
Expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente	4	0.77	0.72
Apoio à segurança do doente pela gestão	3	0.80	0.77
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	3	0.68	0.71
Percepções gerais sobre a segurança do doente	4	0.74	0.62
<i>Feedback</i> e comunicação acerca do erro	3	0.74	0.76
Abertura na comunicação	3	0.75	0.67
Frequência da notificação de eventos	3	0.89	0.90
Trabalho entre as unidades	4	0.69	0.69
Profissionais	4	0.60	0.48
Transições	4	0.76	0.71
Resposta ao erro não punitiva	3	0.70	0.57
Escala global	42	0.91	0.91

2.4 – Procedimentos

O processo de colheita de dados teve início com um pedido formal dirigido ao Excelentíssimo Senhor Presidente do Conselho de Administração do CHUC (Anexo III). Entretanto, foi solicitado a cada um dos directores dos serviços a integrar o estudo um parecer científico e autorização para efectuar a colheita de dados. Após o seu consentimento, todo o processo foi remetido à Unidade de Inovação e Desenvolvimento do CHUC que, por sua vez, o encaminhou à Comissão de Ética e, posteriormente ao Conselho de Administração, obtendo de forma sucessiva autorização para a sua realização (Anexo IV). É importante referir que previamente foi pedida autorização à autora para utilização do instrumento de colheita de dados, tendo acedido ao pedido (Anexo II).

Aquando da colheita de dados, agregado ao questionário foi distribuído um envelope individual sem qualquer identificação, no qual deveria ser colocado cada um dos inquiridos após preenchidos, devendo o profissional de saúde inserir o envelope selado numa caixa/envelope devidamente identificado para o efeito. Deste modo o anonimato será garantido.

Após resposta positiva a todos os pedidos formais realizados e salvaguardadas as normas éticas e deontológicas inerentes a este tipo de estudos, foi efectuado o levantamento do número de colaboradores de cada categoria profissional em cada um dos serviços previamente estabelecidos. Conhecendo o número total de profissionais de cada serviço, foi entregue igual número de questionários e solicitada a colaboração dos enfermeiros chefes e/ou directores de serviço ou seus representantes para proceder à distribuição pelos profissionais de saúde. A participação dos inquiridos tem por base o seu consentimento e colaboração voluntária. A recolha dos questionários preenchidos foi efectuada pelo investigador.

2.5 – Análise de dados

Para organizar e sistematizar a informação contida nos dados e obter resultados descritivos e inferenciais recorreremos ao programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) na versão 22.0 de 2014.

No estudo utilizámos técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial, nomeadamente:

- quadros de frequências (absolutas e percentuais);
- medidas de tendência central (média ordinal, média aritmética e mediana);
- medidas de dispersão ou variabilidade (valor mínimo, valor máximo e desvio padrão);
- coeficientes *alfa* de *Cronbach* e de correlação de *Spearman*;
- teste de significância do coeficiente de *Spearman* e testes de *Kolmogorov-Smirnov* (para testar a normalidade da distribuição de frequências das variáveis quantitativas em estudo), testes U de *Mann-Whitney* e de *Kruskal-Wallis*.

Na escolha dos testes atendemos às características das variáveis em estudo e às recomendações apresentadas por Maroco (2007) e Pestana e Gageiro (2005), nomeadamente, a natureza das variáveis e as características inerentes à normalidade.

Em todos os testes consideram-se estatisticamente significativos os resultados onde o valor de p é inferior a 0.05 ($p < 0.05$) (limite de significância).

3 – Resultados

Neste capítulo, procedemos à análise e apresentação dos dados e resultados obtidos através da aplicação do questionário e de técnicas estatísticas. Na primeira parte é feita a análise descritiva e na segunda parte a análise inferencial, procurando dar respostas às questões de investigação formuladas.

3.1 – Análise descritiva

Tendo em conta o quadro 4, verificamos que a amostra é constituída maioritariamente por elementos do sexo feminino (88.6%). As suas idades estão compreendidas entre 25 e 62 anos, sendo a idade média 39.98 ± 9.57 anos. Metade dos inquiridos tinha pelo menos 40 anos, 33.5% tinham entre 30 e 40 anos, seguidos de 32.9% que pertenciam ao grupo etário dos 40 - 50 anos. A distribuição de frequências desta variável afastou-se significativamente de uma distribuição normal ou gaussiana ($p = 0.000$).

Quadro 4. Caracterização sociodemográfica

Variável		n	%
Sexo	Feminino	148	88.6
	Masculino	19	11.4
Grupo etário (anos)	< 30	27	16.2
	[30 – 40[	56	33.5
	[40 – 50[	55	32.9
	[50 – 60[	26	15.6
	≥ 60	3	1.8
$\bar{x} = 39.98$; $Md = 40.00$; $s = 9.57$; $x_{\min} = 25.00$; $x_{\max} = 62.00$; $p = 0.000$			

Em relação às características profissionais (quadro 5), dos 167 inquiridos a maioria são enfermeiros (64.7%), seguidos de 17.4% médicos e de 15% assistentes operacionais.

Relativamente à unidade em que exercem funções, 24.6% dos elementos da amostra encontram-se na Unidade de Cuidados Intensivos ao Recém-nascido (UCIRN) da Maternidade Dr. Daniel de Matos (MDM), seguidos de 21.0% que trabalhavam na UCI do HPC, de 12.6% que desempenhavam funções na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) da Maternidade Bissaya Barreto (MBB) e de 12.0% que trabalhavam no serviço de Oncologia Pediátrica do HPC.

Relativamente ao tempo de experiência no serviço/unidade verificamos que foram referidos valores entre 2 meses e 34.92 anos, sendo o valor médio 9.91 ± 7.95 anos. Constatamos, também, que 42.5% desempenhavam funções no serviço/unidade há menos de 5 anos, seguidos de 19.2% que referiram tempos entre 15 e 20 anos e de 15.0% que indicaram tempos entre 5 e 10 anos. Verificamos, ainda, que metade dos elementos da amostra desempenhavam funções no serviço/unidade há, pelo menos, 8 anos. A distribuição de frequência afastou-se significativamente de uma distribuição normal ($p = 0.000$).

Quanto ao tempo de experiência profissional em pediatria constatamos que 25.1% referiram que trabalhavam nesta área há menos de 5 anos, seguindo-se 16.8% com experiência entre 15 e 20 anos, 15.6% entre 5 e 10 anos, 11.4% que desempenhavam funções em pediatria desde há 10 - 15 anos e 10.8% entre 20 e 25 anos. Os elementos da amostra referiram tempos entre 0.50 e 34.92 anos, sendo o valor médio 13.70 ± 9.27 anos. Metade dos inquiridos desempenhavam funções em pediatria há, pelo menos, 12.75 anos e a distribuição de frequências afastou-se significativamente de uma distribuição gaussiana ($p = 0.000$).

No que concerne ao tempo de experiência na instituição, constatamos que 21.6% dos elementos da amostra desempenhavam funções há menos de 5 anos, seguidos de 16.1% que referiram uma experiência entre 10 - 15 anos e entre 15 - 20 anos e de 15% cujos tempos de exercício na instituição se situavam entre 5 e 10 anos. Os inquiridos referiram tempos de experiência na instituição entre 0.25 e 34.92 anos, sendo a média 14.58 ± 9.22 anos. Metade dos elementos referiram que trabalhavam na instituição há mais de 13.25 anos e a distribuição de frequência afastou-se significativamente da curva normal ($p = 0.001$).

Constatamos, ainda, que a maioria dos elementos da amostra (56.3%) frequentou formação relativa à segurança do doente e gestão do risco. Uma percentagem relevante de inquiridos (41.3%) afirmou não ter frequentado formação neste âmbito.

Quase todos os elementos da amostra (94.0%) afirmaram que, caso surgisse oportunidade, frequentariam formação sobre segurança e gestão do risco nos cuidados de saúde.

Quadro 5. Caracterização do contexto profissional

Variável		n	%
Profissão	Assistente Técnico	5	3.0
	Assistente Operacional	25	15.0
	Enfermeiro	108	64.7
	Médico	29	17.4
	Técnico de diagnóstico e terapêutica	0	0.0
	Técnico Superior	0	0.0
	Outro	0	0.0
Em que serviço/unidade exerce funções	Cirurgia Pediátrica	11	6.6
	Oncologia Pediátrica	20	12.0
	Ortopedia Pediátrica	19	11.4
	Pediatria Médica	19	11.4
	UCI – Hospital Pediátrica de Coimbra	35	21.0
	UCIN – Maternidade Bissaya Barreto	21	12.6
	UCIRN – Maternidade Dr. Daniel de Matos	41	24.6
	Não respondeu	1	0.6
Experiência no serviço/unidade (anos)	< 5	71	42.5
	[5 – 10[	25	15.0
	[10 – 15[	16	9.5
	[15 – 20[	32	19.2
	[20 – 25[	14	8.4
	[25 – 30[	5	3.0
	≥ 30	3	1.8
	Não respondeu	1	0.6
$\bar{x} = 9.91$; Md = 8.00; s = 7.95; $x_{\min} = 0.17$; $x_{\max} = 34.92$; p = 0.000			
Experiência profissional em pediatria (anos)	< 5	42	25.1
	[5 – 10[	26	15.6
	[10 – 15[	19	11.4
	[15 – 20[	28	16.8
	[20 – 25[	18	10.8
	[25 – 30[	15	9.0
	≥ 30	10	6.0
	Não respondeu	9	5.3
$\bar{x} = 13.70$; Md = 12.75; s = 9.27; $x_{\min} = 0.50$; $x_{\max} = 34.92$; p = 0.000			
Experiência na instituição (anos)	< 5	36	21.6
	[5 – 10[	25	15.0
	[10 – 15[	27	16.1
	[15 – 20[	27	16.1
	[20 – 25[	20	12.0
	[25 – 30[	20	12.0
	≥ 30	11	6.6
	Não respondeu	1	0.6
$\bar{x} = 14.58$; Md = 13.25; s = 9.22; $x_{\min} = 0.25$; $x_{\max} = 34.92$; p = 0.001			
Frequentou formação relativa à segurança do doente e gestão do risco	Sim	94	56.3
	Não	69	41.3
	Não respondeu	4	2.4
Frequentaria formação sobre segurança e gestão do risco nos cuidados de saúde	Sim	157	94.0
	Não	8	4.8
	Não respondeu	2	1.2

Verificamos que 94.6% dos elementos da amostra nunca tinham respondido ao questionário apresentado. Quanto à acreditação/certificação (quadro 6) do serviço/unidade

onde trabalhavam, constatamos que 58.1% responderam negativamente, seguidos de 35.3% cuja resposta foi afirmativa.

Verificamos que quase todos os profissionais (94.0%) afirmaram que usualmente interagiam ou tinham contacto directo com os doentes.

Quadro 6. Caracterização específica do ambiente de trabalho

Variável		n	%
O serviço/unidade onde trabalha é acreditado/certificado	Sim	59	35.3
	Não	97	58.1
	Não respondeu	11	6.6
Usualmente interage ou tem contacto directo com doentes	Sim	157	94.0
	Não	9	5.4
	Não respondeu	1	0.6

Nos quadros 7.1 e 7.2 apresentamos os resultados da avaliação da cultura de segurança do doente, agrupados por dimensões.

Como podemos constatar, todos os itens da dimensão **“trabalho em equipa”** revelaram ser factores fortes em termos de cultura de segurança, variando as percentagens de respostas positivas entre 85.6% e 93.4%. As frequências compostas de respostas situaram-se entre 0.00% e 100.00%, sendo a média $86.23 \pm 22.40\%$. Pelo menos metade dos inquiridos obteve o valor máximo (100.00%). Em termos de scores verificamos resultados compreendidos entre 2.00 e 5.00 pontos, sendo o valor médio 4.13 ± 0.54 pontos. Metade dos elementos da amostra apresentou scores iguais ou superiores a 4.00 pontos. Em nenhuma das variáveis a distribuição de frequência se aproximou da distribuição normal ou gaussiana ($p = 0.000$).

Dos itens da dimensão **“expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente”** apenas um, concretamente, “o meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente” constitui um factor forte, com percentagens de respostas positivas de 88.6%. Os outros três itens apresentam percentagens de respostas positivas de 58.1%, 73.1% e 64.7% e, apesar de não constituírem aspectos problemáticos, são factores que necessitam de melhoria. As frequências compostas de respostas situaram-se entre 0.00% e 100.00%, tendo como valor médio $71.12 \pm 30.31\%$. Metade dos inquiridos obteve resultados iguais ou superiores a 75.00%. Os scores variaram entre 1.50 e 5.00 pontos, sendo a média 3.80 ± 0.67 pontos. Metade dos elementos da amostra obteve scores iguais ou superiores a 3.75 pontos. Ambas as variáveis apresentaram distribuição de frequências que se afastaram significativamente de uma curva normal ($p = 0.000$).

Na dimensão “**apoio à segurança do doente pela gestão**” todos os itens constituem aspectos problemáticos, apresentando percentagens de respostas positivas compreendidas entre 34.1% e 46.7%. As frequências compostas de respostas variaram entre 0.00% e 100.00%, tendo como valor médio $39.92 \pm 38.79\%$. Metade dos inquiridos apresentou resultados iguais ou inferiores a 33.33%. Os scores situaram-se entre 1.00 e 5.00 pontos, sendo a média 3.24 ± 0.72 pontos. A mediana foi de 3.67 pontos pelo que metade dos elementos da amostra apresentou resultados iguais ou inferiores a este valor. Ambas as variáveis apresentaram distribuições de frequências que se afastam significativamente da curva normal ($p = 0.000$).

O item “estamos a trabalhar activamente para uma melhoria da segurança do doente” constitui um aspecto forte da dimensão “**aprendizagem organizacional – melhoria contínua**” ao apresentar 80.2% de respostas positivas. Os restantes dois itens “aqui, os erros conduzem a mudanças positivas” e “avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente” não podem ser considerados como aspectos problemáticos porque as percentagens de respostas positivas se situam entre 50% e 75%, mas são factores que necessitam de melhoria. Nesta dimensão as frequências compostas de respostas situaram-se entre 0.00% e 100.00%, tendo como valor médio $70.86 \pm 31.51\%$ e mediana 66.67%. Os scores variaram entre 1.70 e 5.00 pontos, sendo a média 3.78 ± 0.59 pontos. Metade dos inquiridos obteve resultados iguais ou inferiores a 3.67 pontos. Nenhuma das variáveis apresentou distribuição de frequências próxima da distribuição normal ($p = 0.000$).

Na dimensão “**percepções gerais sobre a segurança do doente**” todos os itens merecem atenção, necessitando de melhoria. As percentagens de respostas positivas situaram-se entre 61.7% e 70.7%. Os valores das frequências compostas de respostas situaram-se entre 0.00% e 100.00%, sendo o valor médio $65.27 \pm 31.63\%$ e a mediana 75.00%. Os scores variaram entre 1.80 e 5.00 pontos, sendo o valor da média 3.64 ± 0.70 pontos. Metade dos inquiridos obteve resultados iguais ou superiores a 3.75 pontos. As distribuições de frequências de ambas as variáveis afastaram-se significativamente da curva normal ($p = 0.000$).

O item “neste serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer” constitui o único ponto forte da dimensão “**feedback e comunicação acerca do erro**”, com uma percentagem de respostas positivas que se situou nos 81.4%. Os restantes itens não são aspectos problemáticos mas merecem atenção e devem ser melhorados. A FCR variou entre 0.00% e 100.00%, sendo a média $66.47 \pm 31.79\%$ e a mediana 66.67%. Relativamente aos scores, verificamos que foram observados valores entre 1.00 e 5.00 pontos, apresentando como valor médio 3.54 ± 0.69 pontos. Metade dos

inquiridos apresentou resultados iguais ou superiores a 3.67 pontos. As distribuições de frequências de ambas as variáveis afastaram-se significativamente da curva normal ($p = 0.000$).

Na dimensão “**abertura à comunicação**” o item “os profissionais falam livremente se verificarem que algo afecta negativamente os cuidados para com o doente” constitui um ponto forte (75.4% de respostas positivas), enquanto o item “os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e acções dos superiores hierárquicos” é um aspecto problemático (44.9% de respostas positivas). O terceiro item desta dimensão não constitui um factor negativo mas deve merecer atenção para que seja melhorado. As frequências compostas de respostas situaram-se entre 0.00% e 100.00%, sendo o valor médio $62.48 \pm 34.94\%$ e metade dos inquiridos obteve pelo menos 66.67%. Os scores variaram entre 1.00 e 5.00 pontos e apresentaram valor médio 3.58 ± 0.77 pontos. O valor mediano foi 3.58 pontos pelo que metade dos elementos da amostra obteve resultados iguais ou superiores àquele valor.

Os três itens que constituem a dimensão “**frequência da notificação de erros**” constituem, todos eles, aspectos problemáticos com percentagens de respostas positivas compreendidas entre 35.3% e 46.7%. Os valores da FCR situaram-se entre 0.00% e 100.00%, sendo a média $39.12 \pm 42.51\%$. Metade dos inquiridos apresentaram resultados iguais ou inferiores a 33.33%. Os scores variaram entre 1.00 e 5.00 pontos, tendo como valor médio 3.10 ± 1.01 pontos. Verificamos que 50.0% dos profissionais apresentaram, no máximo, 3.00 pontos.

Na dimensão “**trabalho entre as unidades**” observamos um item que constitui um factor problemático, concretamente “os serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros” (com 40.7% de respostas positivas). Os restantes três itens não podem ser considerados como factores problemáticos, atendendo a que a percentagem de respostas positivas se situou entre 61.7% e 69.5%, mas são aspectos que merecem atenção com o objectivo de serem melhorados. A FCR apresentou valores compreendidos entre 0.00% e 100.00%, sendo a média $58.53 \pm 33.36\%$ e metade dos inquiridos obtiveram resultados iguais ou inferiores a 33.36%. Para os scores observamos valores entre 1.00 e 5.00 pontos, tendo como valor médio 3.65 ± 0.60 pontos e valor mediano 3.75. Nenhuma das distribuições de frequência pode ser considerada próxima da distribuição normal ($p = 0.000$).

Os itens “os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados”, “trabalhamos em «modo crise», tentando fazer muito, demasiado depressa” e “existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido”, cujas

percentagens de respostas positivas foram 13.2%, 42.5% e 44.9%, respectivamente, constituem factores problemáticos da dimensão “**profissionais**”. O quarto item desta dimensão “dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável” (65.3% de respostas positivas) não constitui um aspecto problemático mas merece atenção na medida que há necessidade de melhoria a este nível. Para FCR observamos valores compreendidos entre 0.00% e 100.00%, sendo a média $41.47 \pm 26.99\%$. Metade dos elementos da amostra obteve resultados inferiores ou iguais a 50.00%. O score variou entre 1.50 e 4.50 pontos, tendo como valor médio 3.05 ± 0.67 pontos e valor mediano 3.00 pontos. Ambas as distribuições de frequência se afastaram significativamente de uma curva normal, com $p = 0.000$ e $p = 0.008$, respectivamente.

Verificamos que na dimensão referente às “**transições**” apenas o item “as mudanças de turno neste Hospital são problemáticas para o doente” constitui um factor forte e que os restantes três devem merecer atenção com o objectivo de implementar a necessária melhoria. Também nesta dimensão os valores da FCR se situou entre 0.00% e 100.00%, sendo o valor médio $69.31 \pm 34.46\%$ e o valor mediano 75.00%. Em termos de scores, observamos valores compreendidos entre 1.30 e 5.00 pontos, sendo a média 3.74 ± 0.70 pontos e a mediana 4.00 pontos. Nenhuma das variáveis apresentou distribuição de frequências próxima da curva normal ($p = 0.000$ e $p = 0.008$).

Por último, verificamos que todos os itens da dimensão “**resposta ao erro não punitiva**” constituem aspectos problemáticos, apresentando percentagens de respostas positivas que se situam entre 20.4% e 41.3%. A FCR variou entre 0.00% e 100.00%, sendo o valor médio $33.53 \pm 35.19\%$ e o valor mediano 33.33%, ou seja, metade dos inquiridos obteve, no máximo, 33.33%. Para o score observamos valores compreendidos entre 1.00 pontos e 5.00 pontos, sendo a média 3.00 ± 0.81 pontos e a mediana 3.00 pontos. Ambas as variáveis apresentaram distribuições de frequências que se afastaram significativamente de uma curva normal ($p = 0.000$).

A análise global dos 42 itens que constituem o questionário de avaliação da cultura de segurança do doente em hospitais permitiu verificar que constituem factores fortes, por apresentarem percentagens de respostas positivas iguais ou superiores a 75%, os itens “neste serviço/unidade os profissionais entrecorrem-se” (93.4%), “quando é necessário efectuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer” (88.6%), “o meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente” (88.6%), “neste serviço/unidade as pessoas tratam-se com respeito” (85.6%), “neste serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer” (81.4%), “estamos a trabalhar activamente para uma melhoria da segurança do doente” (80.2%),

“quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio” (77.2%), “as mudanças de turno neste Hospital são problemáticas para o doente” (76.0%) e “os profissionais falam livremente se verificarem que algo afecta negativamente os cuidados para com o doente” (75.4%).

Por outro lado, os itens que apresentaram percentagens de respostas positivas inferiores a 50% e que, por este facto, constituem aspectos problemáticos foram “os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados” (13.2%), “os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal” (20.4%), “a Direcção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade” (34.1%), “quando ocorre um evento/ocorrência, mas é detectado e corrigido antes de afectar o doente, com que frequência é notificado?” (35.3%), “quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado?” (35.3%), “as acções da Direcção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades” (38.9%), “quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si” (38.9%), “os serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros” (40.7%), “os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles” (41.3%), “trabalhamos em "modo crise", tentando fazer muito, demasiado depressa” (42.5%), “os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e acções dos superiores hierárquicos” (44.9%), “existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido” (44.9%), “a Direcção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente” (46.7%) e “quando ocorre um evento/ocorrência, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é notificado?” (46.7%). Os restantes itens constituem factores que deverão ser alvo de atenção com o objectivo de implementar a necessária melhoria e, assim, poderem assumir o papel de factores fortes na cultura de segurança do doente.

Em termos das dimensões avaliadas pelo questionário, constatamos que obtiveram pontuações médias mais elevadas, quer em termos de FCR quer ao nível do score, o “trabalho em equipa” (88.23% e 4.13 pontos), “expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente” (71.12% e 3.80 pontos), “aprendizagem organizacional – melhoria contínua” (70.86% e 3.78 pontos) e “transições” (69.31% e 3.74 pontos). Em sentido oposto, verificamos que as dimensões mais problemáticas foram a “resposta ao erro não punitiva” (33.53% e 3.00 pontos), a “frequência da notificação de erros” (39.12% e 3.10 pontos), o “apoio à segurança do doente pela gestão” (39.92% e 3.24 pontos) e a dotação de “profissionais” (41.47% e 3.05 pontos).

Quadro 7.1. Medidas descritivas referentes aos itens e às dimensões do questionário sobre avaliação da cultura de segurança

Dim.	Itens	Negativo	Neutro	Positivo			
Trabalho em equipa	Neste Serviço/unidade os profissionais entreadjudam-se	1.2%	5.4%	93.4%			
	Quando é necessário efectuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer	3.0%	8.4%	88.6%			
	Neste Serviço/unidade as pessoas tratam-se com respeito	3.6%	10.8%	85.6%			
	Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio	8.4%	14.4%	77.2%			
		\bar{x}	Md	s	X_{\min}	X_{\max}	p
	Frequência composta de respostas	86.23	100.00	22.40	0.00	100.00	0.000
Score	4.13	4.00	0.54	2.00	5.00	0.000	
Expectativas do supervisor/gestor e acções que promovem a segurança do doente	O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos	15.6%	26.3%	58.1%			
	O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente	6.0%	21.0%	73.1%			
	Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos	14.4%	21.0%	64.7%			
	O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente	2.4%	9.0%	88.6%			
		\bar{x}	Md	s	X_{\min}	X_{\max}	p
	Frequência composta de respostas	71.12	75.00	30.31	0.00	100.00	0.000
Score	3.80	3.75	0.67	1.50	5.00	0.000	
Apoio à segurança do doente pela gestão	A Direcção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente	16.8%	36.5%	46.7%			
	As acções da Direcção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades	14.4%	46.7%	38.9%			
	A Direcção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade	25.7%	40.1%	34.1%			
		\bar{x}	Md	s	X_{\min}	X_{\max}	p
	Frequência composta de respostas	39.92	33.33	38.76	0.00	100.00	0.000
	Score	3.24	3.33	0.72	1.00	5.00	0.000
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	Estamos a trabalhar activamente para uma melhoria da segurança do doente	4.8%	15.0%	80.2%			
	Aqui, os erros conduzem a mudanças positivas	12.6%	28.7%	58.7%			
	Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente	6.0%	20.4%	73.7%			
		\bar{x}	Md	s	X_{\min}	X_{\max}	p
	Frequência composta de respostas	70.86	66.67	31.51	0.00	100.00	0.000
	Score	3.78	3.67	0.59	1.70	5.00	0.000
Percepções gerais sobre a segurança do doente	É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste serviço/unidade	19.2%	10.2%	70.7%			
	Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho	20.4%	16.8%	62.9%			
	Neste serviço/unidade temos problemas com a segurança do doente	16.8%	17.4%	65.9%			
	Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer	11.4%	26.9%	61.7%			
		\bar{x}	Md	s	X_{\min}	X_{\max}	p
	Frequência composta de respostas	65.27	75.00	31.63	0.00	100.00	0.000
Score	3.64	3.75	0.70	1.80	5.00	0.000	
Feedback e comunicação acerca do erro	É-nos fornecida informação acerca das mudanças efectuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências	16.8%	23.4%	59.9%			
	Somos informados acerca de erros que aconteçam neste serviço/unidade	18.0%	24.0%	58.1%			
	Neste serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer	9.6%	9.0%	81.4%			
		\bar{x}	Md	s	X_{\min}	X_{\max}	p
	Frequência composta de respostas	66.47	66.67	31.79	0.00	100.00	0.000
	Score	3.54	3.67	0.69	1.00	5.00	0.000

Quadro 7.2. Medidas descritivas referentes aos itens e às dimensões do questionário sobre avaliação da cultura de segurança (continuação)

Dim.	Itens	Negativo	Neutro	Positivo			
Abertura à comunicação	Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afecta negativamente os cuidados para com o doente	9.6%	15.0%	75.4%			
	Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e acções dos superiores hierárquicos	23.4%	31.7%	44.9%			
	Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo	13.2%	19.8%	67.1%			
		\bar{x}	Md	s	X_{\min}	X_{\max}	p
	Frequência composta de respostas	62.48	66.67	34.94	0.00	100.00	0.000
	Score	3.58	3.67	0.77	1.00	5.00	0.000
Frequência da notificação de erros	Quando ocorre um evento/ocorrência, mas é detectado e corrigido antes de afectar o doente, com que frequência é notificado?	35.9%	28.7%	35.3%			
	Quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado?	31.1%	33.5%	35.3%			
	Quando ocorre um evento/ocorrência, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é notificado?	24.6%	28.7%	46.7%			
		\bar{x}	Md	s	X_{\min}	X_{\max}	p
	Frequência composta de respostas	39.12	33.33	42.51	0.00	100.00	0.000
	Score	3.10	3.00	1.01	1.00	5.00	0.000
Trabalho entre as unidades	Os serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros	21.6%	37.7%	40.7%			
	Existe boa colaboração entre os serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente	9.0%	29.3%	61.7%			
	É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros serviços/unidades do Hospital	3.0%	27.5%	69.5%			
	Os serviços/unidades do hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente	10.8%	26.9%	62.3%			
		\bar{x}	Md	s	X_{\min}	X_{\max}	p
	Frequência composta de respostas	58.53	50.00	33.36	0.00	100.00	0.000
	Score	3.65	3.75	0.60	1.00	5.00	0.000
Profissionais	Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido	28.1%	26.9%	44.9%			
	Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados	64.1%	22.8%	13.2%			
	Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável	10.2%	24.6%	65.3%			
	Trabalhamos em "modo crise", tentando fazer muito, demasiado depressa	37.1%	20.4%	42.5%			
		\bar{x}	Md	s	X_{\min}	X_{\max}	p
	Frequência composta de respostas	41.47	50.00	26.99	0.00	100.00	0.000
	Score	3.05	3.00	0.67	1.50	4.50	0.008
Transições	A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um serviço/unidade para outro	14.4%	18.0%	67.7%			
	É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno	15.6%	13.2%	71.3%			
	Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários serviços/unidades do Hospital	10.8%	26.9%	62.3%			
	As mudanças de turno neste Hospital são problemáticas para o doente	4.2%	19.8%	76.0%			
		\bar{x}	Md	s	X_{\min}	X_{\max}	p
	Frequência composta de respostas	69.31	75.00	34.46	0.00	100.00	0.000
	Score	3.74	4.00	0.70	1.30	5.00	0.008
Resposta ao erro não punitiva	Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles	30.5%	28.1%	41.3%			
	Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si	28.7%	32.3%	38.9%			
	Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal	43.1%	36.5%	20.4%			
		\bar{x}	Md	s	X_{\min}	X_{\max}	p
	Frequência composta de respostas	33.53	33.33	35.19	0.00	100.00	0.000
	Score	3.00	3.00	0.81	1.00	5.00	0.000

Relativamente à percepção do grau de segurança do doente, verificamos que a maioria dos inquiridos (68.9%) a considerou muito boa, 18% classificaram-na como aceitável e 12.6% excelente. Somente 0.6% dos respondentes avaliaram a segurança do seu serviço/unidade negativamente (quadro 8).

Quadro 8. Grau de segurança do doente atribuído pelo profissional de saúde ao seu serviço/unidade

		n	%
Grau de segurança do doente	Excelente	21	12.6
	Muito boa	115	68.9
	Aceitável	30	18.0
	Fraca	0	0.0
	Muito fraca	1	0.6

Mediante a análise dos dados, podemos constatar que a maioria dos profissionais (79.6%) não notificou qualquer evento/ocorrência nos últimos 12 meses, seguindo-se 14.4% que disseram ter apresentado 1 ou 2 relatórios de eventos/ocorrências (quadro 9).

Quadro 9. Número de eventos/ocorrências notificados pelos profissionais de saúde nos últimos 12 meses

		n	%
Número de eventos/ocorrências notificados	Nenhum	133	79.6
	1 a 2 relatórios de eventos/ocorrências	24	14.4
	3 a 5 relatórios de eventos/ocorrências	6	3.6
	6 a 10 relatórios de eventos/ocorrências	3	1.8
	11 a 20 relatórios de eventos/ocorrências	0	0.0
	≥ 21 relatórios de eventos/ocorrências	0	0.0
	Não respondeu	1	0.6

Quanto ao conhecimento e utilização da Estrutura Concetual e SNNIEA, constatamos (quadro 10) que 25.7% dos elementos da amostra afirmam conhecer a Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente e 47.9% conhece o SNNIEA. Dos profissionais de saúde inquiridos, 12.6% afirmaram já ter utilizado o SNNIEA e 35.9% notificaram algum incidente ou evento adverso ao longo da sua prática profissional.

Quadro 10. Conhecimento dos profissionais sobre Estrutura Concetual e Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos

Variável		n	%
Conhece a Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente?	Sim	43	25.7
	Não	124	74.3
Conhece o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos?	Sim	80	47.9
	Não	86	51.5
	Não respondeu	1	0.6
Já utilizou alguma vez o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos?	Sim	21	12.6
	Não	145	86.8
	Não respondeu	1	0.6
Já notificou algum incidente ou evento adverso ao longo da sua prática profissional?	Sim	60	35.9
	Não	106	63.5
	Não respondeu	1	0.6

Relativamente à segurança e gestão do risco, verificamos (quadro 11) que a maioria dos inquiridos (55.1%) concordou com a questão “considera que a notificação de incidentes e eventos adversos, de forma anónima, contribui para a participação dos profissionais de saúde na melhoria da segurança do doente”, seguindo-se 24.0% que concordaram fortemente.

Verificamos, também, que a maioria dos profissionais (71.9%) concordou fortemente com a questão “a segurança do doente é um dever ético dos profissionais de saúde”, seguidos de 27.5% que concordaram com esta mesma questão.

Quadro11. Segurança e gestão do risco

Variável		n	%
Considera que a notificação de incidentes e eventos adversos, de forma anónima, contribui para a participação dos profissionais de saúde na melhoria da segurança do doente?	Discordo fortemente	2	1.2
	Discordo	8	4.8
	Não concordo/nem discordo	23	13.8
	Concordo	92	55.1
	Concordo fortemente	40	24.0
	Não respondeu	2	1.2
A segurança do doente é um dever ético dos profissionais de saúde?	Discordo fortemente	0	0.0
	Discordo	0	0.0
	Não concordo/nem discordo	0	0.0
	Concordo	46	27.5
	Concordo fortemente	120	71.9
	Não respondeu	1	0.6

3.2 – Análise inferencial

Os resultados que seguidamente se apresentam resultam da análise estatística inferencial, com o objectivo de procurar relações ou diferenças estatisticamente significativas da percepção da cultura de segurança com ou em função das restantes variáveis incluídas no instrumento de colheita de dados.

A aplicação do teste U de *Mann-Whitney* para comparar a FCR em função do sexo do inquirido permitiu obter os resultados que constituem o quadro 12. Como podemos constatar existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente” ($p = 0.029$), “abertura na comunicação” ($p = 0.009$) e “frequência da notificação de erros” ($p = 0.006$). Estudo idêntico efectuado com base nos scores (quadro13) revelou a existência de diferenças nas dimensões “expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente” ($p = 0.008$), “*feedback* e comunicação acerca do erro” ($p = 0.016$), “abertura na comunicação” ($p = 0.001$), “frequência da notificação de erros” ($p = 0.002$) e “trabalho entre as unidades” ($p = 0.007$).

A análise dos valores da média ordinal, quer em termos de FCR quer ao nível dos scores, revelam que os profissionais do sexo masculino tendem a avaliar de forma mais positiva a cultura de segurança do doente.

Quadro 12. Comparação da frequência composta de respostas observada para cada dimensão do questionário sobre avaliação da cultura de segurança em função do sexo do inquirido

(FCR) Dimensão da cultura de segurança	Sexo	Feminino	Masculino	z	p
		\bar{x}_{ord}	\bar{x}_{ord}		
Trabalho em equipa		83.34	89.11	-0.573	0.567
Expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente		81.20	105.82	-2.187	0.029
Apoio à segurança do doente pela gestão		82.53	95.42	-1.143	0.253
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua		84.74	78.24	-0.591	0.555
Percepções gerais sobre a segurança do doente		82.69	94.24	-1.012	0.311
<i>Feedback</i> e comunicação acerca do erro		81.89	100.45	-1.660	0.097
Abertura na comunicação		80.63	110.29	-2.629	0.009
Frequência da notificação de erros		80.58	110.61	-2.730	0.006
Trabalho entre as unidades		82.42	96.34	-1.211	0.226
Profissionais		83.54	87.55	-0.353	0.724
Transições		83.27	89.66	-0.571	0.568
Resposta ao erro não punitiva		83.04	91.50	-0.762	0.446

Quadro 13. Comparação dos scores observados para cada dimensão do questionário sobre avaliação da cultura de segurança em função do sexo do inquirido

(Scores) Dimensão da cultura de segurança	Sexo	Feminino	Masculino	z	p
		\bar{x}_{ord}	\bar{x}_{ord}		
Trabalho em equipa		82.49	95.76	-1.142	0.253
Expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente		80.48	111.42	-2.648	0.008
Apoio à segurança do doente pela gestão		82.38	96.63	-1.225	0.221
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua		83.92	84.66	-0.064	0.949
Percepções gerais sobre a segurança do doente		82.41	96.37	-1.193	0.233
Feedback e comunicação acerca do erro		80.85	108.55	-2.408	0.016
Abertura na comunicação		79.71	117.45	-3.247	0.001
Frequência da notificação de erros		79.80	116.71	-3.167	0.002
Trabalho entre as unidades		80.42	111.87	-2.699	0.007
Profissionais		82.93	92.34	-0.804	0.422
Transições		81.46	103.82	-1.915	0.055
Resposta ao erro não punitiva		81.83	100.89	-1.631	0.103

O estudo da correlação das frequências compostas de respostas e dos scores das dimensões da cultura de segurança com a idade dos profissionais, utilizando o coeficiente de correlação de *Spearman* e o respectivo teste de significância, permitiu obter os resultados que constituem o quadro 14. Como podemos constatar observaram-se relações estatisticamente significativas nas frequências compostas de respostas das dimensões “aprendizagem organizacional – melhoria contínua” ($p = 0.004$), “percepções gerais sobre a segurança do doente” ($p = 0.002$) e “frequência da notificação de erros” ($p = 0.042$). Constatamos, ainda, que existem relações significativas ao nível dos scores das dimensões “aprendizagem organizacional – melhoria contínua” ($p = 0.003$) e “percepções gerais sobre a segurança do doente” ($p = 0.003$). Perante estes dados somos levadas a concluir que os profissionais mais velhos tendem a fazer uma melhor avaliação da cultura de segurança do doente.

Quadro 14. Correlação da frequência composta de respostas e dos scores observados para cada dimensão na cultura de segurança com a idade do inquirido

Frequência composta de respostas	Idade	
	r_s	p
Trabalho em equipa	-0.03	0.666
Expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente	+0.14	0.071
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	+0.22	0.004
Apoio à segurança do doente pela gestão	+0.08	0.305
Percepções gerais sobre a segurança do doente	+0.24	0.002
<i>Feedback</i> e comunicação acerca do erro	-0.02	0.848
Abertura na comunicação	-0.01	0.867
Frequência da notificação de erros	+0.16	0.042
Trabalho entre as unidades	+0.06	0.482
Profissionais	-0.03	0.677
Transições	+0.03	0.675
Resposta ao erro não punitiva	+0.10	0.192
Scores	r_s	p
Trabalho em equipa	-0.02	0.820
Expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente	+0.13	0.091
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	+0.23	0.003
Apoio à segurança do doente pela gestão	+0.12	0.113
Percepções gerais sobre a segurança do doente	+0.23	0.003
<i>Feedback</i> e comunicação acerca do erro	+0.02	0.835
Abertura na comunicação	+0.03	0.748
Frequência da notificação de erros	+0.14	0.073
Trabalho entre as unidades	+0.10	0.199
Profissionais	+0.02	0.782
Transições	+0.06	0.410
Resposta ao erro não punitiva	+0.04	0.573

Ao aplicar o teste *Kruskal-Wallis*, pudemos comparar as frequências compostas de respostas (quadro 15) e os scores (quadro 16) das dimensões de cultura de segurança do doente em função da profissão. Para estes testes não foram incluídos os assistentes técnicos pelo facto do número de casos não ser representativo.

Como podemos constatar, em termos de FCR, existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “trabalho em equipa” ($p = 0.001$), “expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente” ($p = 0.000$), “abertura na comunicação” ($p = 0.000$), “frequência da notificação de erros” ($p = 0.024$), “profissionais” ($p = 0.007$), “transições” ($p = 0.014$) e “resposta ao erro não punitiva” ($p = 0.045$). Em termos

de scores, as diferenças estatisticamente significativas, ocorrem nas dimensões “trabalho em equipa” ($p = 0.000$), “expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente” ($p = 0.000$), “percepções gerais sobre a segurança do doente” ($p = 0.042$), “abertura na comunicação” ($p = 0.000$), “frequência da notificação de erros” ($p = 0.005$), “profissionais” ($p = 0.010$) e “resposta ao erro não punitiva” ($p = 0.001$).

Comparando os valores da ordenação média somos levados a concluir que os enfermeiros e os médicos, principalmente estes, são os profissionais que tendem a fazer uma avaliação mais positiva da cultura de segurança do doente. Constata-se, ainda, que na dimensão “frequência da notificação de erros”, tendo por base as frequências compostas de respostas e os scores, os assistentes operacionais fazem uma avaliação mais positiva que os enfermeiros da cultura de segurança do doente. Com base nos scores da dimensão “percepções gerais sobre a segurança do doente”, verificamos que os assistentes operacionais fazem uma avaliação mais positiva do que qualquer dos outros grupos profissionais.

Quadro 15. Comparação da frequência composta de respostas observada para cada dimensão da cultura de segurança do doente em função da profissão do inquirido

(FCR) Dimensão da cultura de segurança	Profissão	Assistente Operacional	Enfermeiro	Médico	χ^2	p
		\bar{x}_{ord}	\bar{x}_{ord}	\bar{x}_{ord}		
Trabalho em equipa		57.14	83.06	96.71	13.500	0.001
Expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente		79.92	72.51	116.34	21.842	0.000
Apoio à segurança do doente pela gestão		92.14	78.29	84.29	2.072	0.355
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua		83.52	81.14	81.10	0.063	0.969
Percepções gerais sobre a segurança do doente		95.04	77.40	85.10	3.276	0.194
Feedback e comunicação acerca do erro		66.80	83.44	86.93	3.361	0.186
Abertura na comunicação		62.36	78.70	108.43	15.367	0.000
Frequência da notificação de erros		93.54	74.88	95.78	7.450	0.024
Trabalho entre as unidades		74.16	78.40	95.78	5.556	0.062
Profissionais		55.24	86.58	85.21	10.008	0.007
Transições		60.48	88.07	75.16	8.531	0.014
Resposta ao erro não punitiva		61.62	84.26	88.36	6.190	0.045

Quadro 16. Comparação dos scores observados para cada dimensão da cultura de segurança do doente em função da profissão do inquirido

(Scores) Dimensão da cultura de segurança	Profissão			χ^2	p
	Assistente Operacional	Enfermeiro	Médico		
	\bar{x}_{ord}	\bar{x}_{ord}	\bar{x}_{ord}		
Trabalho em equipa	48.50	81.67	109.31	23.185	0.000
Expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente	81.58	70.55	122.22	28.213	0.000
Apoio à segurança do doente pela gestão	91.34	77.34	88.52	2.668	0.263
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	85.72	79.69	84.60	0.511	0.775
Percepções gerais sobre a segurança do doente	102.06	76.17	83.62	6.347	0.042
<i>Feedback</i> e comunicação acerca do erro	63.16	82.83	92.34	5.725	0.057
Abertura na comunicação	63.94	76.76	114.29	19.277	0.000
Frequência da notificação de erros	91.98	73.46	102.41	10.418	0.005
Trabalho entre as unidades	76.42	78.74	96.16	3.582	0.167
Profissionais	55.44	85.77	88.05	9.287	0.010
Transições	69.24	84.70	80.16	2.274	0.321
Resposta ao erro não punitiva	54.00	82.04	103.19	15.048	0.001

O estudo da relação entre a FCR e o tempo de experiência profissional em pediatria, através do coeficiente de correlação de *Spearman* e do seu teste de significância (quadro 17) revelou a existência de correlação estatisticamente significativa, apenas na dimensão “resposta ao erro não punitiva” ($p = 0.017$). O facto de a correlação ser positiva, permite afirmar que os indivíduos com maior tempo de experiência profissional em pediatria tendem a fazer uma melhor avaliação da cultura de segurança dos doentes em termos de resposta ao erro não punitiva.

Quadro 17. Correlação da frequência composta de respostas e dos scores observados para cada dimensão da cultura de segurança com a experiência profissional em pediatria (anos)

Frequência composta de respostas	Experiência profissional em pediatria (anos)	
	r_s	p
Trabalho em equipa	+0.05	0.575
Expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente	+0.06	0.435
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	+0.04	0.570
Apoio à segurança do doente pela gestão	+0.03	0.693
Percepções gerais sobre a segurança do doente	+0.11	0.172
<i>Feedback</i> e comunicação acerca do erro	+0.06	0.491
Abertura na comunicação	+0.01	0.879
Frequência da notificação de erros	+0.05	0.511
Trabalho entre as unidades	+0.05	0.510
Profissionais	-0.01	0.914
Transições	+0.06	0.488
Resposta ao erro não punitiva	+0.19	0.017

A comparação da FCR e dos scores em função do conhecimento do SNNIEA permitiu obter os resultados que constituem os quadros 18 e 19, respectivamente. Como se constata, existem diferenças estatisticamente significativas ao nível das frequências compostas de respostas nas dimensões “percepções gerais sobre a segurança do doente” ($p = 0.045$), “*feedback* e comunicação acerca do erro” ($p = 0.005$) e “resposta ao erro não punitiva” ($p = 0.049$). Os profissionais que afirmaram conhecer o SNNIEA tendem a fazer uma melhor avaliação da cultura de segurança do doente em termos de *feedback* e comunicação acerca do erro e de resposta ao erro não punitiva, mas pior avaliação das percepções gerais sobre a segurança do doente.

Com base nos scores, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “percepções gerais sobre a segurança do doente” ($p = 0.013$) e “*feedback* e comunicação acerca do erro” ($p = 0.009$). Os inquiridos que afirmaram conhecer o SNNIEA tendem a avaliar mais positivamente o *feedback* e comunicação acerca do erro, mas fazem uma avaliação menos positiva das percepções gerais sobre a segurança do doente.

Quadro 18. Comparação da frequência composta de respostas observada para cada dimensão da cultura de segurança em função do conhecimento do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos

(FCR) / Conhece de SNNIEA	Sim	Não	z	p
	\bar{x}_{ord}	\bar{x}_{ord}		
Trabalho em equipa	87.48	79.80	-1.204	0.228
Expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente	86.26	80.94	-0.746	0.456
Apoio à segurança do doente pela gestão	80.89	85.93	-0.706	0.480
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	83.69	83.33	-0.052	0.959
Percepções gerais sobre a segurança do doente	76.01	90.47	-2.000	0.045
Feedback e comunicação acerca do erro	93.73	73.99	-2.785	0.005
Abertura na comunicação	87.41	79.86	-1.057	0.291
Frequência da notificação de erros	87.47	79.81	-1.100	0.271
Trabalho entre as unidades	86.28	80.91	-0.737	0.461
Profissionais	81.69	85.18	-0.485	0.628
Transições	88.29	79.05	-1.306	0.192
Resposta ao erro não punitiva	90.63	76.87	-1.957	0.049

Quadro 19. Comparação dos scores observados para cada dimensão da cultura de segurança em função do conhecimento do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos

(Scores) / Conhece o SNNIEA	Sim	Não	z	p
	\bar{x}_{ord}	\bar{x}_{ord}		
Trabalho em equipa	90.61	76.88	-1.864	0.062
Expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente	86.70	80.52	-0.834	0.404
Apoio à segurança do doente pela gestão	80.21	86.56	-0.861	0.389
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	83.76	83.26	-0.069	0.945
Percepções gerais sobre a segurança do doente	73.94	92.39	-2.489	0.013
Feedback e comunicação acerca do erro	93.42	74.27	-2.627	0.009
Abertura na comunicação	90.94	76.58	-1.951	0.051
Frequência da notificação de erros	87.21	80.05	-0.969	0.333
Trabalho entre as unidades	85.26	81.86	-0.461	0.645
Profissionais	79.84	86.90	-0.951	0.342
Transições	84.15	82.90	-0.170	0.865
Resposta ao erro não punitiva	89.84	77.60	-1.654	0.098

Os resultados que apresentamos no quadro 20 permitem-nos constatar que, tendo por base a FCR, os profissionais que utilizaram o SNNIEA tendem a avaliar de forma mais positiva a “resposta ao erro não punitiva”, comparativamente aos que não utilizaram aquele sistema de notificação ($p = 0.037$).

Quadro 20. Comparação da frequência composta de respostas observada para cada dimensão da cultura de segurança em função da utilização do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos

(FCR) Utilizou o SNNIEA	Sim	Não	z	p
	\bar{x}_{ord}	\bar{x}_{ord}		
Trabalho em equipa	78.40	84.24	-0.608	0.543
Expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente	89.21	52.67	-0.610	0.542
Apoio à segurança do doente pela gestão	89.12	82.69	-0.599	0.549
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	87.02	82.99	-0.385	0.700
Percepções gerais sobre a segurança do doente	76.12	84.57	-0.777	0.437
Feedback e comunicação acerca do erro	83.26	83.53	-0.026	0.980
Abertura na comunicação	91.12	82.40	-0.812	0.417
Frequência da notificação de erros	90.43	82.50	-0.758	0.448
Trabalho entre as unidades	89.69	82.60	-0.647	0.518
Profissionais	75.43	84.67	-0.855	0.392
Transições	91.21	82.38	-0.830	0.406
Resposta ao erro não punitiva	102.79	80.71	-2.085	0.037

A comparação, baseada nos scores, em função do facto do profissional ter notificado algum incidente ou evento adverso ao longo da prática profissional (quadro 21), revelou a existência de diferença estatisticamente significativa, apenas na dimensão referente às “percepções gerais sobre a segurança do doente” ($p = 0.032$). Aqueles que fizeram alguma notificação de incidente ou evento adverso tendem a fazer uma avaliação menos positiva das percepções gerais sobre a segurança do doente.

Quadro 21. Comparação do score observado para cada dimensão da cultura de segurança em função da notificação de incidentes ou eventos adversos ao longo da prática profissional

Notificou algum incidente ou evento adverso ao longo da prática profissional (Scores) Dimensão da cultura de segurança	Sim	Não	z	p
	\bar{x}_{ord}	\bar{x}_{ord}		
Trabalho em equipa	87.19	81.41	-0.755	0.450
Expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente	87.52	81.23	-0.817	0.414
Apoio à segurança do doente pela gestão	82.14	84.27	-0.277	0.781
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	78.29	86.45	-1.072	0.284
Percepções gerais sobre a segurança do doente	72.93	89.49	-2.148	0.032
Feedback e comunicação acerca do erro	78.80	86.16	-0.971	0.331
Abertura na comunicação	91.85	78.77	-1.707	0.088
Frequência da notificação de erros	82.48	84.08	-0.207	0.836
Trabalho entre as unidades	89.29	80.22	-1.181	0.237
Profissionais	82.07	84.31	-0.297	0.771
Transições	81.23	84.78	-0.461	0.645
Resposta ao erro não punitiva	92.68	78.31	-1.866	0.062

Procedemos, também, à comparação da FCR em função da notificação de algum incidente ou evento adverso ao longo da prática profissional, dos scores observados em função da utilização do SNNIEA, da FCR e dos scores em função do conhecimento da Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, da FCR e dos scores em função da frequência de formação relativa à segurança do doente e gestão do risco, mas não observamos qualquer diferença estatisticamente significativa.

Os estudos de correlação da FCR e dos scores observados com a experiência na instituição (anos), dos scores com a experiência profissional em pediatria (anos) e da FCR e dos scores com a experiência no serviço/unidade (anos), também não evidenciaram quaisquer casos de correlação estatisticamente significativa. Do mesmo modo, o estudo da relação entre o grau de concordância com o facto da notificação de incidentes e eventos adversos, de forma anónima, contribuir para a participação dos profissionais de saúde na melhoria da segurança do doente e desta ser um dever ético dos profissionais de saúde com a FCR e com os scores, também não revelou qualquer relação estatisticamente significativa. Atendendo a este facto, optámos por não apresentar os quadros com os respectivos resultados, não por terem menor relevância para a investigação, mas sim porque iríamos sobrecarregar a apresentação com quadros de resultados cuja análise se resume ao que escrevemos neste texto.

4 – Discussão dos resultados

Após a apresentação e análise dos dados, ir-se-á proceder à análise crítica dos resultados expostos anteriormente. Será realizada uma apreciação global do estudo, evidenciando os resultados significativos, com base no problema em estudo, na fundamentação teórica, nas questões de investigação e objectivos formulados, bem como em outros estudos considerados relevantes.

Verificou-se que a maioria dos profissionais é do sexo feminino (88.6%), o que seria expectável considerando o tradicional predomínio das mulheres na profissão de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2014) que, por sua vez, é a classe profissional representada por um maior número de profissionais, correspondendo a 64.7% dos elementos da amostra.

Ao questionar os profissionais acerca da acreditação/certificação do seu serviço/unidade, a maioria (58.1%) apresenta resposta negativa. No entanto, existe uma percentagem significativa (35.3%) que respondeu afirmativamente. Estes dados não levantariam qualquer questão não fosse o CHUC, mediante informação facultada no *site* interno (CHUC, 2014) referir que nenhum dos serviços/unidades no qual se procedeu à colheita de dados é acreditado ou certificado. Denota um conhecimento deficitário por parte de alguns profissionais acerca deste aspecto, intrinsecamente relacionado com a gestão da qualidade. Parece-nos que este facto poderá estar relacionado com o desinteresse dos profissionais, com falta de formação acerca da temática, a par do diminuto investimento de algumas instituições de ensino superior na área da segurança e qualidade em saúde, ou até com a divulgação de informação de modo menos apropriado.

Os processos de certificação e acreditação são úteis enquanto estratégia capaz de monitorizar o cumprimento dos requisitos de qualidade exigidos para cada serviço (Campos, Saturno & Carneiro, 2010), possibilitando a identificação de áreas de intervenção prioritária. Além de constituir «uma ferramenta eficaz na avaliação e gestão da qualidade» (Fragata, 2011, p. 231), foi demonstrada a sua utilidade a nível da transparência da gestão, da responsabilização, comunicação, planeamento, trabalho em equipa e inovação (Campos et al., 2010). Apesar de não existir «evidência suficiente que associe a acreditação a melhores resultados para o doente em termos de qualidade assistencial» (Saturno, 2008 *apud*

Campos et al., p.115-116), investir nesta área poderá constituir uma boa base ao desenvolvimento de uma cultura de segurança favorável.

Ao avaliar a cultura de segurança, analisando cada uma das suas 12 dimensões, foi considerado o valor médio da FCR, o que permite efectuar um paralelo com os resultados obtidos em outros estudos recentes.

O “grau de segurança do doente” atribuído pelos profissionais ao seu serviço é muito positivo. Verifica-se que 68.9% refere ser “muito boa” e que 12.6% considera mesmo que o seu serviço detém um grau de segurança que se pode denominar de “excelente”. Estes dados são significativamente melhores do que os apresentados por Peralta (2012), Sousa (2013) e Gomes (2012), onde 42.3%, 40.6% e 38.3% dos profissionais consideram que o serviço no qual trabalham detém uma segurança “aceitável”.

A comparação dos resultados deve ser prudente e a sua generalização evitada. No entanto, estes resultados levam-nos a pensar que, uma vez que o nosso estudo foi realizado exclusivamente no contexto pediátrico, a percepção dos profissionais relativa ao grau de segurança do doente em pediatria é mais elevada. No mesmo sentido, Profit et al., (2012), ao compararem resultados obtidos no domínio da cultura de segurança entre estudos realizados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos, concluíram que as Neonatais detêm scores mais elevados.

Os resultados obtidos na dimensão “percepções gerais sobre a segurança do doente” demonstram alguma concordância com a opinião respeitante ao grau de segurança do doente atribuído pelos profissionais ao seu serviço. Contrariamente aos resultados apresentados por Gomes (2012) e Sousa (2013), que não alcançaram os 50% de média de respostas positivas, os nossos resultados (65.3%) são idênticos ao do estudo americano (63%) realizado por Mardon, Khanna, Sorra, Dyer e Famolaro (2010).

De todas as dimensões avaliadas, os profissionais de saúde destacaram pela positiva o “trabalho em equipa” (86.2%). Este assume-se como um factor forte e deve valorizar-se o facto de 93.4% dos inquiridos afirmarem que no seu serviço/unidade os profissionais se entreadjudam. Em todos os estudos consultados, esta dimensão evidencia-se das restantes (Mardon et al., 2010; Fernandes & Queirós, 2011; Portugal, MS, DGS, 2011a; Gomes, 2012; Peralta, 2012; Pimenta, 2013; Sousa, 2013), mas em nenhum obteve uma percentagem tão elevada.

O acto de cuidar de alguém, por mais que a acção seja individual, é um trabalho em equipa, devendo valorizar-se a multidisciplinaridade (Baker, Day & Salas, 2006). Equipa consiste, precisamente, num grupo de indivíduos que partilham um objectivo comum e,

trabalhando separadamente mas de forma cooperativa, procuram atingir esse mesmo objectivo (Fragata, 2011).

Uma equipa que seja bem gerida e estruturada evidencia uma menor resistência à mudança, o que facilita a adopção de novos procedimentos de segurança (*Idem*), além de se associar a maior satisfação profissional e níveis mais baixos de *burnout* (Profit et al., 2012). Deve, por isso, fomentar-se a existência de equipas coesas, constituídas por profissionais que se respeitam e apoiam mutuamente, pois são a base ao desenvolvimento de uma cultura de segurança que se pretende forte em todos os aspectos.

Numa organização que se baseia no trabalho em equipa, a liderança é um elemento chave, com impacto tanto no sucesso como na falha de todo o sistema (Fragata, 2011). O líder deverá ter uma visão estratégica, boa capacidade comunicacional e de planeamento, conseguindo envolver toda a equipa em torno de um objectivo comum (*Idem*).

Analisando a dimensão “expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança”, os profissionais que constituíram a amostra têm uma percepção positiva (71.1%), idêntica aos resultados obtidos por Pimenta (2013), com uma média de respostas positivas de 72%. Em outros estudos realizados recentemente em Portugal, a FCR era significativamente inferior, nomeadamente Peralta (2012) (63.6%), Sousa (2013) (58%), Gomes (1012) (52%), Fernandes e Queirós (2011) (63%) e pela DGS (Portugal, MS, DGS, 2011a) (62%), o que permite afirmar que, apesar de existir necessidade de melhoria a este nível, os resultados observados exclusivamente em contexto pediátrico são, de uma forma geral, melhores.

Relativamente ao “apoio à segurança do doente pela gestão” pode considerar-se um aspecto problemático, apresentando uma avaliação positiva média de 39.9%. À semelhança do nosso estudo, vários investigadores portugueses obtiveram resultados inferiores a 50% de respostas positivas, nomeadamente: Sousa (2013) com 24%; Gomes (2012) com 28%; DGS (Portugal, MS, DGS, 2011a) com 48%; Fernandes e Queirós (2011), 44%.

Num outro contexto, Grant et al. (2006) depararam-se igualmente com uma percepção de apoio pela gestão baixa, transversal a todas as categorias profissionais. Ainda Profit et al. (2012), num estudo realizado exclusivamente em unidades de cuidados intensivos neonatais, constataram também a noção de falta de apoio da gestão hospitalar.

Estes resultados sugerem a necessidade da direcção hospitalar divulgar o que de facto tem sido desenvolvido em benefício da segurança e qualidade dos cuidados prestados. Apesar das restrições financeiras que actualmente condicionam a gestão de qualquer organização pública, acreditamos que têm sido desenvolvidos e implementados

alguns projectos, mas talvez não estejam a ser convenientemente transmitidos aos profissionais.

O apoio à segurança do doente pela gestão é crucial, promove um clima de confiança e o sentimento de que se está a agir com base num propósito comum, o que indubitavelmente influencia a motivação e a disponibilidade dos profissionais (Profit et al., 2012).

Além da dimensão “apoio à segurança pela gestão”, a cultura de segurança a nível organizacional é avaliada pelas dimensões “trabalho entre as unidades” e “transições”.

O “trabalho entre as unidades”, não sendo considerado problemático (58.5%), distancia-se do positivismo com que é avaliado o “trabalho em equipa”. Apesar disso, quando comparado com outros estudos, os nossos resultados são mais favoráveis do que os obtidos por Sousa (2013) (35%), Gomes (2012) (41%), Peralta (2012) (46.8%) e DGS (Portugal, MS, DGS, 2011a) (51%) e até pela investigação levada a cabo tanto por Mardon et al. (2010) como por Fernandes e Queirós (2011), ambas com uma avaliação positiva média de 56%.

Apesar de esta dimensão não ser um problema com necessidade de intervenção imediata, é importante reflectir acerca do que se poderá melhorar. Analisando cada um dos itens, concluímos que a coordenação entre os diversos serviços é um dos factores a aprimorar.

Neste seguimento é imprescindível falar das “transições”, ou seja, a forma como a informação é transmitida, quer entre colegas, entre os diversos elementos da equipa multidisciplinar de um serviço ou entre profissionais de outro serviço e/ou instituição, tendo em vista a continuidade de cuidados (Fragata, 2011). No nosso estudo teve uma classificação positiva de 69.3%, longe dos 44% do estudo realizado por Mardon et al. (2010).

Nestes momentos de transição, a comunicação é essencial, imprescindível a todos os sectores de actividade e na área da saúde assume particular relevância (El-Jardali, Dimassi, Jamal, Jaafar & Hemadeh, 2011). Segundo Lingard (2004) citado por Fragata (2011), esta é «talvez a dimensão mais relevante das *non-technical skills*» até porque, de acordo com a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, é responsável por cerca de 2/3 dos eventos adversos graves (Fragata, 2011). Sabendo que uma boa comunicação dentro e entre as equipas poderá impedir a ocorrência de inúmeros erros que colocariam em risco a segurança do doente (El-Jardali et al., 2011), é mandatário investir nesta área, tornando a comunicação progressivamente mais eficaz.

Retomando a análise crítica do conjunto de dimensões que integram a cultura de segurança do doente, a dotação de profissionais é também um aspecto percebido como problemático (41.5%). A contratação de profissionais temporários não se evidencia um factor preocupante. No entanto, a maioria dos profissionais de saúde entende trabalhar mais horas por turno do que seria desejável e apenas 44.9% referem que existem meios humanos adequados para o trabalho exigido.

A dotação de profissionais é, sem dúvida, um factor que em muito contribui para a segurança e qualidade dos cuidados prestados. Wachter (2010) *apud* Paese e Sasso (2013) evidencia os resultados de um estudo no qual se verificou que por cada doente adicionado à carga média de trabalho do enfermeiro, aumenta em 7% a taxa de mortalidade dos pacientes.

Recentemente foi publicado em Diário da República o Regulamento n.º 533/2014 que evidencia a importância da dotação de enfermeiros adequada às reais necessidades de cuidados da população, valorizando o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, como estratégia para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde, o que denota alguma preocupação por parte dos decisores políticos.

No CHUC, ainda com base na Circular Normativa n.º 1 (Portugal, MS, Secretaria Geral, 2006), foi efectuada em 2011 a análise das dotações de enfermeiros por áreas de gestão. Verificou-se um défice de 276 enfermeiros, com um diferencial positivo para o HPC e MBB, enquanto a Área de Gestão Integrada (AGI) Materno-fetal, na qual se inclui a MDM, apresentava um diferencial negativo (Marques et al., 2012). Partindo desta avaliação, surgiu o compromisso da Direcção de Enfermagem de otimizar a distribuição de enfermeiros e assistentes operacionais, com vista à redução de carências.

A análise dos resultados permite constatar a existência de mobilidade interna no centro hospitalar. Da totalidade dos elementos que integram a amostra, 42.5% dos profissionais que acederam participar no estudo trabalham no actual serviço/unidade há menos de 5 anos, apesar de apenas 21.6% terem iniciado funções na instituição nesse período.

É notório o descontentamento dos profissionais por trabalharem mais horas por turno do que seria de esperar, verificando-se a taxa média de respostas positivas mais baixa do conjunto dos 42 itens (13.2%). Perante estes resultados, é indispensável reflectir sobre o assunto e procurar estratégias que possibilitem a resolução deste problema. Estará esta situação relacionada com uma dotação de profissionais inapropriada às reais necessidades do serviço? Será o período preconizado para a passagem de turno insuficiente? Ou a informação que é transmitida nesse momento vai além do que seria necessário à

continuidade de cuidados, daí se prolongar mais no tempo? A informação disponível não permite dar resposta a cada uma destas questões. Cada serviço é único, detém as suas particularidades, e o que justifica a insatisfação dos profissionais num dado serviço poderá não se aplicar aos restantes.

Este aspecto, por mais que possa parecer insignificante a alguns, deve ser valorizado e analisado. Além de afectar a motivação dos profissionais que, por si só, influencia o seu desempenho e a segurança dos cuidados prestados (Pereira & Fávero, 2001), poderá determinar o uso de atalhos, o que favorece a ocorrência de eventos adversos (Fragata, 2011).

Um outro factor que se revelou preocupante foi a notificação de incidentes. A “frequência de notificação de eventos” é uma das dimensões avaliadas que apresenta uma FCR mais baixa (39.1%), à semelhança dos estudos realizados por Peralta (2012), Sousa (2013) e Fernandes e Queirós (2011). Contrariamente a alguns dos resultados obtidos em Portugal, uma investigação efectuada nos Estados Unidos da América (EUA) com uma amostra superior a 56 mil profissionais, apresenta uma percentagem significativamente superior para esta dimensão (60%) (Mardon et al., 2010).

Em concordância com o que foi exposto anteriormente, constata-se ainda que a maioria dos profissionais de saúde inquiridos (79.6%) não notificou nenhum evento/ocorrência nos últimos 12 meses e que 63.5% nunca o fez durante a sua vida profissional.

Os estudos realizados por Fernandes e Queirós (2011), DGS (Portugal, MS, DGS, 2011a), Gomes (2012), Peralta (2012), Sousa (2013) e Pimenta (2013) evidenciam também taxas de notificação baixas. Revelam que uma grande maioria dos respondentes não efectuou qualquer notificação nos 12 meses que antecederam a colheita de dados, correspondendo a 80%, 73%, 76.7%, 68.6%, 68.7% e 68% dos profissionais, respectivamente.

A área da saúde, dada a sua elevada complexidade, é susceptível à ocorrência de erros (Eiras et al., 2014) e Muething et al. (2012) afirmam que eventos adversos são comuns em crianças hospitalizadas.

Ao contrapor estas afirmações com os resultados obtidos, considerando que a maioria dos profissionais (80.2%) afirma que no seu serviço estão a trabalhar activamente para uma melhoria da segurança do doente, podemos interrogar se efectivamente os profissionais inquiridos compreendem a importância da notificação. Ou será que os serviços de internamento pediátrico deste centro hospitalar são verdadeiramente seguros, o que justifica a fraca necessidade de notificar? Outra questão prende-se com a possibilidade dos

profissionais não identificarem incidentes passíveis de notificação (apesar de existirem), ou até de identificarem incidentes e eventos adversos mas a informação ser ocultada para evitar o fenómeno de culpabilização do erro. Será também possível que os profissionais identifiquem os incidentes, reportem-nos no serviço, mas não os notifiquem por inexistência ou desconhecimento de um sistema de notificação?

Apesar destas questões, o estudo revela um dado importante: a maioria dos profissionais (51.5%) desconhece o SNNIEA e apenas 12.6% afirma já o ter utilizado.

O SNNIEA é disponibilizado pelo MS, mediante acesso ao portal da DGS, e é actualmente o sistema de notificação recomendado no CHUC. Ele permite o anonimato do notificador e tem carácter não punitivo, sendo o objectivo principal a gestão e análise dos incidentes e eventos adversos, o que contribui para a construção de um sistema progressivamente mais seguro.

A generalidade dos inquiridos (79.1%) acredita que a notificação de incidentes e eventos adversos, de forma anónima, contribui para a melhoria da segurança. Admitindo que os profissionais se preocupam com a segurança do doente, até porque todos a consideram um dever ético, poderá supor-se que muitos não notificam incidentes por desconhecerem o SNNIEA.

A subnotificação é, de facto, um problema, para o qual poderão contribuir diversas causas. Carneiro (2010), bem como Sorra e Dyer (2010), apontam como principais barreiras à notificação o medo de represálias e a inexistência de *feedback* acerca do erro, o que contribui para a percepção de inutilidade.

À semelhança dos resultados obtidos por Mardon et al. (2010) (61%), 62.5% dos profissionais afirmam existir “abertura à comunicação” e 75.4% declaram falar livremente se verificarem que algo afecta de forma negativa os cuidados ao doente. No entanto, apenas 44.9% dos profissionais se sente à vontade para questionar as decisões e acções dos superiores hierárquicos.

Por outro lado, contrariamente aos resultados alcançados por Sousa (2013) e Gomes (2012), o “*feedback* e comunicação acerca do erro” não é uma dimensão problemática, apresentando uma percentagem média de respostas positivas de 66.5%. É de salientar que 81.4% dos profissionais referem que no seu serviço/unidade é habitual debater sobre formas de prevenir os erros, apesar de, mediante a análise da dimensão “aprendizagem organizacional – melhoria contínua”, se constatar que apenas 58.7% acredita que os erros conduzem a mudanças positivas.

A “resposta ao erro não punitiva” é, de entre todas as dimensões e à semelhança do que se observou em outros estudos (Mardon et al., 2010; Fernandes & Queirós, 2011;

Portugal, MS, DGS, 2011a; Gomes, 2012; Peralta, 2012; Pimenta, 2013; Sousa, 2013), a que se evidencia mais problemática (33.5%). Os profissionais estão preocupados se os erros que cometem ficam registados no seu processo pessoal, levando a acreditar que, tal como foi referido por Morath e Leary (2004), a maioria apenas notifica os erros que não consegue esconder.

Estes resultados sugerem a existência de uma cultura de culpabilização em detrimento de uma cultura *just*, que preconiza uma aprendizagem e aperfeiçoamento constantes em benefício da segurança do doente.

Punir as pessoas sem alterar o sistema só perpetua o problema em vez de o solucionar (Boysen, 2013). Além disso, a existência de respostas punitivas e estigmatizantes contribui para a não notificação de incidentes que, por sua vez, leva a negligenciar informações valiosas sobre os erros, limita a sua análise e, conseqüentemente, a implementação de medidas correctivas.

É urgente investir nesta área. A mudança de mentalidades é um processo lento, mas possível. Deve fomentar-se a existência de um ambiente livre de culpa, até porque a existência de erros é inerente à condição humana. Cada um de nós, independentemente da profissão, idade, experiência ou aptidão profissional, pode em algum momento cometer um erro. Aliás, Carneiro (2010, p. 6) evidencia que «a maior parte dos erros é feita por profissionais dedicados e competentes». A chave é valorizar cada um dos incidentes, aprender com eles e utilizar esse conhecimento para minimizar a ocorrência de eventos futuros (Paese & Sasso, 2013).

Apesar de se proceder à análise por dimensão, não será difícil compreender que a cultura de segurança deve ser vista de uma forma integrativa, considerando que as suas várias dimensões têm a capacidade de se influenciar mutuamente. Ao existir a percepção de resposta punitiva ao erro, aliado ao desconhecimento de sistemas de notificação, é expectável que a taxa de notificação de incidentes e eventos adversos seja baixa. Snijders et al. (2009) *apud* Poley et al. (2011), mediante a realização de um estudo em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, concluíram que uma abordagem não punitiva ao erro, a existência de apoio à segurança do doente por parte da gestão hospitalar e as percepções gerais sobre a segurança têm capacidade de prever a notificação de incidentes.

Uma cultura de segurança mais positiva associa-se à existência de menos eventos adversos (Muething et al., 2012). Alguns estudos denotam a dificuldade em demonstrar que esta relação existe. A subnotificação não permite um conhecimento verdadeiro da situação, o que impossibilita quantificar os ganhos obtidos ao investir no desenvolvimento da cultura de segurança. No entanto, o estudo realizado por Mardon et al. (2010), analisando dados de

179 hospitais dos EUA, concluiu que os hospitais detentores de uma cultura de segurança mais positiva tendem a ter uma menor taxa de incidentes e eventos adversos.

Estes resultados são o reflexo do investimento efectuado no âmbito da cultura de segurança do doente nos últimos anos. Actualmente, nos EUA, a notificação de eventos adversos é tida como um sinal positivo de cultura de segurança (*Idem*). Ao notificar demonstra-se que existe preocupação em identificar e resolver problemas ou potenciais ameaças à segurança dos doentes. Na nossa opinião, este é o caminho que devemos percorrer.

Para promover a cultura de segurança, o investimento em formação profissional é determinante. O conhecimento dos profissionais de saúde que integraram o nosso estudo detém algumas lacunas, nomeadamente sobre processos de certificação, sistemas de notificação e sua importância, e Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, documento divulgado pela DGS em 2011 (Portugal, MS, DGS, 2011b), no qual consta a linguagem classificada que está na base do SNNIEA, desconhecido da maioria (74.3%).

O Serviço de Formação e Aperfeiçoamento Profissional do CHUC tem desenvolvido acções de formação no âmbito da segurança do doente, com particular visibilidade durante o ano 2014. Sugere-se a continuidade desse trabalho, aproveitando o facto de 94% dos profissionais inquiridos demonstrar interesse em frequentar formação sobre segurança e gestão do risco.

Nesta fase, a atenção deve ser dirigida a questões relacionadas com o erro e a importância da notificação, incentivando a partilha de informação nos serviços. É fundamental formar, informar e desconstruir de forma gradual a ideia de culpabilização do erro.

A análise inferencial permitiu-nos identificar relações e diferenças estatisticamente significativas entre a percepção da cultura de segurança e as restantes variáveis incluídas no instrumento de colheita de dados.

Ao estudar a relação entre a percepção de cultura de segurança e a variável sexo, constatou-se que os profissionais do sexo masculino tendem a avaliar de forma mais positiva a cultura de segurança do doente. Do conjunto dos trabalhos de investigação consultados não foi possível obter dados que possibilitem confirmar ou refutar esta tendência. Assim, para que seja possível compreender o fenómeno e as suas implicações práticas, sugere-se a realização de mais estudos.

No nosso ponto de vista, a idade do profissional, aliada à sua maior ou menor experiência, é frequentemente apontada como um dos aspectos capaz de influenciar a

segurança do doente, sendo os profissionais jovens por vezes olhados com alguma desconfiança.

Procurando compreender a sua influência na percepção da cultura de segurança, verifica-se que existe uma correlação positiva, estatisticamente significativa, para as dimensões “aprendizagem organizacional – melhoria contínua”, “percepções gerais sobre a segurança do doente” e “frequência da notificação de erros”. Para estas, os profissionais mais velhos tendem a fazer uma melhor avaliação da cultura de segurança do doente. Fernandes e Queirós (2011), ao realizarem um estudo idêntico mas com uma amostra constituída exclusivamente por enfermeiros, observaram que o grupo etário que integrava os elementos mais novos apresentou uma percentagem positiva inferior em nove das doze dimensões avaliadas.

Alguns estudos realizados em Portugal têm evidenciado diferenças na percepção da cultura de segurança em função da categoria profissional, no entanto os resultados não são consensuais (Gomes, 2012; Peralta, 2012; Sousa, 2013). Mediante a nossa investigação, com base na FCR, observam-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “trabalho em equipa”, “expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente”, “abertura na comunicação”, “frequência da notificação de erros”, “profissionais”, “transições” e “resposta ao erro não punitiva”. Realizando a análise através do score, a dimensão “percepções gerais sobre a segurança do doente” apresenta também significância estatística.

Para a maioria das dimensões, verificámos que os médicos tendem a fazer uma avaliação mais positiva, em conformidade com os resultados de Profit et al. (2012). Os enfermeiros apenas apresentam uma apreciação mais favorável comparativamente aos restantes grupos profissionais na dimensão 11 (“transições”), e os assistentes operacionais na dimensão “percepções gerais sobre a segurança do doente”.

Estudos realizados em contexto pediátrico (Grant et al., 2006; Poley et al., 2011) concluíram que os médicos evidenciam especificamente uma melhor percepção de trabalho de equipa comparativamente a outros elementos da equipa multidisciplinar. Apesar de no nosso estudo esta dimensão ser considerada forte, não significa que não deva ser merecedora de algum investimento. Estudos internacionais indicam que a implementação de um verdadeiro trabalho em equipa, nomeadamente entre médicos e enfermeiros, tem implicações na evolução do estado clínico do doente e está com frequência associado a um menor tempo de internamento (Grant et al., 2006).

Relativamente às restantes variáveis de contexto profissional, não se verificou a existência de relações estatisticamente significativas, excepção entre a experiência em

pediatria e a percepção da cultura de segurança na dimensão “resposta ao erro não punitiva”. Também Gomes (2012) e Sousa (2013) avaliaram a relação entre a experiência profissional e a percepção da cultura de segurança, sem resultados significativos.

Apesar dos resultados obtidos não apontarem nesse sentido, existem estudos que valorizam a experiência profissional, demonstrando que os profissionais mais experientes são concomitantemente mais conhecedores das práticas de segurança levadas a cabo pela instituição onde trabalham (Stavrianopoulos, 2012). O mesmo autor afirma ainda que a experiência profissional a nível hospitalar tem também algum impacto na frequência e número de eventos notificados, logo contribuirá para uma melhor cultura de segurança. Por outro lado, a percepção geral sobre a segurança do doente tende a ser inferior nos profissionais com mais anos de experiência, apontando como justificação o melhor conhecimento das falhas latentes do sistema e o desacordo com algumas das medidas de segurança implementadas (El-Jardali et al., 2011; Stavrianopoulos, 2012).

Através da comparação tanto da FCR como do score em função do conhecimento do SNNIEA, verificou-se que quem afirma conhecer o SNNIEA tende a ter uma percepção geral sobre segurança do doente menos positiva, comparativamente aos profissionais que não conhecem este sistema de notificação. Da mesma forma, verifica-se que existe uma relação estatisticamente significativa entre a dimensão da cultura de segurança “percepções gerais sobre a segurança do doente” em função da notificação incidentes ou eventos adversos ao longo da prática profissional, na qual se observa que os profissionais que nunca notificaram incidentes tendem a avaliar a dimensão de modo mais positivo.

À luz do que foi referido anteriormente, pode considerar-se que o desconhecimento induz, por vezes, uma percepção mais favorável sobre determinada situação. O que não é sinónimo de melhor segurança, mas sim revelador da consciência desvirtuada da realidade.

Ao analisar a relação entre a percepção da cultura de segurança do doente e a experiência na utilização do SNNIEA, confirma-se que os profissionais que utilizam o SNNIEA tendem a avaliar de forma mais positiva a “resposta ao erro não punitiva”. Este resultado pode levar-nos a concluir que o conhecimento e a experiência de utilização de sistemas de notificação anónimos e não punitivos minimizam o receio de culpabilização do erro.

A formação neste âmbito terá, certamente, um papel preponderante. Além de desmistificar a actual concepção do erro, é fundamental ensinar, treinar e incentivar os profissionais a utilizar este sistema de notificação.

5 – Conclusões

A segurança do doente é um imperativo ético e, felizmente, uma preocupação crescente dos profissionais e organizações prestadoras de cuidados de saúde. Avaliar a cultura de segurança é uma ferramenta fundamental à melhoria da qualidade nos cuidados.

Com a realização deste estudo procurou avaliar-se a cultura de segurança do doente pediátrico, percebida pelos profissionais de saúde dos serviços de internamento de pediatria do CHUC e alargar o conhecimento sobre cada uma das dimensões que lhe são inerentes. Estas informações serão, certamente, úteis ao planeamento de medidas promotoras da segurança do doente, orientando a intervenção para alguns aspectos menos positivos.

Perante os objectivos estabelecidos verificou-se que a dimensão considerada mais forte é o “trabalho em equipa”. Com uma avaliação média positiva de 86.2%, destaca-se inclusive de outros estudos nacionais e internacionais. As “expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança”, a “aprendizagem organizacional – melhoria contínua” e a dimensão “transições” são também valorizadas positivamente, mas devem a longo prazo ser alvo de alguma intervenção para que um dia possam ser encarados aspectos fortes da instituição.

Mediante a análise dos dados, as dimensões tidas como problemáticas são o “apoio à segurança pela gestão” (39.9%), “frequência da notificação de eventos” (39.1%), a dotação de “profissionais” (41.5%) e a “resposta ao erro não punitiva” (33.5%), pelo que necessitam de intervenção prioritária.

Quanto ao grau de segurança que os profissionais atribuem ao seu serviço, 81.5% entendem que se situa entre o muito bom e o excelente, apesar de uma grande maioria (79.6%) não ter notificado nenhum incidente nos 12 meses que precederam a colheita de dados, 63.5% nunca o fez no decurso da sua prática profissional, 51.5% desconhecem o SNNIEA e 74.3% não sabem do que falamos quando se menciona a Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Estes resultados são, sem dúvida, preocupantes. Merecem profunda reflexão e induzem a necessidade de desenvolver uma política de segurança do doente que promova a notificação voluntária e não punitiva de todos os incidentes.

Através da análise inferencial constatou-se que a percepção de cultura de segurança do doente pediátrico é influenciada pelas variáveis sociodemográficas (sexo e idade) e pela profissão, com uma avaliação tendencialmente mais positiva por parte da classe médica.

Relativamente às variáveis de contexto profissional, apesar de alguns autores terem demonstrado que a experiência profissional tem impacto na segurança do doente, no nosso estudo não se comprovou a existência de outras relações excepto a correlação positiva, estatisticamente significativa, entre a experiência em pediatria e a percepção da cultura de segurança na dimensão “resposta ao erro não punitiva”.

O conhecimento dos profissionais acerca do SNNIEA, sistema de notificação de utilização recomendada no centro hospitalar, está aquém do esperado. Analisando a sua relação com a percepção da cultura de segurança do doente, observou-se significância estatística para as dimensões “percepções gerais sobre a segurança”, “*feedback* e comunicação acerca do erro” e “resposta ao erro não punitiva”. Os profissionais que afirmaram conhecer o SNNIEA tendem a fazer uma pior avaliação das “percepções gerais sobre a segurança” do doente, o que nos leva a considerar que o desconhecimento induz uma percepção mais favorável da situação.

Por outro lado, confirmou-se que os profissionais com experiência de utilização do SNNIEA tendem a avaliar de forma mais positiva a “resposta ao erro não punitiva”.

Avaliar a cultura de segurança é apenas o primeiro passo. A segurança de qualquer organização deve ser uma preocupação central e vista como um processo evolutivo, permeável à implementação de medidas correctivas e influenciada pela acção dos profissionais. É com este espírito que se justifica a necessidade deste trabalho. Perante os resultados, sugerimos que se prepare e efective um plano de formação adequado e estruturado, dirigido ao conhecimento deficitário dos inquiridos sobre processos de certificação e acreditação, Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, SNNIEA e importância da notificação de incidentes e eventos adversos. Os profissionais devem também ser ensinados a olhar o erro de uma outra forma, numa perspectiva mais positiva, livre do sentimento de culpa, encarando-o como um aliado ao processo de aprendizagem e útil à construção de um hospital progressivamente mais seguro.

Quanto à dotação de profissionais, tendo em conta que os elementos da amostra percebem este aspecto como problemático, sugere-se averiguar a existência de dotações seguras, valorizando a importância de cada uma das classes profissionais que integram a equipa multidisciplinar. O descontentamento dos profissionais em trabalharem mais horas por turno deve também ser considerado. Neste contexto, é oportuno desenvolver

mais estudos com o intuito de conhecer as causas desta situação e suas implicações, orientando assim a implementação de estratégias adequadas à resolução do problema.

Acreditamos que os objectivos definidos para este estudo foram alcançados. Convém, todavia, salientar a existência de algumas limitações que podem resultar num enviesamento dos resultados encontrados, pelo que é necessária prudência na sua interpretação e generalização.

A primeira limitação a considerar prende-se com a escassez de estudos sobre cultura de segurança do doente pediátrico, o que dificultou a discussão dos resultados. Optou-se por evidenciar os dados obtidos, efectuar uma leitura à luz da bibliografia existente e referir alguns resultados de estudos já efectuados em meio hospitalar em Portugal e nos EUA, apesar de não serem exclusivamente na área pediátrica.

Outro aspecto não menos relevante relaciona-se com o tipo de amostragem e número de elementos, não existindo garantia de ser representativa da população, o que impossibilita a generalização dos resultados.

O modo como o questionário foi distribuído pelos profissionais, dependendo da colaboração do enfermeiro chefe e/ou director de cada um dos serviços, teve influência no número de questionários preenchidos em cada um dos serviços. Por outro lado, o tempo limitado para realizar a colheita de dados, aliado ao facto dos profissionais evidenciarem que “trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados”, poderá justificar o facto de cerca de 50% dos elementos da população não se terem disponibilizado a participar no estudo.

Seria interessante a replicação do estudo, recorrendo a um método de amostragem probabilístico, incluindo a totalidade dos serviços do departamento de pediatria. A concretização do estudo em outro centro hospitalar com idênticas características contribuiria para a efectiva compreensão da cultura de segurança do doente pediátrico.

Acreditamos que uma mudança de cultura nunca será um processo fácil, mas é possível. Apostando na formação profissional e na implementação de medidas simples, com pequenos passos, é possível construir um hospital mais seguro, beneficiando doentes, profissionais e a instituição.

Referências bibliográficas

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2014). Acedido em <http://www.ahrq.gov/>
- Askin, D. & Wilson, D. (2014). Recém-nascido de alto risco e família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Ed.). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (Vol. 1, 9ª ed., pp. 331-411). Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda.
- Bacha, E. A. (2007). Patient safety and human factors in a pediatric cardiac surgery. *Pediatric Cardiology*, 28(2), 116-121. Acedido em <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00246-006-1448-3>
- Baker, D. P., Day, R & Salas, E. (2006). Teamwork as an Essential Component of High-Reliability Organizations. *Health Services Research*, 41(4 Pt 2), 1576-1598. doi: 10.1111/j.1475-6773.2006.00566.x
- Boysen, P. G. (2013). Just Culture: A Foundation for Balanced Accountability and Patient Safety. *The Ochsner Journal*, 13, 400-406. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3776518/pdf/i1524-5012-13-3-400.pdf>
- Brown, T. L. (2014). Especificidades nas intervenções de enfermagem em pediatria. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Ed.). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (Vol. 2, 9ª ed., pp. 1061-1118). Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda.
- Campos, L., Saturno, P. & Carneiro, A. V. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – A qualidade dos cuidados e dos serviços*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na evidência (CEMBE), Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Acedido em <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>
- Carneiro, A. V. (2010). O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica. *Revista portuguesa de saúde*

pública, 10, 3-10. Acedido em <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/1-O%20erro%20clinico.pdf>

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. (2014). Acedido em <http://svrintranet.huc.min-saude.pt/portal/paginas/processo-de-certificacao/servicos-certificados.php>

Conselho da União Europeia. (2009, Junho 9). *Recomendações 2009/C 151/01*.

Recomendação do Conselho sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde. Acedido em http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_ro.pdf

Coutinho, C.P. (2011). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.

Despacho n.º 14223/2009. (2009, Junho 24). Estratégia nacional para a qualidade na saúde. [Portugal]. *Diário da República*, 2(120), 24667-24669. Acedido em <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/17393/Desp142232009QualidSaude1.pdf>

Eiras, M., Escoval, A., Grillo, I. M. & Silva-Fortes, C. (2014). The hospital survey on patient safety culture in portuguese hospitals – instrument validity and reliability. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 27(2), 111-122. doi: 10.1108/IJHCQA-07-2012-0072

El-Jardali, F., Dimassi, H., Jamal, D., Jaafar, M. & Hemadeh, N. (2011, February 24). Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Services Research*, 11(45). doi: 10.1186/1472-6963-11-45

Fernandes, A. & Queirós, P. (2011). Cultura de segurança do doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(4), 37-48. Acedido em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserllln4/serllln4a04.pdf>.

Fragata, J. & Martins, L. (2004). *O erro em medicina – perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra: Almedina.

- Fragata, J. (2010). A segurança dos doentes: Indicador de qualidade em saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26(6), 564-570. Acedido em <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10799&path%5B%5D=10535>.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos doentes: uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel.
- Gomes, M. J. (2012). *Cultura de segurança do doente no bloco operatório* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Acedido em <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24068&code=984>
- Grant, M. J., Donaldson, A. E. & Larsen, G. Y. (2006). The safety culture in a children's hospital. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(3), 233-229. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16816602>
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M. & Donaldson, M. S. (1999). *To err is human: building a safer health system*. Washington, D.C.: Institute of Medicine. Acedido em <https://www.nap.edu/books/0309068371/html/>
- Lage, M. (2010). Segurança do doente: Da teoria à prática clínica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10(1), 11-16. Acedido em http://www.chlc.min-saude.pt/ResourcesUser/CHL/Informacao_Institucional/Elsevier_proof.pdf.
- Mardon, R. E., Khanna, K., Sorra, J., Dyer, N. & Famolaro, T. (2010, December). Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events. *Journal of patient safety*, 6(4), 226-232. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21099551>
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística – com utilização do SPSS* (3ª edição). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90. Acedido em <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204%281%29%20-%2065-90.pdf>

- Marques, A., Marcelino, F., Sampaio, A., Gomes, F., Ferreira, D., Morais, E. & Cavaco, A. (2012). *Plano estratégico do serviço de enfermagem: 2012-2015*. Coimbra: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.
- Miller, M. R., Elixhauser, A. & Zhan, C. (2003). Patient safety events during pediatric hospitalizations. *Pediatrics*, 111(6), 1358-1366. Acedido em <http://pediatrics.aappublications.org/content/111/6/1358.short>
- Morath, J. & Leary, M. (2004, November-December). Creating safe spaces in organizations to talk about safety. *Nursing Economic\$, 22(6)*, 344-354. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15651595>
- Muething, S., Goudie, A., Schoettker, P., Donnely, P., Goodfriend, M., Bracke, T., Brady, P., Wheeler, D., Anderson, J. & Kotagal, U. (2012). Quality improvement initiative to reduce serious safety events and improve patient safety culture. *Pediatrics*, 130(2), e423-e431. doi: 10.1542/peds.2011-3566.
- Nascimento, A. (2011). Sécurité des patients et culture de sécurité: une revue de la littérature. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(8), 3591-3602. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n8/a27v16n8.pdf>
- Nieva, V. F. & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality & Safety Health Care*, 12 (Suppl 2), ii17-ii23 doi:10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17
- Ordem dos Enfermeiros. (2014, Janeiro). *Dados estatísticos a 31-12-2013*. Acedido em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/DadosEstatisticos/2013/files/assets/comm on/downloads/Dados%20Estat.pdf>
- Paese, F. & Sasso, G.T. (2013, Abril-Junho). Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Texto Contexto Enferm*, 22(2), 302-310. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a05.pdf>
- Pedroto, I. (2006). Risco clínico e segurança do doente. *Nascer e Crescer*, 15(3), S168-S173. Acedido em http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1185/1/RiscoClinico_15-3_Web.pdf

- Peralta, T. J. A. (2012). *Segurança do doente – perspectivas dos profissionais de um hospital da região centro* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Acedido em <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24072&code=327>
- Pereira, M. C. & Fávero, N. (2001, Julho). Motivação no trabalho da equipa de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(4), 7-12. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n4/11476.pdf>
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS* (4ª edição). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Pimenta, L.C. (2013). *Avaliação da cultura de segurança do doente e propostas de melhoria* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa e Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve). Acedido em <http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/2929/1/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20cultura%20de%20seguran%C3%A7a%20do%20doente%20e%20propostas%20de%20melhoria.pdf>
- Poley, M. J., Starre, C., Bos, A, Dijk, M. & Tibboel, D. (2011). Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: an evaluation using the safety attitudes questionnaire. *Pediatric Critical Care Medicine*, 12(6), e310-e316. doi: 10.1097/PCC.0b013e318220afca
- Portugal, Ministério da Saúde, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. (2009). *Governança dos hospitais: Nos 30 anos do SNS: Conclusões de um grupo de trabalho da ARSLVT*. Lisboa: ARSLVT. Acedido em http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Eventos/Gov%20CI%C3%ADnica%20dos_hospita is_-Conclus%C3%B5es_finais_20_07_09_.pdf
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde. (2011a). *Avaliação da cultura de segurança do doente numa amostra de hospitais portugueses: Resultados do estudo piloto*. Lisboa: DGS. Acedido em

<http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdepartamento-da-qualidade-na-saude%2Fdocumentos%2Frelatorio-da-avaliacao-de-cultura-de-seguranca-pdf.aspx&ei=8Y7SUvP1E9GU0QWAzYCYAw&usg=AFQjCNHecoKCmMwmUfVMbGx97ODwAIMCRQ&bvm=bv.59026428,d.d2k>.

Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde. (2011b). *Relatório técnico – Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente*. Lisboa: DGS. Acedido em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>

Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. (2012). Norma nº 017/2012 de 19/12/2012: *Taxonomia para notificação de incidentes e eventos adversos*. Lisboa: DGS. Acedido em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0172012-de-19122012.aspx>

Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. (2013). Norma nº 008/2013 de 15/05/2013: *Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos*. Lisboa: DGS. Acedido em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082013-de-15052013.aspx>

Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. (2014). Informação da Direcção-Geral da Saúde n.º 002/2014 de 25/02/2014: *Relatório de Progresso de Monitorização do SNNIEA 2013*. Lisboa: DGS. Acedido em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/informacoes/informacao-n-0022014-de-25022014-pdf.aspx>

Portugal, Ministério da Saúde, Secretaria Geral. (2006, Janeiro 12). Circular Normativa n.º 01 de 12/01/2006: *Regime de trabalho de horário acrescido: Critérios*. Acedido em http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/F45401E3-62A5-4E0B-998A-A6D02659EAD3/4091/CN_0601_01Hor%C3%A1rio20Acrescido_Anexo1.pdf

- Profit, J., Etchegaray, J., Peterson, L., Sexton, J., Hysong, S., Mei, M. & Thomas, E. (2012, March). The safety attitudes questionnaire as a tool for benchmarking safety culture in the NICU. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 97(2), 127-132. doi: 10.1136/archdischild-2011-300612.
- Regulamento n.º 533/2014. (2014, Dezembro 2). Norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. [Portugal]. *Diário da República*, 2(233), 30247-30254. Acedido em <http://www.aenfermagemasleis.pt/wp/wp-content/uploads/2014/12/A-Enfermagem-e-as-Leis-DR-Norma-para-o-c%C3%A1culo-de-Dota%C3%A7%C3%B5es-Seguras-nos-Cuidados-de-Enfermagem-02-12-2014.pdf>
- Ribas, M. J. (2010). Eventos adversos em cuidados de saúde primários: promover uma cultura de segurança. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26, 585-589. Acedido em http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF6/004450_RevPortCliGeral.pdf
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Ed.). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (Vol. 2, 9ª ed., pp. 1025-1060). Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda.
- Sorra, J. & Dyer, N. (2010). Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research*, 10(199), 1-13. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2912897/pdf/1472-6963-10-199.pdf>
- Sorra, J. & Nieva, V. (2004). Hospital survey on patient safety culture. *Agency for Healthcare Research and Quality Publication* (04-0041). Rockville: Autor. Acedido em <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>
- Sousa, A. M. (2013). *Avaliação da cultura de segurança do doente num centro hospitalar da região centro* (Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra). Acedido em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/24879/2/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20mestrado%20de%20A.%20M.%20Sousa%20-%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20cultura%20de%20seguran%C3%A7a%20do%20doente%20num%20centro%20hospitalar%20da%20regi%C3%A3o%20centro.pdf>

20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20Cultura%20Seguran%C3%A7a%20do%20d
oente.pdf

Sousa, P. (2006). Patient safety: A necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Medica Portuguesa*, 19(4), 309-318. Acedido em <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/964/637>.

Stavrianopoulos, T. (2012, April-June). The development of patient safety culture. *Health Science Journal*, 6(2), 201-211. Acedido em <http://www.hsj.gr/volume6/issue2/623.pdf>

Weaver, S. J., Lubomksi, L. H., Wilson, R. F., Pfoh, E. R., Martinez, K. A. & Dy, S. M. (2013, March). Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals Internal Medicine*, 158(5_Part_2), 369-374. doi:10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002

Anexos

Anexo I – Instrumento de colheita de dados

PRIMEIRA PARTE: QUESTIONÁRIO SOBRE AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE EM HOSPITAIS

(Traduzido e Validado Por: Doutora Margarida Eiras – Adaptado)

Chamo-me Dora Pedrosa, sou enfermeira e encontro-me a realizar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Saúde de Viseu, cujo tema de dissertação é **Cultura de Segurança do Doente Pediátrico – percepção dos profissionais de saúde**, sob orientação da Professora Doutora Ernestina Silva.

A segurança dos doentes é atualmente reconhecida como um componente de extrema relevância no que se refere à Qualidade em Saúde. Com este questionário pretende-se conhecer a sua opinião acerca da segurança da criança hospitalizada e da notificação de eventos/ocorrências adversas em pediatria.

Solicita-se que expresse a sua opinião pessoal na certeza de que os questionários serão tratados com a devida confidencialidade e anonimato.

Um "evento/ocorrência" é definido como qualquer tipo de erro, equívoco, incidente, acidente ou desvio, independentemente de ter ou não causado dano no doente.

A "segurança do doente" é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO: Este questionário demorará entre 10 a 15 minutos a responder.

Considere o serviço/unidade como sendo a área de trabalho, departamento ou área do hospital onde trabalha habitualmente.

SECÇÃO A: Identificação

1 – **Sexo:** Feminino Masculino

2 – **Idade:** ____ anos

3 – **Alguma vez tinha respondido a este questionário?** Sim Não

4 – **O serviço/unidade onde trabalha é acreditado/certificado?** Sim Não

5 – **No âmbito das tarefas e funções inerentes à sua profissão, usualmente interage ou tem contacto direto com doentes?** Sim Não

6 – **Profissão:**

- Assistente Técnico
- Assistente Operacional
- Enfermeiro
- Médico
- Técnico de diagnóstico e terapêutica

Especifique: _____

Técnico superior _____

Outro Qual? _____

7 – **Em que serviço/unidade exerce funções?**

- Cirurgia Pediátrica
- Oncologia Pediátrica
- Ortopedia Pediátrica
- Pediatria Médica
- UCI – Hospital Pediátrico de Coimbra
- UCIN – Maternidade Bissaya Barreto
- UCIRN – Maternidade Dr. Daniel de Matos

8 – **Experiência no serviço/unidade:** ____ anos e ____ meses

9 – **Experiência profissional em pediatria:** ____ anos e ____ meses

10 – **Experiência na Instituição:** ____ anos e ____ meses

11 – **Alguma vez frequentou formação relativa a segurança do doente e gestão de risco?** Sim Não

12 – **Se tivesse oportunidade, frequentaria formação sobre segurança e gestão de risco nos cuidados de saúde?** Sim Não

SECÇÃO B: O seu Serviço/unidade de trabalho

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do serviço/unidade onde trabalha. Utilize para isso a escala indicada:

1- Discordo fortemente 2- Discordo 3- Não concordo nem discordo 4- Concordo 5- Concordo fortemente

	1	2	3	4	5
1. Neste Serviço/unidade os profissionais entreadjudam-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Neste Serviço/unidade as pessoas tratam-se com respeito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Aqui, os erros conduzem a mudanças positivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste serviço/unidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Trabalhamos em "modo crise", tentando fazer muito, demasiado depressa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Neste serviço/unidade temos problemas com a segurança do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SECÇÃO C: O seu superior hierárquico

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do seu superior hierárquico. Utilize para isso a escala indicada:

1- Discordo fortemente 2- Discordo 3- Não concordo nem discordo 4- Concordo 5- Concordo fortemente

	1	2	3	4	5
1. O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhemos mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SECÇÃO D: Comunicações

Com que frequência acontece este tipo de situações no serviço/unidade onde trabalha? Para responder utilize a escala indicada:

1- Nunca 2- Raramente 3- Por vezes 4- A maioria das vezes 5- Sempre

	1	2	3	4	5
1. É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Somos informados acerca de erros que aconteçam neste serviço/unidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Neste serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SECÇÃO E: Frequência da notificação de eventos/ocorrências

No serviço/unidade onde trabalha, quando os eventos/ocorrências seguintes ocorrem, quantas vezes são notificados? Para responder utilize a escala indicada:

1- Nunca 2- Raramente 3- Por vezes 4- A maioria das vezes 5- Sempre

	1	2	3	4	5
1. Quando ocorre um evento/ocorrência, mas é detetado e corrigido antes de afectar o doente, com que frequência é notificado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Quando ocorre um evento/ocorrência, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é notificado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SECÇÃO F: Grau de segurança do doente

Por favor atribua ao seu serviço/unidade de trabalho neste Hospital, um grau sobre a segurança do doente (assinale apenas uma resposta)

Excelente

Muito Boa

Aceitável

Fraca

Muito Fraca

SECÇÃO G: O seu Hospital

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do seu hospital. Utilize para isso a escala indicada:

1- Discordo fortemente 2- Discordo 3- Não concordo nem discordo 4- Concordo 5- Concordo fortemente

	1	2	3	4	5
1. A Direção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Os serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um serviço/unidade para outro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Existe boa colaboração entre os serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros serviços/unidades do Hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários serviços/unidades do Hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. As ações da Direção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. A Direção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Os serviços/unidades do hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. As mudanças de turno neste Hospital são problemáticas para o doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SECÇÃO H: Número de eventos/ocorrências notificadas

Nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos/ocorrências preencheu e entregou?
(Escolha apenas UMA resposta)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Nenhum | <input type="radio"/> 1 a 2 relatórios de eventos/ocorrências |
| <input type="radio"/> 3 a 5 relatórios de eventos/ocorrências | <input type="radio"/> 6 a 10 relatórios de eventos/ocorrências |
| <input type="radio"/> 11 a 20 relatórios de eventos/ocorrências | <input type="radio"/> 21 ou mais relatórios de eventos/ocorrências |

SEGUNDA PARTE: SEGURANÇA DO DOENTE – DO CONHECIMENTO À OPINIÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

A – Estrutura Concetual e Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos.

Por favor, responda às seguintes questões:

- 1 – Conhece a Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente? Sim Não
- 2 – Conhece o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos? Sim Não
- 3 – Já utilizou alguma vez o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos? Sim Não
- 4 – Já notificou algum incidente ou evento adverso ao longo da sua prática profissional? Sim Não

B – Relativamente à segurança e gestão do risco

Indique o grau de concordância com as seguintes afirmações. Para tal, seleccione uma das opções apresentadas.

- 1 – Considera que a notificação de incidentes e eventos adversos, de forma anónima, contribui para a participação dos profissionais de saúde na melhoria da segurança do doente?

Discordo
Fortemente

Discordo

Não concordo
nem discordo

Concordo

Concordo
fortemente

- 2 – A segurança do doente é um dever ético dos profissionais de saúde?

Discordo
Fortemente

Discordo

Não concordo
nem discordo

Concordo

Concordo
fortemente

Muito obrigada pela sua participação!

Por favor, coloque o questionário no envelope que lhe foi facultado.

Anexo II – Autorização para utilização do instrumento de colheita de dados

Data: Wed, 15 Jan 2014 18:25:35 +0000

De: ernestinabatoca@sapo.pt

Assunto: Pedido de autorização para utilizar o Questionário sobre Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais

Para: margarida.eiras@estesl.ipl.pt

Cara Prof. Doutora Margarida Eiras:

Tenho um grupo de quatro estudantes/enfermeiras a realizar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Saúde de Viseu, que pretendem realizar a sua investigação final de mestrado com o tema “Cultura de Segurança do Doente Pediátrico – percepção dos profissionais de saúde”. Venho por este meio solicitar a V. Ex.^a Prof^a Doutora Margarida Eiras o fornecimento e a autorização para a utilização do Questionário sobre Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais, traduzido do original Hospital Survey on Patient Safety Culture, da Agency for Health Research and Quality (AHRQ) e validado por si para a população portuguesa.

Estamos disponíveis para lhe fornecermos os resultados caso seja do seu interesse.

Com os meus melhores cumprimentos,

Ernestina Batoca - PhD

Prof. Coordenadora Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu

Coordenadora Unidade Científico Pedagógica de Enfermagem da Criança e do Adolescente

Data: Tue, 21 Jan 2014 23:25:57 +0000

De: Margarida Eiras margarida.eiras@estesl.ipl.pt

Assunto: Re: Fwd: Pedido de autorização para utilizar o Questionário sobre Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais

Para: ernestinabatoca@sapo.pt

Boa noite Cara Professora Doutora Ernestina Silva

Fico muito grata pelo interesse demonstrado na utilização do HSPSC

Naturalmente que estou interessada em receber os resultados do estudo em questão

junto o questionário para facilitar o acesso

Com os melhores cumprimentos,

Margarida Eiras

MARGARIDA EIRAS, PhD

Departamento CTRBS

Tlf: +351 218 980 400 ext. 551

Anexo III – Pedido de autorização para efectuar a colheita de dados



S. R.
Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Nuno Carreira

Exmo. Sr.
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
Praceta Prof. Mota Pinto
3000-075 COIMBRA

VOSSA REFERÊNCIA:

VOSSA DATA:

NOSSA REFERÊNCIA

ESSV 0202 18-FEB-'14

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) e a estudante Dora Lúcia Lopes Pedrosa, do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria estão a realizar um estudo subordinado ao tema "*Cultura de Segurança do Doente Pediátrico – Perceção dos Profissionais de Saúde*".

Pretende-se com este estudo caracterizar a Cultura de Segurança do Doente Pediátrico percecionada pelos profissionais de saúde, identificar quais os fatores e indicadores que se revelam fortes relativamente à Cultura de Segurança do Doente Pediátrico, identificar quais os fatores e indicadores que se revelam problemáticos relativamente à Cultura de Segurança do Doente Pediátrico, determinar a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais na perceção dos profissionais de saúde acerca da Cultura de Segurança do Doente Pediátrico e verificar a frequência de notificação de eventos/ocorrências adversas.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.^a se digne autorizar a recolha de dados/informação junto dos profissionais de saúde (assistentes técnicos, assistentes operacionais, enfermeiros, médicos, técnicos de diagnóstico e terapêutica, técnicos superiores) dos serviços de Cirurgia Pediátrica, Pediatria Médica, Ortopedia e Neurocirurgia Pediátrica, Hemato-oncologia Pediátrica e Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra, bem como profissionais de saúde a exercer funções nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais das maternidades Bissaya Barreto e Dr. Daniel de Matos nos meses de Março e Abril de 2014.

Em anexo enviamos exemplares do Parecer da Comissão de Ética da ESSV, do Instrumento de Recolha de Dados e do Projeto de Investigação.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.^a, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Doutora Ernestina Batoca é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone (232419100) ou fax (232428343) da ESSV.

Agradecendo desde já a disponibilidades e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

O Presidente da ESSV

Professor Doutor Carlos Pereira

AR/NC

Anexo IV – Autorização da Comissão de Ética e Conselho de Administração do CHUC
para realização do estudo



AUTORIZAÇÃO DE PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

CHUC	052	14
------	-----	----

NOME DO PROJECTO:

CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE PEDIÁTRICO – PERCEÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Enf.^a Dora Lúcia Lopes Pedrosa

Tendo por base o parecer da Comissão de Ética, é autorizada a realização, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, do Projecto de Investigação supracitado.

DATA: 21 / 8 / 14

Presidente do Conselho de Administração

Dr. José Martins Nunes
Presidente do Conselho de Administração
C.H.U.C. - E.P.E.

(Dr. José Martins Nunes)

Comissão de Ética para a Saúde



Visto / À U.I.D.
para difusão

Prof. Doutor José Pedro Figueiredo
Director Clínico
C.H.U.C. - EPE

Exmo. Senhor
Prof. Doutor José Pedro Figueiredo
Digmº Director Clínico do
CHUC, EPE

S/Refª

S/Comunicação

N/Ref. - Ofício n.º
CES/117

Data
16.07.2014

Assunto: [CHUC-052-14] - *Estudo Observacional "Cultura de Segurança do Doente Pediátrico - Percepção dos profissionais de saúde"* - Dora Lúcia Lopes Pedrosa - estudante do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Saúde de Viseu (estudo a ser realizado nos Serviços de Cirurgia Pediátrica, Pediatria Médica, Ortopedia Pediátrica, Oncologia Pediátrica, Unidade de Cuidados Intensivos HP, Neonatologia A e B).

Cumpre-me informar Vossa Ex.ª de que a Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, reunida em 11 de Julho de 2014, com a presença da maioria dos seus membros, após análise do projecto mencionado em epígrafe e ouvido o relator, emitiu parecer favorável à sua realização. Deliberação aprovada por unanimidade.

Fundamentação:

O estudo tem como objectivos: - Caracterizar a cultura de segurança do doente pediátrico percebida pelos profissionais de saúde; - Identificar quais os factores e indicadores que se revelam fortes e quais os problemáticos, devendo ser encarados como oportunidades para melhorar.

O estudo a realizar é do tipo quantitativo, descritivo-correlacional e transversal.

Os dados serão recolhidos mediante a aplicação de um questionário, existindo prévia autorização para utilização do instrumento traduzido e validado para a população portuguesa. Os questionários serão entregues nos serviços previamente estabelecidos e será solicitada a colaboração dos

Contacto:

Comissão de Ética para a Saúde

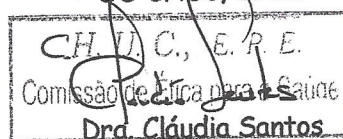


enfermeiros chefes/directores de serviço ou seu representante para proceder à distribuição dos mesmos pelos profissionais de saúde.

Mais se informa que a CES do CHUC deve ser semestralmente actualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada de relatório final.

Com os melhores cumprimentos.

PI' A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE
DO CHUC, E.P.E.



A CES do CHUC: Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros; Prof.ª Doutora Maria Fátima Pinto Saraiva Martins; Dr. Mário Rui Almeida Branco; Enf.º Adélio Tinoco Mendes; Prof. Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro; Padre José António Afonso Pais; Dr. José António Feio; Dr. José Alves Grilo Gonçalves; Enf.º Fernando Mateus; Dr. José António Pinheiro; Dra. Cláudia Santos; Dr. Paulo Figueiredo.

Contacto: