

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



Agradecimentos

Foram várias as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização do presente trabalho e às quais faço questão de deixar aqui o meu profundo e sincero agradecimento.

Aos que colaboraram de uma forma mais próxima:

- À Escola Superior de Saúde de Viseu, ao seu corpo docente, direção e administração pela oportunidade de formação;
- À Professora Doutora Ernestina Batoca Silva pela orientação, empenho, apoio e incentivo;
- Ao Hospital Dr. Nélio Mendonça pelo consentimento para a execução deste estudo;
- Aos profissionais de saúde que colaboraram na realização deste trabalho;
- À minha família pelo apoio incondicional;
- Aos meus amigos pela compreensão dos meus momentos de ausência dedicados à execução deste trabalho.

Resumo

Introdução: A segurança do doente encontra-se no topo das prioridades das agendas políticas de saúde a nível mundial, sendo um dos grandes desafios para a saúde no século XXI, particularmente a da criança pela sua vulnerabilidade. A cultura de segurança é o coletivo de valores, perceções e atitudes de um grupo face à segurança. Em Portugal a Direção-Geral da Saúde (2013) declara que o questionário sobre “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais Portugueses” deve ser aplicado em 2014 nos hospitais do Sistema de Saúde.

Objetivo: O nosso objetivo geral é caracterizar a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico.

Metodologia: É um estudo descritivo, transversal e correlacional, de abordagem quantitativa. A amostra (n=91) é constituída por enfermeiros (67.0%), médicos (18.7%) e assistentes operacionais (11.0%).

Resultados: Destacam-se enquanto fortes as dimensões “Trabalho em equipa”, “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua”, “Feedback e comunicação acerca do erro” e “Perceções gerais sobre a segurança do doente”, sendo consideradas como oportunidades de melhoria as dimensões “Resposta ao erro não punitiva”, “Apoio à segurança do doente pela gestão” e “Profissionais”. Dos inquiridos, 58.2% classificou o “Grau de segurança do doente” como muito bom e 34.1% como aceitável. Quanto ao “número de eventos/ocorrências notificadas”, 84.6% dos inquiridos não entregou nenhum relatório.

Conclusão: A positividade das dimensões “Trabalho em equipa”, “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua” e “Feedback e comunicação acerca do erro” evidencia o potencial da instituição/profissionais para o desenvolvimento de estratégias de melhoria da cultura de segurança do doente pediátrico.

Palavras-chave: qualidade em saúde; segurança do doente; cultura de segurança do doente.

Abstract

Introduction: Patient safety is a top priority of health policy agendas worldwide and is a major challenge for healthcare systems in the twenty-first century, particularly of children due to their vulnerability. Safety culture is the collective values, perceptions and attitudes of a group in relation to security. In Portugal the General Directorate of Health (2013) states that the questionnaire on "Evaluation of Patient Safety Culture in Portuguese Hospitals" should be applied in 2014 in the hospitals of the Health System.

Objective: Our overall goal is to characterize the perception of health professionals about the pediatric patient safety culture.

Methods: This is a descriptive, cross-sectional and correlational study, with a quantitative approach. The sample (n = 91) consists of nurses (67.0%), doctors (18.7%) and operational assistants (11.0%).

Results: "Teamwork", "Organizational learning - continuous improvement", "Feedback and communication about error" and "general perceptions about patient safety" are regarded as strong dimensions, whereas "Non-punitive error reply", "Support for patient safety by management" and "Professionals" are considered improvement opportunities. Of the respondents, 58.2% ranked the "patient safety grade" as very good and 34.1% as acceptable. Concerning the "number of events / reported events", 84.6% did not provide any report.

Conclusion: The positivity of dimensions "Teamwork", "Organizational learning - continuous improvement" and "Feedback and communication about error" shows the potential of the institution / professionals to develop strategies to improve the pediatric patient safety culture.

Keywords: healthcare quality; patient safety; patient safety culture.

Sumário

	Pág.
Lista de Figuras	I
Lista de Quadros	II
Lista de Tabelas	III
Lista de Siglas	IV
Introdução	19
1ª PARTE – Revisão Narrativa da Literatura	
1. Qualidade em Saúde	25
1.1. Segurança do Doente.....	26
1.1.1. Segurança do doente pediátrico	32
1.1.2. Enquadramento ético e jurídico-legal da segurança do doente	35
1.1.3. Taxonomia e notificação do erro	37
1.2. Cultura de Segurança do Doente.....	39
2ª PARTE – Estudo Empírico	
2. Metodologia	45
2.1. Métodos.....	45
2.2. Participantes.....	48
2.3. Instrumento de recolha de dados.....	48
2.4. Procedimentos.....	56
2.5. Análise dos Dados.....	57
3. Resultados	59
4.1. Análise Descritiva	59
4.2. Análise Inferencial	71
4. Discussão	85
5. Conclusão	103
Referências Bibliográficas	109
Anexos	
Anexo I – Instrumento de colheita de dados	121
Anexo II – Pedido de autorização ao autor do instrumento	127
Anexo III – Pedido de parecer à comissão de ética	129
Anexo IV – Pedido de autorização para aplicação do instrumento	131
Anexo V – Autorização do Conselho de Administração para aplicação do questionário	133

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1 – Modelo do “Queijo Suíço”	32
Figura 2 – Modelo conceptual do estudo	47

Lista de Quadros

	Pág.
Quadro 1 – Dimensões e questões da cultura de segurança do doente	50
Quadro 2 – Dimensões da cultura de segurança do doente.....	51
Quadro 3 – Recodificação das escalas e interpretação dos dados	53
Quadro 4 – Valores obtidos para as dimensões da Cultura de Segurança do Doente e respetiva ordenação da dimensão mais forte para a mais fraca.....	87

Lista de Tabelas

	Pág.
Tabela 1 – Consistência interna das dimensões do questionário sobre Cultura de Segurança do Doente	56
Tabela 2 – Caracterização dos elementos da amostra	60
Tabela 3 – Medidas descritivas referentes aos itens e à dimensão “Trabalho em equipa” ...	62
Tabela 4 – Medidas descritivas referentes aos itens e à dimensão “Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente”	63
Tabela 5 – Medidas descritivas referentes aos itens e à dimensão “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua”	63
Tabela 6 – Medidas descritivas referentes aos itens e à dimensão “Apoio à segurança do doente pela gestão”	64
Tabela 7 – Medidas descritivas referentes aos itens e à dimensão “Percepções gerais sobre a segurança do doente”	65
Tabela 8 – Medidas descritivas referentes aos itens e à dimensão “Feedback e comunicação acerca do erro”	65
Tabela 9 – Medidas descritivas referentes aos itens e à dimensão “Abertura na comunicação”	66
Tabela 10 – Medidas descritivas referentes aos itens e à dimensão “Frequência da notificação de erros”	66
Tabela 11 – Medidas descritivas referentes aos itens e à dimensão “Trabalho entre as unidades”	67
Tabela 12 – Medidas descritivas referentes aos itens e à dimensão “Profissionais”	68
Tabela 13 – Medidas descritivas referentes aos itens e à dimensão “Transições”	68
Tabela 14 – Medidas descritivas referentes aos itens e à dimensão “Resposta ao erro não punitiva”	69
Tabela 15 – Grau de segurança do doente e número de eventos/ocorrências notificados...	70
Tabela 16 – Estrutura concetual e SNNIEA	70
Tabela 17 – Gestão do risco	71
Tabela 18 – Correlação da frequência composta de respostas observada para cada dimensão com a idade do profissional	72

Tabela 19a – Comparação da frequência composta de respostas observada para cada dimensão em função do grupo profissional a que o inquirido pertence	73
Tabela 19b – Comparação do score observado para cada dimensão em função do grupo profissional a que o inquirido pertence	74
Tabela 20a – Comparação da frequência composta de respostas observada para cada dimensão em função do tempo de experiência no serviço/unidade onde o profissional trabalha	75
Tabela 20b – Comparação do score observado para cada dimensão em função do tempo de experiência no serviço/unidade onde o inquirido trabalha	75
Tabela 21a – Comparação da frequência composta de respostas observada para cada dimensão em função da unidade assistencial ou serviço onde o profissional trabalha.....	76
Tabela 21b – Comparação do score observado para cada dimensão em função da unidade assistencial ou serviço onde o inquirido trabalha	77
Tabela 22 – Comparação da frequência composta de respostas observada para cada dimensão em função do número de eventos/ocorrências notificadas pelo profissional	78
Tabela 23 – Comparação da frequência composta de respostas observada para cada dimensão em função do facto do profissional conhecer o SNNIEA.....	79
Tabela 24a – Comparação da frequência composta de respostas observada para cada dimensão em função do facto do profissional considerar 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	80
Tabela 24b – Comparação do score observado para cada dimensão em função do facto do inquirido considerar 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	81
Tabela 25a – Comparação da frequência composta de respostas observada para cada dimensão em função do facto do profissional considerar que a segurança do doente é um dever ético dos profissionais de saúde	82
Quadro 25b – Comparação do score observado para cada dimensão em função do facto do inquirido considerar que a segurança do doente é um dever ético dos profissionais de saúde	82

Lista de Siglas

AAP – American Academy of Pediatrics

ACSA – Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

AHRQ – Agency for Health Research and Quality

AO – Assistentes Operacionais

APDH – Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar

CHKS – Casper Healthcare Knowledge Systems

CISD – Classificação Internacional sobre Segurança do Doente

DGS – Direção-Geral de Saúde

DQS – Departamento da Qualidade na Saúde

EUA – Estados Unidos da América

IoM – Institute of Medicine

MS – Ministério da Saúde

NHS – National Health System

OAF – Organizações de Alta Fiabilidade

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

RAM – Região Autónoma da Madeira

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

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UCINP – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

UE – União Europeia

WHO – World Health Organization

Introdução

A problemática da segurança do doente afeta países nos vários níveis de desenvolvimento em todo o mundo. Apesar da dificuldade em conhecer a verdadeira dimensão do problema, estima-se que anualmente vários milhões de doentes são vítimas de danos, lesões ou morte, devido à falta de segurança na prestação dos cuidados de saúde (Pimenta, 2013). A este propósito, Fragata (2011) refere que ocorrem cerca de dez eventos adversos por cada cem internamentos hospitalares.

A segurança do doente é atualmente reconhecida como um componente de extrema relevância no que se refere à Qualidade em Saúde (Campos, Saturno & Carneiro, 2010; Gomes, 2012; Pimenta, 2013; Sousa, 2013), sendo que a Organização Mundial de Saúde (OMS) alertou em 2002 os Estados-Membros para a problemática da segurança dos doentes nas instituições de Saúde (Portugal, MS, DGS, 2014a).

No relatório *Global Priorities for Patient Safety Research* (WHO, 2008) são definidas algumas das áreas de investigação mais deficitárias, de entre as quais se destaca a fraca implementação da cultura de segurança nos serviços de saúde.

A cultura de segurança, segundo Fragata (2011), caracteriza-se pelo conjunto de valores partilhados (individuais e de grupo), perceções, competências, comportamentos e atitudes de segurança, ou seja, consiste em adotar a segurança como prioridade no comportamento diário e transversalmente na prática.

Recentemente a Direção-Geral da Saúde (DGS) lança uma norma onde declara que o questionário sobre “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais Portugueses” deve ser aplicado durante o ano de 2014 nos hospitais do Sistema de Saúde (Portugal, MS, DGS, 2013). São várias as instituições que, a nível nacional e internacional, trabalham em prol deste objetivo, sendo que um dos estudos mais relevantes nessa área em Portugal resultou da parceria entre o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) com a Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH) e foi realizado em sete hospitais nacionais (Portugal, MS, DGS, DQS, 2011a).

Considerando que a cultura de segurança de um hospital assume características próprias em cada instituição e indo ao encontro da orientação normativa da DGS anteriormente mencionada, surge a necessidade de produzir saber nesta área, razão que motivou a realização deste trabalho. Deste modo, temos como objetivo geral caracterizar a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico no

hospital onde desenvolvemos a nossa atividade profissional. A finalidade deste estudo consiste em darmos o nosso contributo à instituição através deste estudo, que certamente, constituirá uma mais-valia para a caracterização da situação e sensibilização dos profissionais de saúde no sentido da reflexão e definição de estratégias que se ofereçam como oportunidades de melhoria da cultura de segurança do doente pediátrico.

Para o nosso estudo definimos os seguintes objetivos específicos:

- Determinar a relação das variáveis sociodemográficas e profissionais e a perceção dos profissionais de saúde acerca da cultura de segurança do doente pediátrico.
- Identificar a relação da notificação de eventos/ocorrências e a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico.
- Analisar a relação existente entre o conhecimento acerca da Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente e do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos e a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico.
- Avaliar a relação da experiência na gestão do risco e a perceção dos profissionais de saúde acerca da cultura de segurança do doente pediátrico.

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e correlacional, com uma abordagem quantitativa.

A população do estudo é constituída por profissionais de saúde do Hospital Dr. Nélio Mendonça, da Região Autónoma da Madeira (RAM), pertencentes aos serviços de Pediatria, Urgência Pediátrica e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos (UCINP). A amostra é do tipo não probabilística por conveniência, constituída por 91 profissionais de saúde a exercer funções nos referidos serviços e que acederam voluntariamente colaborar no estudo. Os dados foram colhidos durante os meses de Abril e Maio de 2014.

O instrumento utilizado para a colheita de dados foi o Questionário Hospitalar sobre a Cultura de Segurança do Doente, traduzido e validado para a população portuguesa por Eiras (citado em Portugal, MS, DGS, DQS, 2011a), ao qual se adicionou uma segunda parte que afere o conhecimento dos profissionais sobre segurança e gestão do risco.

Todos os procedimentos ético-legais inerentes à realização de um trabalho de investigação foram cumpridos através do pedido de autorização à autora do questionário, à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu e, por fim, ao Presidente do Conselho de Administração do hospital em causa.

O tratamento estatístico foi executado com recurso ao programa de tratamento estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) na versão 22.0 de 2014.

Recorremos à estatística descritiva para a realização da análise exploratória dos dados obtidos e à estatística inferencial para a exposição do comportamento entre as variáveis.

No que se refere à organização estrutural do trabalho, este encontra-se dividido em duas partes. A primeira diz respeito à revisão narrativa da literatura onde procedemos à exposição do estado da arte sobre a matéria em estudo, definindo o quadro teórico e conceptual necessário para posterior análise das questões de investigação definidas. A segunda parte refere-se à metodologia utilizada, à apresentação e análise dos resultados obtidos, à sua discussão e interpretação e, finalmente, às conclusões alcançadas. No final do trabalho apresentamos as referências bibliográficas e os anexos.

I PARTE – Revisão Narrativa da Literatura

1 – Qualidade em Saúde

A qualidade em saúde é um conceito complexo, passível de ser analisado e definido sob várias perspetivas (Sousa, 2013). Aliás, a qualidade dos cuidados de saúde tem vindo a ser motivo de inquietação desde os primórdios da medicina, tendo sido abordada por personalidades que marcaram a história como é o caso de Florence Nightingale, Hipócrates e Ernest Codman (Campos et al., 2010; Fragata, 2009; Fragata, 2011).

No entanto, foi Avedis Donabedian, no final dos anos 1960, quem definiu pela primeira vez qualidade de modo consistente (Fragata, 2011). De acordo com Donabedian (2005) a definição de qualidade pode ser quase tudo o que alguém desejar, embora seja, frequentemente, um reflexo dos valores e objetivos vigentes no sistema de saúde e na sociedade onde pertence.

Por sua vez, o Institute of Medicine (IoM), dos Estados Unidos da América (EUA), define em 1990 qualidade em saúde como o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de se alcançarem resultados de saúde desejados e consistentes com o conhecimento profissional atual (IoM, 1990).

Não obstante a diversidade de definições de qualidade existentes, a definição proposta pelo Programa Ibérico de 1990 parece ser a mais completa, tendo sido adotada aquando da elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS) de 2011-2016 (Campos et al., 2010). Assim sendo, e segundo o programa supracitado, a qualidade constitui-se enquanto “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos utentes” (Campos et al., 2010, p. 12).

A definição de qualidade em saúde de Fragata (2011) vem ao encontro das duas anteriores e refere-se à prestação de cuidados de nível concordante com o estado da arte, no momento e doente exato, com satisfação de todos os envolvidos e igualdade no acesso. O mesmo autor afirma, também, que a qualidade em saúde resulta de uma triangulação de: “efetividade (eficácia e eficiência), experiência dos doentes (satisfação) e segurança (ausência de complicações)” (Fragata, 2011, p.19).

Campos et al. acrescentam, ainda no âmbito da elaboração do PNS 2011-2016, algumas dimensões para a qualidade em saúde, nomeadamente, efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, cuidados centrados no doente, continuidade e respeito (Campos et al., 2010).

Podemos afirmar, após análise das várias dimensões e de acordo com a literatura consultada, que a segurança do doente é uma pedra basilar da qualidade nos cuidados de saúde (Campos et al., 2010; Carneiro, 2010; Gomes, 2012; Pimenta, 2013; Sousa, 2013; Sousa, Uva & Serranheira, 2010). Aliás, verificou-se um aumento do interesse nas matérias relacionadas com a segurança e qualidade na saúde nos últimos 10 anos (Pimenta, 2013), sendo atualmente consideradas questões indissociáveis (Campos et al., 2010; Peralta, 2012; Pimenta, 2013; Sousa, Uva, Serranheira, Leite & Nunes, 2011) e com fronteiras comuns (Fragata, 2011). Assim, a segurança do doente constitui-se enquanto primeiro domínio da qualidade em saúde (Gomes, 2012), sendo que não se pode considerar de qualidade a prestação de cuidados que não seja segura (Fragata, 2011; Gomes, 2012), livre de erros ou complicações (Fragata, 2011).

1.1. – Segurança do Doente

A medicina é uma atividade de risco, não só para os doentes pelo risco de erro, mas também para os profissionais de saúde por exercerem uma atividade potencialmente perigosa (Fragata, 2011). A segurança do doente é um tópico cada vez mais atual e tem vindo a adquirir particular importância quer para os prestadores de cuidados, quer para a população (Lima, 2011; Sousa et al., 2010). A este propósito, a American Academy of Pediatrics (2011) refere que a sociedade em geral exige um sistema de saúde mais seguro.

Presentemente a segurança do doente surge enquanto um grave problema de saúde pública mundial (Conselho da União Europeia, 2009; Fragata, 2011; Lima, 2011; Portugal, MS, DGS, DQS, 2011a; WHO, 2014), fazendo parte das agendas políticas e de saúde de vários países (Fragata, 2011; Gomes, 2012; Nygren et al., 2013). Além disso, tem-se verificado um interesse crescente da comunidade científica, em todo o mundo, nos vários aspetos referentes à segurança do doente (Fragata, 2011; Sousa et al., 2011), sendo que se realizaram estudos um pouco por todo o mundo com o intuito de se perceber a dimensão desta problemática mais pormenorizadamente, uma vez que na maior parte dos casos apenas era conhecida a ponta do iceberg (Gomes, 2012). Assim, a segurança do doente tornou-se uma prioridade-chave para os sistemas de saúde (American Academy of Pediatrics, 2011).

A temática da segurança nos cuidados de saúde surge com o estudo Harvard Medical Practice Study, realizado em 1991 nos EUA, onde se concluiu que mais de metade das complicações associadas aos cuidados decorriam de erros que podiam ser evitados (Brennan, 1991, cit. por Fragata, 2011). No entanto, foi apenas no ano 2000 que o tema ganhou visibilidade com o relatório “To err is human” do IoM, após conhecido o número de

mortes anuais (44 000 a 98 000) resultantes de erros no sistema de saúde nos EUA (IoM, 1990).

Conseqüentemente, criaram-se por todo o mundo agências de segurança (Gomes, 2012; Lima, 2011). No ano 2000 a OMS manifestou inquietação com a segurança do paciente e adotou esta problemática enquanto elemento de elevada prioridade nas agendas políticas dos seus países membros. Em 2004 a OMS constituiu a Aliança Mundial para a segurança do paciente com o intuito de promover a nível mundial o desenvolvimento de práticas e políticas de segurança do paciente. Dessa aliança resultou um programa com seis áreas de ação: Definição de um desafio sobre a segurança global do paciente a cada dois anos; Envolvimento do paciente e do consumidor; Desenvolvimento de uma taxonomia sobre segurança do paciente; Investigação; Soluções para a redução dos riscos na prestação de cuidados e melhoria da segurança; Reporte e aprendizagem para melhoria da segurança do paciente (World Health Organization [WHO], 2004). Esta aliança partiu do princípio de que as más experiências com a segurança do doente num determinado local originam aprendizagens para a prevenção da recorrência dessas experiências noutros locais, pelo que se torna crucial garantir a divulgação mundial das intervenções/soluções bem-sucedidas para que possam ser replicadas (Ribas, 2010).

Em 2001 o Serviço Nacional de Saúde de Inglaterra cria a Agência Nacional de Segurança do Paciente com a missão de identificar os problemas de segurança do paciente e encontrar soluções adequadas (National Health System, 2014). Esta agência lança, também em 2004, sete passos para a melhoria da segurança do doente, nomeadamente: construir uma cultura de segurança, liderar e apoiar os profissionais, gerir o risco de forma integrada, promover a notificação, envolver e comunicar com os doentes e com o público, aprender e partilhar exemplos de segurança e implementar soluções para a prevenção de danos (National Patient Safety Agency, 2004).

Em 2005 realizou-se a Conferência Europeia “Segurança do Doente – Torná-la uma realidade!” da qual resultou a Declaração do Luxemburgo sobre a segurança do doente. A conferência referiu que a segurança do doente deve preencher um lugar de relevo na agenda da União Europeia (UE), a nível nacional nos vários Estados-Membros e a nível local nos sistemas de saúde. A conferência produziu, ainda, recomendações sobre segurança do doente específicas para as instituições da UE, para as autoridades nacionais e para os prestadores de cuidados de saúde (Conferência Europeia Segurança do Doente, 2005).

Em 2007, e com o objetivo de reduzir o número de vítimas de danos relacionados com os cuidados de saúde que afeta milhões de pacientes em todo o mundo, a OMS lança “nove soluções para a segurança do doente”, um programa central da Aliança Mundial para a

Segurança do Paciente. O programa garante que as intervenções e ações que tenham resolvido os problemas de segurança do paciente numa determinada parte do mundo estão amplamente disponíveis para que sejam acessíveis e compreensíveis a todos. As referidas soluções são: Medicamentos com nome e respetivo som semelhantes; Identificação do doente; Comunicação durante a passagem de turno e a transferência; Realização de procedimentos corretos nos locais do corpo corretos; Controlo de soluções concentradas de eletrólitos; Segurança na medicação nas transições de cuidados; Conexões corretas entre cateteres e sondas; Uso único de dispositivos injetáveis; Higiene das mãos para prevenir a infeção associada aos cuidados de saúde (WHO, 2007).

O Conselho da União Europeia (2009), com o intuito de promover a melhoria da segurança do doente, publicou em 2009 as “Recomendações Relativas a Questões Gerais de Segurança dos Pacientes” para os seus Estados-Membros: Desenvolvimento de políticas e programas nacionais para a segurança dos pacientes; Responsabilização e informação dos cidadãos e pacientes; Apoio à formação ou reforço de sistemas de notificação de eventos adversos; Promoção do ensino e formação dos profissionais de saúde para a segurança dos utentes; Classificação e mensuração da segurança do doente a nível comunitário; Partilha de conhecimentos, experiências e boas práticas; Desenvolvimento e promoção da investigação na área da segurança dos doentes.

Sendo um tema abrangente, a segurança do doente pressupõe um empenho político e organizativo dos vários intervenientes (profissionais e doentes) no processo de contacto dos utentes com o sistema de saúde (Ribas, 2010). Nos dias de hoje, e nos sistemas de saúde preocupados com a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados, a melhoria da segurança do doente constitui-se enquanto uma prioridade (Carneiro, 2010).

Verificamos, de acordo com a literatura consultada, que são várias as definições de segurança do doente existentes e que apresentamos de seguida.

A Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) define a segurança do doente como a ausência de danos decorrentes da prestação de cuidados de saúde ou a inexistência de condições que permitam a sua ocorrência (AHRQ, 2003).

Indo ao encontro da definição anterior, o Conselho da União Europeia (2009) afirma que a segurança do doente consiste na não exposição de um doente a um dano real ou potencial e desnecessário, resultante da prestação de cuidados.

A DGS (Portugal, MS, DGS, 2014c), por sua vez, define segurança do doente como componente da qualidade dos cuidados cujo objetivo é reduzir o risco de danos preveníveis. Esta componente baseia-se na identificação de riscos, bem como na gestão e prevenção dos

eventos adversos, admitindo a sua ocorrência mas reconhecendo que podem ser evitados, na maioria das vezes (Portugal, MS, DGS, DQS, 2014b).

A segurança surge, ainda, como método de aumento da segurança na prestação de cuidados de uma organização, com redução do risco de exposição dos utentes a danos desnecessários para um mínimo tolerável (National Patient Safety Agency, 2004; Sousa, 2013).

A segurança do doente é um conceito que implica que os profissionais de saúde se certifiquem constantemente que as suas intervenções, aquando da prestação de cuidados de saúde, não resultem em dano, lesão ou outra complicação, para além dos expectáveis para a patologia em questão e dos indispensáveis e legitimados para o seu diagnóstico e tratamento (Ribas, 2010).

Finalmente, e de acordo com Lima (2011), a segurança do doente possibilita a descrição e análise dos aspetos relacionados com a ocorrência de incidentes, erros e eventos adversos e, conseqüentemente, a alteração de comportamentos, padronização das boas práticas e promoção de uma cultura onde a segurança seja um princípio elementar das organizações de saúde.

As estimativas mostram que nos países desenvolvidos, cerca de um em cada 10 pacientes é prejudicado aquando da prestação de cuidados hospitalares. Sendo que por cada 100 pacientes hospitalizados num determinado momento, sete nos países desenvolvidos e 10 nos países em desenvolvimento irão adquirir infeções associadas aos cuidados de saúde. Portanto, centenas de milhões de pacientes são afetados mundialmente todos os anos. (WHO, 2014).

Segundo Sousa et al. (2011), nos hospitais, as taxas de incidência de eventos adversos rondam os 3,7 % e os 16,6 %, dos quais 40 % a 70 % podem ser evitados.

Para a sociedade em geral, os danos provocados aos doentes pelo sector da saúde constituem um pesado fardo (Conferência Europeia Segurança do Doente, 2005), sendo que representam grandes implicações não só para os doentes, como também para os profissionais e as próprias organizações de saúde (Silva, Saraiva & Teixeira, 2010).

As conseqüências da falta de segurança do doente podem dividir-se em três grandes dimensões: Perda de confiança nas organizações de saúde e nos seus profissionais, com conseqüente deterioração das relações entre estes e os utentes; Aumento dos custos, sociais e económicos, em proporção direta aos danos causados e à sua casuística; Diminuição da possibilidade de se atingirem os resultados esperados e desejados. Estas conseqüências implicam, claramente, um impacto direto na qualidade dos cuidados prestados (Gomes, 2012; Silva et al., 2010).

Portanto, a aposta na melhoria da segurança do doente leva a poupanças nos gastos associados ao tratamento de doentes sujeitos a eventos adversos, bem como às queixas e pedidos de indemnização. Desta forma a utilização dos recursos financeiros será melhorada, assim como a qualidade de vida dos utentes (Conferência Europeia Segurança do Doente, 2005).

Desde o lançamento do Programa de Segurança do Paciente da OMS, em 2004, mais de 140 países têm trabalhado para enfrentar os desafios do cuidado inseguro (WHO, 2014).

Tendo em conta os dados obtidos com as investigações nos últimos anos, é impossível pensar que deixarão de existir danos decorrentes da prestação de cuidados se não forem feitos esforços para melhorar a segurança do doente, que exige mudança e muita persistência, com implicações específicas na prestação de cuidados (Lage, 2010).

A melhoria da segurança do doente nos vários sistemas de saúde tornou-se, progressivamente, um valor central dos cuidados (Lage, 2010), sendo uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (Portugal, MS, DGS, DQS, 2011a). Considerando que a segurança do doente surge da interação de todos os intervenientes do sistema de saúde, ou seja, não depende de apenas uma pessoa, equipamento ou serviço, a sua melhoria depende da compreensão e da análise dessa interação (Gomes, 2012), bem como da motivação e dedicação de todos os profissionais prestadores de cuidados (Campos et al., 2010).

No que diz respeito às taxas de erro/eventos adversos, Fragata (2011) sugere a exigência de taxas maiores de erro nas situações mais difíceis e uma “tolerância quase zero” para os eventos adversos em procedimentos de muito baixo risco. No entanto, é lícito que os critérios para controlo da segurança do doente sejam definidos pela própria instituição, até porque necessitam de ser ajustados às suas condições locais de trabalho, à sua casuística e logística (Fragata, 2011).

Com o intuito de dar resposta à problemática da segurança do doente, os governos conceberam várias estratégias em comum, nomeadamente: formação de agências para o estudo da problemática e sugestão de soluções para inverter a situação; criação e implementação de um sistema nacional de reporte de eventos adversos, de carácter voluntário; extinção da cultura de culpabilização do indivíduo e promoção de uma cultura de aprendizagem; focalização na análise das causas raiz dos problemas; envolvimento de todos os prestadores de cuidados e fortalecimento da liderança (Uva et al., 2009, cit. por Lima, 2011).

Lage (2010), por sua vez, refere que a primeira etapa para a melhoria da segurança do doente passa por dar visibilidade ao erro, não só para os profissionais de saúde, mas

também para os utentes. Não obstante, o pilar da segurança do doente é, sem dúvida, a monitorização regular dos erros e barreiras de proteção dos doentes, sendo que os diversos utensílios criados para este fim (auditorias, revisão de processos, notificação de erros e incidentes, listas de verificação, etc.) devem ser tidos como indispensáveis na prática clínica. Até porque ajudar o doente e prevenir o dano ao doente são os objetivos da prestação de cuidados.

Segundo Ribas (2010, p. 587) “em Portugal, a segurança do doente e a notificação e resolução de eventos adversos mais do que uma necessidade, deve transformar-se numa cultura enraizada em cada profissional de saúde seja qual for o nível a que contacta com o utente dentro do sistema”.

Posto isto, é fácil perceber que a promoção da segurança do doente deve ser a base de toda e qualquer prática clínica e não apenas uma atividade do Gabinete de Risco da instituição (Lage, 2010).

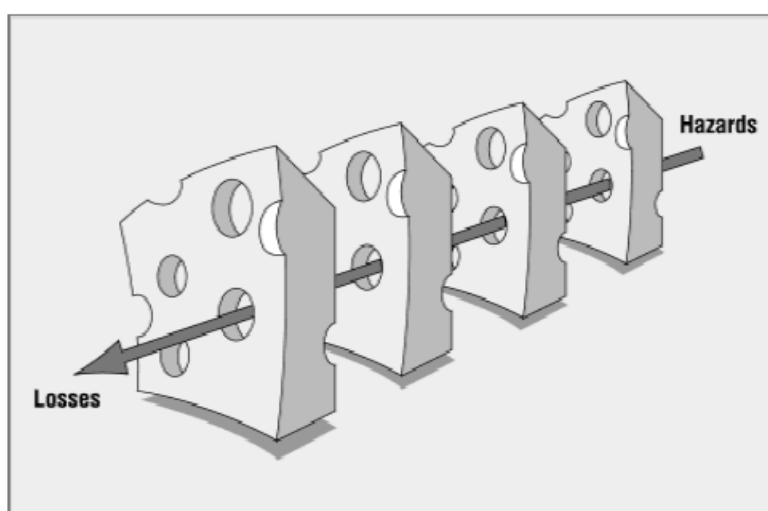
Em todo o mundo os sistemas falham e possibilitam, como tal, a ocorrência de falhas por parte dos prestadores de cuidados, causando eventos adversos que lesam os doentes. Isto porque enquanto os cuidados de saúde forem prestados por humanos, seres falíveis, existirá sempre o risco de erro, tanto maior quanto maior a complexidade e menor a planificação dos processos técnicos e organizacionais. A consciencialização de que os erros e eventos adversos têm uma etiologia multifatorial é essencial para que as instituições possam reformular os seus processos, fortalecer as suas barreiras de defesa e estudar as falhas latentes existentes nos locais de prestação de cuidados e que fragilizam o sistema (Silva, 2010).

De acordo com Reason (2000) o problema do erro humano pode ser analisado através de duas abordagens: centrada na pessoa ou centrada no sistema. Enquanto a abordagem centrada na pessoa se concentra nos erros e violações nos procedimentos dos prestadores de cuidados, a abordagem centrada no sistema parte da premissa de que os seres humanos são falíveis e os erros são expectáveis, mesmo nas melhores organizações. Na primeira abordagem as contramedidas associadas são direcionadas para a redução da variabilidade indesejada no comportamento humano, sendo que na segunda abordagem as contramedidas se baseiam no pressuposto de que, embora a condição humana não possa ser alterada, as condições em os indivíduos trabalham podem se mudadas (Reason, 2000).

Posto isto, o mesmo autor propõe o modelo do “Queijo Suíço” (Fig. 1), alicerçado na segunda abordagem, e no qual as defesas e barreiras se constituem enquanto pedra angular. Estas camadas de defesa (projetadas através de engenharia, outras dependentes de seres humanos ou de procedimentos e controlos administrativos) protegem as vítimas potenciais

dos riscos. Idealmente cada camada de defesa estaria intacta, mas na realidade são mais parecidas com fatias de queijo suíço, com muitos buracos, embora, ao contrário do queijo, esses buracos abrem e fecham continuamente e mudam a sua localização. A presença de buracos numa "fatia" geralmente não causa um mau resultado. Isso acontece quando os buracos de várias camadas se alinham momentaneamente até permitir uma trajetória de acidente, com risco de contacto prejudicial com vítimas. Estes buracos nas defesas surgem por: falhas ativas (atos inseguros cometidos por pessoas que estão em contacto direto com o paciente ou do sistema) e condições latentes (os inevitáveis "patógenos residentes" dentro do sistema). Ao contrário de falhas ativas, cujas formas específicas são difíceis de prever, condições latentes podem ser identificadas e corrigidas antes de ocorrer um evento adverso. A compreensão deste aspeto conduz a uma gestão do risco proativa e não reativa (Reason, 2000).

Figura 1 – Modelo do “Queijo Suíço”



Fonte: Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *Western Journal of Medicine*, 172, 393-396. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070929/>

1.1.1. – Segurança do doente pediátrico

As falhas na segurança acontecem em qualquer ramo da medicina, por ser uma atividade interdependente, interligada e muito complexa, sendo que quanto maior o número de intervenientes e equipamentos, bem como o grau de dificuldade da atividade ou intervenção, maior a probabilidade de ocorrer um erro ou acidente. Portanto, parece natural que os acidentes sejam mais frequentes, ou mais notórios pelo seu potencial impacto, em

áreas como: cuidados intensivos, cirurgias e pediatria (Fragata, 2011). Consequentemente, erros médicos acontecem às crianças (American Academy of Pediatrics, 2011).

Não obstante, e “apesar de serem muitas as publicações em relação à segurança do paciente em geral, a preocupação global com a segurança do paciente pediátrico ainda é limitada” (Silva & Porto, 2010, p. 15), sendo que existem poucos estudos no âmbito da criança hospitalizada que possibilitem uma reflexão e discussão relativa aos erros e eventos adversos, uma vez que a maioria foi realizada em unidades de cuidados intensivos neonatais e/ou pediátricos e com enfoque nos tratamentos (Wegner, 2011).

Apesar de escassos os estudos acerca da segurança do doente pediátrico, os dados obtidos são inquietantes. Isto porque tendo em linha de conta as diferenças anatómicas, a imaturidade do sistema imunitário e fisiológico, assim como a especificidade e complexidade do desenvolvimento infantil consoante a faixa etária (Silva & Porto, 2010), a população pediátrica encontra-se sujeita a um elevado risco de erros e/ou eventos adversos ameaçadores de vida (Silva & Porto, 2010; Silva, Wegner & Pedro, 2012).

Portanto, os erros e eventos adversos em pediatria diferem muito quando comparados com os adultos. Os erros graves ocorrem mais frequentemente em ambientes de cuidados críticos e eventos adversos relacionados com medicamentos são três vezes mais frequentes nas crianças do que nos adultos (American Academy of Pediatrics, 2011).

Enquanto conceito, a segurança do paciente pediátrico significa a prevenção de danos provocados pelo sistema de saúde em crianças (American Academy of Pediatrics, 2011). A proteção integral da criança e respetiva família aquando da hospitalização é fundamental. Desta forma, parece evidente a importância da investigação nesta área: garantir a segurança e qualidade da prestação de cuidados à criança hospitalizada, através da compreensão dos erros e eventos adversos, e criação de mecanismos de defesa nos locais de trabalho (Silva et al., 2012).

Assim, é essencial conhecer a linguagem de segurança do doente, relatar erros e eventos adversos, identificar e cultivar uma cultura de segurança, eliminar ou reduzir os danos preveníveis nas crianças e, ainda, divulgar e lutar por melhores práticas que atendam aos riscos que são exclusivos desta população. Para tal, é fulcral produzir mais pesquisa acerca da temática em questão para que se possam determinar as melhores estratégias para reduzir estes danos evitáveis em crianças. Além da compreensão da epidemiologia dos danos médicos às crianças, a consciência e atitude dos profissionais de saúde em relação à segurança do doente é importante (American Academy of Pediatrics, 2011).

A Academia Americana de Pediatria (2011) publicou a declaração "Princípios de segurança do paciente pediátrico: redução de danos devidos aos cuidados médicos" com o

objetivo de explanar o estado atual do conhecimento sobre a segurança do doente pediátrico e minimizar os erros, melhorando a qualidade do cuidado. A declaração inclui recomendações para garantir uma abordagem abrangente e rápida em direção à segurança do paciente pediátrico, nomeadamente:

- Sensibilizar e melhorar o conhecimento prático sobre as questões de segurança do doente pediátrico e sobre as práticas mais eficazes na comunidade pediátrica:
 - Dar ênfase à educação dos vários profissionais acerca da segurança do doente pediátrico, incluindo a temática nos currículos dos formandos da área de pediatria;
 - Incentivar a partilha de questões e práticas eficazes entre os profissionais de pediatria, através da realização de programas e encontros regionais e nacionais;
 - Desenvolver programas que apoiem os profissionais, nos seus locais de prestação de cuidados, na criação ou melhoria de uma cultura de segurança;
 - Expandir o foco para o ambulatório pois a maioria do trabalho realizado sobre a segurança do doente, até à data, tem sido em hospitais.
- Agir na defesa da minimização dos danos evitáveis ao doente pediátrico, através da utilização de informação específica sobre os riscos na segurança do doente pediátrico:
 - Desenvolver sistemas de notificação de erros pediátricos e a análise dos eventos reportados, identificando tendências e áreas em necessidade de atuação;
 - Assumir a responsabilidade de sensibilização para a segurança do doente pediátrico e, quando possível, liderar ou participar em iniciativas de segurança com base na prática, ou em comités de segurança do doente;
 - Envolver doentes e famílias na segurança em todos os aspetos do cuidado, direcionando-os para os recursos apropriados e revendo os seus direitos e responsabilidades a partir da perspetiva da segurança.
- Aperfeiçoar os resultados dos cuidados de saúde prestados às crianças, aderindo àquelas que foram comprovadas enquanto melhores práticas para a melhoria da segurança do doente pediátrico:
 - Divulgar e aderir às melhores práticas comprovadas de segurança do doente (ex.: lavagem das mãos, pausa antes de procedimentos, códigos de barras, sequencias padronizadas de ordens e protocolos);
 - Focar a segurança medicamentosa e advogar o desenvolvimento de medicamentos e formulações pediátricas eficazes e seguras, bem como a retirada de medicamentos com rácio risco/benefício desfavorável;
 - Redesenhar sistemas clínicos, focar os fatores humanos da segurança do doente e incluir informação sobre os avanços tecnológicos pediátricos;

- Expandir a pesquisa para identificar e aperfeiçoar as intervenções pediátricas eficazes na segurança do doente, e tornar obrigatória a inclusão de um componente de segurança do doente pediátrico nas investigações.

Apesar de ainda ser necessário investir na segurança do doente pediátrico, verificou-se um amadurecimento nos últimos anos. É reconhecido (American Academy of Pediatrics, 2011) que existe um maior conhecimento sobre a epidemiologia dos erros que ocorrem nas crianças, uma profunda compreensão do conceito e mensuração da cultura de segurança, uma orientação clara sobre os elementos-chave de soluções para a segurança do doente e introdução de soluções bem-sucedidas para a segurança do doente pediátrico.

No entanto, um trabalho contínuo é necessário para incluir esses dados e conceitos na prática diária de pediatria, e especial atenção deve ser dada à formação de novos profissionais para garantir que são capazes de exercer todos os princípios da segurança do doente pediátrico no seu trabalho quotidiano (American Academy of Pediatrics, 2011).

Finalmente, importa salientar que os riscos de erros e eventos adversos nas crianças só serão reduzidos através da inclusão da cultura de segurança, da assunção de responsabilidade pessoal nos cuidados, do aumento da análise das áreas de risco para a segurança do doente pediátrico e, por fim, pela implementação e avaliação rigorosa das melhorias do sistema (American Academy of Pediatrics, 2011).

1.1.2. Enquadramento ético e jurídico-legal da segurança do doente

A segurança do doente encontra-se intimamente relacionada com questões éticas que se prendem, essencialmente, com “(...) a defesa do objeto primeiro da nossa atividade concertada – o bem do Homem pleno (...)” (Fragata, 2011, p. 6), bem como com o direito à vida e integridade física e mental do indivíduo (Faria, 2010).

Sendo um direito humano fundamental o acesso a cuidados de saúde de qualidade, os doentes têm o direito de esperar que sejam tomadas medidas para garantir a sua segurança (Conferência Europeia Segurança do Doente, 2005). Além disso, a garantia da segurança do doente constitui-se enquanto compromisso ético assumido, desde a fase de formação, pelos profissionais de saúde (Silva, 2010). Sendo que “em termos éticos e se pensarmos em função da obrigação, que é de todos, de promover a justiça distributiva, os erros médicos têm peso e devem, a todo o custo, ser reduzidos” (Fragata & Matins, 2004, p. 279).

No entanto, a dimensão ética do erro não se centra tanto no não errar, mas sim na revelação do erro e na aprendizagem subsequente (Fragata, 2009, cit. por Fragata, 2010). Assim, e de acordo com a maioria das correntes éticas, para os profissionais de saúde revelar

o erro é uma obrigação inexcedível, e para os doentes um direito (Fragata, 2009, cit. por Fragata, 2010; Fragata, 2011; Lima, 2011). Importa ressaltar, no entanto, que o doente também tem o direito, se claramente afirmado, de não ser informado (Fragata & Martins, 2004).

O direito do doente à verdade está estreitamente ligado ao princípio ético da autonomia, respeitando-o e completando-o, na medida em que permite ao doente o recurso autónomo a outras soluções terapêuticas se assim o desejar, o que de outro modo não seria possível. Portanto, e simultaneamente, serve dois postulados éticos fundamentais: o da beneficência e o da não maleficência (Fragata, 2011).

Não obstante, e independentemente de ter causado dano ou não, verifica-se que nem sempre o doente é informado do erro (Lima, 2011). O que, além de ir contra os princípios anteriormente referidos, nega ao doente o princípio ético da justiça, que lhe confere o direito de ser fisicamente restabelecido e indemnizado pelos danos sofridos (Fragata & Martins, 2004). Segundo Fragata & Martins (2004), esta situação é motivada, geralmente, por receio de culpabilização individual e de consequências legais.

São vários, e sobreponíveis, os planos de responsabilidade jurídica aos quais os profissionais de saúde estão sujeitos, mais concretamente, criminal, civil e disciplinar (órgão corporativo, laboral e administrativa) (Fragata, 2011; Sousa, 2013).

A responsabilidade criminal refere-se à punição, prevista por lei, de crimes (por ação ou comissão) através da aplicação de pena de prisão e/ou de multa (Bruno, 2010; Fragata, 2011).

A responsabilidade civil diz respeito à reparação obrigatória do dano causado, através da indemnização, por parte do responsável (Bruno, 2010).

A responsabilidade disciplinar (do profissional) pode ser aplicada no âmbito: do órgão corporativo da respetiva profissão, nomeadamente, “Ordem dos Médicos, nos termos do Estatuto Disciplinar da Ordem dos Médicos (DL 217/94, de 20 Agosto), ou Ordem dos Enfermeiros, conforme previsto no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, que integra o Código Deontológico (DL 104/98, de 21 de Abril, alterado pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro)” (Bruno, 2010, cit. por Sousa, 2013, p. 32); Administrativo, por transgressão dos deveres consagrados no Regime Disciplinar dos Funcionários e Agentes de Administração Pública (Lei 58/2008, de 9 de Setembro); e Laboral, por violação dos deveres estabelecidos Código de Trabalho (Lei 7/2009, de 12 de Fevereiro) (Bruno, 2010; Fragata, 2011).

Em Portugal verificou-se uma evolução favorável das questões jurídico-legais relacionadas com a segurança do doente e a qualidade dos cuidados de saúde, através da criação de decretos e leis. Especificamente, em Fevereiro de 2009 fundou-se o Departamento

da Qualidade em Saúde pela portaria 155/2009 e, logo após, a DGS adiciona-lhe uma componente, a Divisão de Segurança do Doente, com o Despacho 6513/2009 (Lima, 2011).

Embora não exista um número significativo de situações de danos na prestação de cuidados que tenham resultado em responsabilidade civil ou penal para os profissionais de saúde, sendo as condenações raras (Faria, 2010, p.86), o número de reclamações (devido a condutas e decisões dos profissionais) à Ordem dos Médicos e Ordem dos Enfermeiros, ao Ministério Público e Inspeção Geral do Trabalho tem vindo a aumentar (Bruno, 2010).

“Esta realidade que aflora e cresce é o reflexo de um problema grave que merece receber de todos os profissionais e entidades envolvidas, um tratamento adequado, cuidadoso e urgente, de modo a acautelar e proteger legalmente todos os profissionais de saúde bem como utentes” (Sousa, 2013, p. 33).

1.1.3. Taxonomia e notificação do erro

O Conselho da União Europeia (2009), de entre várias recomendações efetuadas aos seus Estados-Membros, refere as necessidades de: adoção de uma terminologia comum acerca da segurança do doente e de implementação de sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos.

Assim sendo, e indo ao encontro destas orientações, a DGS (Portugal, MS, DGS, 2014a) afirma que as instituições de saúde devem adotar a taxonomia de segurança do doente definida no Relatório Técnico de 2011 “Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente”, com o objetivo de permitir a comparação dos dados acerca da temática em questão.

A Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (CISD) tem como objetivo possibilitar a “(...) categorização da informação sobre a segurança do doente utilizando um conjunto de conceitos estandardizados com definições aceites, uma terminologia própria e as relações entre eles” (Portugal, MS, DGS, DQS, 2011b, p. 2). Esta classificação foi criada com o intuito de convergir as perceções internacionais dos problemas relativos à segurança do doente e simplificar a descrição, mensuração, monitorização, comparação, interpretação e análise dos dados para a melhoria da segurança na prestação de cuidados. Assim sendo, foram definidos 48 conceitos-chave neste âmbito, com a respetiva atribuição de terminologia apropriada (Portugal, MS, DGS, DQS, 2011b, pp. 21-22). Destes, parece-nos pertinente destacar os seguintes:

- Erro – “falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano”.

- Incidente de segurança do doente – “evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente”.
- Quase evento/*near miss* – “incidente que não alcançou o doente”.
- Evento sem dano – “incidente em que um evento chegou ao doente mas não resultou em danos discerníveis”.
- Evento adverso – “incidente que resulta em dano para o doente”.

No que se refere à implementação de sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos, a DGS disponibilizou, em 2013, o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA), que em 2014 foi reestruturado e melhorado, passando a designar-se de Sistema Nacional de Incidentes – NOTIFICA (Portugal, MS, DGS, 2014a). Este sistema, cujo objetivo é a melhoria da segurança do doente e a aprendizagem com o erro, encontra-se organizado consoante as orientações da OMS e do Conselho da União Europeia, sendo de utilização gratuita (Portugal, MS, DGS, DQS, 2014a). A plataforma permite a doentes e profissionais a notificação de incidentes e eventos adversos, ocorridos na prestação de cuidados, de forma anónima e confidencial, caracterizando-se ainda pelo seu caráter não punitivo. De ressaltar que se encontram disponíveis, no *site* da DGS, vários manuais de apoio à plataforma NOTIFICA, especificamente para gestores, profissionais de saúde e cidadãos (Portugal, MS, DGS, 2014a).

A notificação assume um papel de particular importância na segurança do doente por diversos motivos. Por um lado, porque permite à DGS a colheita de dados relativos à causa e tipologia dos incidentes, para posterior desenvolvimento de intervenções estratégicas. Por outro lado, e uma vez que é dada informação de retorno à instituição, notificador e restantes intervenientes acerca dos incidente que lá ocorreram, torna-se possível a implementação de medidas corretoras, com conseqüente melhoria da prestação de cuidados (Portugal, MS, DGS, DQS, 2014a), pois evita-se a recorrência de situações causadoras de dano, real ou potencial (Portugal, MS, DGS, 2014b).

Não obstante, e de acordo com a DGS, apenas foram realizadas pelos profissionais de saúde 190 notificações no SNNIEA no primeiro semestre de 2014 e 46 pelos cidadãos, o que não reflete a realidade de Portugal. Por esta razão a DGS está a readaptar a plataforma com o intuito de aumentar a adesão à notificação (Portugal, MS, DGS, 2014c).

Finalmente, importa salientar que estes sistemas de notificação de incidentes devem salvaguardar a segurança jurídica da informação e dos intervenientes, de acordo com a Lei de Proteção de Dados Pessoais (Lei 67/98, de 26 de Outubro) (Sousa, 2013).

1.2. Cultura de Segurança do Doente

Foi no rescaldo do Chernobyl, o desastre nuclear ocorrido por sucessivas falhas de segurança interna, que se começou a introduzir o conceito de cultura associado à segurança (Fragata, 2011).

Atualmente este conceito está associado às organizações de alta fiabilidade (OAF), como é o caso das centrais (nucleares, elétricas ou químicas) e da aviação, que pela sua atividade estão predispostas à ocorrência de incidentes perigosos e de grande impacto. Por esta razão, as OAF privilegiam a segurança e reprodutibilidade de procedimentos, através da adoção de uma postura sistémica e de grande resiliência na luta contra os erros. São características destas organizações: sentido de falibilidade; consciência do risco e atitude de antecipação dos erros; envolvimento de todos os indivíduos nas práticas de segurança; renitência em simplificar processos relacionados com a segurança; resiliência, isto é, capacidade de dar resposta a eventos inesperados e recuperar acidentes; e, por fim, declaração dos erros sem culpabilização e capacidade de aprendizagem com os mesmos (Fragata, 2011).

Embora ainda distante destas organizações, a saúde deve, sem dúvida, seguir o seu exemplo para promoção da segurança a nível organizacional (Fragata, 2011).

Apesar de complexa e difícil de definir, são consensuais as várias definições de cultura de segurança existentes. Assim, e segundo Fragata (2011), a cultura de segurança é o conjunto de crenças, valores, atitudes, perceções e comportamentos partilhados por um grupo ou organização relativamente à segurança e que traduz a forma como sentem, pensam e exercem a sua atividade, ou seja, “o modo como fazemos as coisas por aqui” (Fragata, 2011, p. 54). Portanto, assenta essencialmente nos indivíduos e equipas, pois implica uma interiorização por parte de todos os elementos (Fragata, 2011).

A definição de cultura de segurança apresentada pela OMS: “(...)produto de valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a segurança, e o estilo e competência da gestão da segurança de uma organização de saúde” vai de encontro à anterior, e acrescenta ainda que existe um ambiente próprio nas organizações que, além de serem influenciadas, influencia os trabalhadores que, por sua vez, contribuem para a constituição da cultura da organização (Portugal, MS, DGS, 2013, p. 2).

Importa salientar, também, os pilares nos quais assenta a cultura de segurança, nomeadamente: Consciência de risco e antecipação dos eventos; Transparência interna e externa no que se refere à segurança; Cultura Justa, ou seja, não culpabilização do erro humano, mas sim dos erros decorrentes de violação das regras; Ambiente de relato de

incidentes sem culpa, com o intuito de promover a aprendizagem em torno do erro, implementando soluções e vigiando a sua eficiência; Funcionamento em equipa, com hierarquias flexíveis e comunicações estruturadas nos dois sentidos; Resiliência, isto é, capacidade de reagir e recuperar mediante uma adversidade, com conseqüente reajuste da organização para poder lidar com futuros eventos; Preservação, ao nível das estratégias organizacionais, do tema da segurança; e, também, a liderança (Fragata, 2011).

A cultura de segurança é, ao nível da organização, uma dimensão estruturante da segurança pois, embora demore anos a formar-se (por ser um processo difícil) e necessite de esforços bem liderados e contínuos, garante segurança e fiabilidade às organizações. É, portanto, um ótimo investimento, pois reduz os custos associados aos cuidados de saúde, melhorando a sua qualidade (Fragata, 2011). Assim sendo, é importante que se implementem medidas promotoras da cultura de segurança para que os cuidados de saúde se tornem mais seguros (Gomes, 2012; Ribas, 2010) através da diminuição do risco de ocorrência de eventos adversos (American Academy of Pediatrics, 2011; Ribas, 2010).

Além disso, e apesar de subjacente às políticas de segurança, é a cultura de segurança que garante o seu desenvolvimento e manutenção, uma vez que possibilita a sua propagação enquanto componente da prática diária (Fragata, 2011). Portanto se a instituição de saúde pretende criar e aplicar com sucesso políticas de promoção da segurança, então deve promover, simultaneamente, uma cultura de segurança na instituição.

Aliás, já em 1999 o IoM afirmou a necessidade das organizações de saúde desenvolverem uma cultura de segurança, através da incorporação de princípios de segurança como a criação de sistemas de monitorização contínua da segurança do doente e de condições de segurança nos postos de trabalho, padronização de processos e diminuição da dependência dos profissionais de saúde na sua memória, com o intuito de melhoria da confiabilidade e segurança dos cuidados prestados aos doentes.

A saúde em Portugal já caminha em direção a uma cultura de segurança eficiente, sendo fundamental, para tal, que as instituições de saúde e os seus profissionais conheçam os diversos aspetos relativos à cultura de segurança organizacional necessários à implementação de medidas de prevenção do erro durante a prestação de cuidados de saúde. De entre estes aspetos destacam-se a implementação de sistemas de gestão do risco (clínico e não clínico), a melhoria da qualidade e da segurança dos doentes, a promoção do trabalho de equipa e o envolvimento dos doentes na tomada de decisão na prestação de cuidados (Portugal, MS, DGS, DQS, 2011a).

Não sendo um processo fácil de executar, Fragata (2011) enumera algumas das regras que devem ser tomadas em consideração para que as mudanças sejam bem-sucedidas:

- Conhecimento – de que a situação atual pode ter alternativas melhores, criando a necessidade de mudança e informando os intervenientes acerca do progresso da mudança;
- Planeamento – determinar o plano de mudança e respetivos indicadores (mensuráveis nas várias fases) e envolver os profissionais;
- Ação – colocar o plano em prática, efetuando os ajustes necessários em função dos indicadores avaliados;
- Manutenção – confirmar se a mudança se mantém ao longo do tempo e avaliar o seu impacto/resultados.

Posto isto, entende-se que a mudança cultural passe por: Encarar os erros da perspectiva do sistema e não dos indivíduos; Mudar de uma cultura de culpabilização individual para um cultura justa, onde os erros se constituem enquanto oportunidades de aprendizagem, mas simultaneamente não existe tolerância para a negligência ou transgressão das normas; Deslocar-se do secretismo para a transparência em torno dos erros; Centrar mais a mudança nos doentes em detrimento dos profissionais de saúde; Transitar de um modelo de trabalho centrado no indivíduo para o trabalho em equipa, envolvendo os doentes; Manter uma responsabilização universal e recíproca, onde quer os profissionais, quer a administração da instituição têm obrigações (Fragata, 2011). No PNS 2011-2016 referenciam-se ainda, enquanto aspetos impulsionadores da mudança cultural, a partilha, por todos os elementos da instituição, de valores acerca da segurança do doente, bem como a produção de conhecimento na organização para a melhoria da segurança (Campos et al., 2010).

No entanto, e de acordo com Fragata (2011), a medicina e os hospitais só agora começam a descentralizar-se da componente humana para começarem a focar-se na melhoria do sistema, integrando esforços relacionados com a segurança. Mas para tal é necessário prescindir da autonomia exagerada de que os profissionais dispõem e diminuir a pressão de produção e trabalho à qual estão sujeitos atualmente (Fragata, 2011).

A primeira fase de desenvolvimento da cultura de segurança é, segundo a OMS e UE, a avaliação da cultura de segurança do doente existente atualmente nas organizações de saúde, sendo esta avaliação promovida pelas organizações responsáveis pela política nacional para a qualidade e segurança no sistema de saúde português. Para os hospitais são diversas as vantagens decorrentes da avaliação da cultura de segurança do doente através

da aplicação do questionário "Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais Portugueses", mais especificamente:

- Cumprimento de diretivas/requisitos recomendados pela UE;
- Realização de relatórios úteis para os processos de acreditação e certificação da instituição, no âmbito da segurança e qualidade dos serviços de saúde;
- Possibilidade de realização de *Benchmarking* (interno e externo);
- Diagnóstico da cultura de segurança existente na instituição e identificação das áreas a melhorar;
- Identificação de indicadores de segurança;
- Avaliação dos resultados das intervenções direcionadas para a segurança do doente e monitorização das mudanças ocorridas ao longo do tempo;
- Reconhecimento das áreas problemáticas da cultura de segurança do doente, com subsequente implementação de estratégias de melhoria da qualidade dos cuidados;
- Identificação de métodos de combinação e cruzamento de dados acerca da cultura de segurança com outras fontes sobre segurança dos doentes e qualidade dos serviços (Portugal, MS, DGS, DQS, 2011a).

Resumindo, a mudança da cultura de segurança na área da saúde é da responsabilidade de todos os intervenientes, sendo uma tarefa onde a persistência e a liderança são fulcrais (Fragata, 2011). O mesmo autor afirma, ainda, que a mudança na cultura de segurança é "(...) a coluna dorsal de qualquer iniciativa séria de segurança. É também a mais difícil de conseguir, muito mais difícil do que o controlo da tecnologia, o controlo dos fatores humanos e a gestão da própria organização. A mudança cultural é, portanto, a última fronteira a vencer em qualquer iniciativa de segurança" (Fragata, 2011, p. 168). Sendo que esta barreira pode ser ultrapassada através da avaliação e monitorização da cultura de segurança da organização, potenciando-se, desta forma, mudanças de comportamento nos profissionais" (Portugal, MS, DGS, 2013).

II PARTE – Estudo Empírico

2 – Metodologia

Pretendemos, no presente capítulo, explicar os aspetos metodológicos subjacentes ao estudo e que se constituem enquanto pilar de todo o processo de investigação. Assim, iremos descrever os métodos, os participantes, os instrumentos, os procedimentos e, também, a análise dos dados realizada.

2.1 – Métodos

Atualmente a temática da segurança do doente encontra-se no topo das prioridades das agendas políticas de saúde a nível mundial e preocupa não só os prestadores de cuidados, mas também os doentes, os pagadores, os gestores e toda a sociedade em geral (Fragata, 2011).

A OMS alertou os Estados-Membros para a problemática da segurança dos doentes nas instituições de saúde (Portugal, MS, DGS, 2014a), o que motivou, internacionalmente, a comunidade científica à realização de estudos na área, com consequente aumento do número de publicações (Fragata, 2011). Aliás, a segurança do doente é já “(...) considerada por muitos como uma nova ciência” (Fragata, 2011, p. 243). O autor afirma ainda que estes estudos, agora também realizados em Portugal, apresentam números parecidos com aqueles efetuados nos vários cantos do globo – cerca de dez eventos adversos em cada cem internamentos hospitalares, ou seja, 10% (Fragata, 2011, p. 11).

Sendo reconhecida como uma dimensão de extrema importância da qualidade em saúde (Fragata, 2011), a segurança do doente é presentemente uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (Portugal, MS, DGS, 2013). Com o intuito de melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados aos doentes, a OMS e o Conselho da União Europeia aconselham os Estados-Membros a avaliar a perceção dos profissionais sobre a cultura de segurança do doente (Portugal, MS, DGS, 2013).

De acordo com Fragata (2011, p. 161) “a cultura de segurança define-se, na prática, como o «modo como se fazem as coisas num dado local de atuação» e é, verdadeiramente, o coletivo de valores, perceções e de atitudes de um grupo, no que respeita à segurança”.

Recentemente a DGS lança a norma número 025/2013 onde declara que o questionário sobre “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais Portugueses”

deve ser aplicado durante o ano de 2014 em todos os hospitais pertencentes ao Sistema de Saúde (Portugal, MS, DGS, 2013).

Posto isto, e tendo em conta que “(...) a segurança dos doentes será, talvez, o grande desafio para a saúde no século XXI (...)” (Fragata, 2011, p. 307) e que relativamente à probabilidade e gravidade de eventos adversos os doentes pediátricos estão em maior risco (Fragata, 2011), torna-se pertinente avaliar a cultura de segurança do doente pediátrico na perspetiva de todos os profissionais de saúde, procurando progredir na investigação desta temática.

Refletindo sobre a problemática em questão, formulamos como questão de investigação principal: Qual a cultura de segurança do doente pediátrico que é percecionada pelos profissionais de saúde?

Outras questões que nortearam o nosso estudo foram:

- Qual a relação das variáveis sociodemográficas e profissionais e a cultura de segurança do doente pediátrico?
- Qual a relação da notificação de eventos/ocorrências e a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico?
- Que relação existe entre o conhecimento acerca da Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente e do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos (SNNIEA) e a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico?
- Qual a relação entre a experiência na gestão do risco e a perceção dos profissionais de saúde acerca da cultura de segurança do doente pediátrico?

Com o intuito de dar resposta às questões de investigação definimos como objetivo geral: Caracterizar a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico

Como objetivos específicos definimos:

- Determinar a relação das variáveis sociodemográficas e profissionais e a perceção dos profissionais de saúde acerca da cultura de segurança do doente pediátrico.
- Identificar a relação da notificação de eventos/ocorrências e a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico.
- Analisar a relação existente entre o conhecimento acerca da Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente e do Sistema Nacional de

Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico.

- Avaliar a relação da experiência na gestão do risco e a percepção dos profissionais de saúde acerca da cultura de segurança do doente pediátrico.

Face à natureza do problema e aos objetivos delineados caracterizamos este estudo como descritivo, transversal e correlacional, com uma abordagem quantitativa.

A variável dependente refere-se à cultura de segurança do doente pediátrico, sendo as variáveis independentes as relacionadas com a caracterização sociodemográfica dos participantes (sexo e idade), as de contexto profissional (acreditação do serviço, profissão, experiência profissional na instituição, experiência profissional na área de pediatria e formação na área de gestão do risco), as variáveis relacionadas com o conhecimento dos profissionais sobre segurança (acerca da Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente e do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos) e, por fim, as variáveis relacionadas com a experiência dos profissionais na gestão do risco (utilização do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos, experiência na notificação, anonimato na notificação e dever ético).

Apresentamos de seguida o esquema conceptual de base do presente estudo (Fig.2).

Figura 2 – Modelo conceptual do estudo



2.2 – Participantes

A população do estudo é constituída por todos os profissionais de saúde a exercerem funções nos serviços de Pediatria, Urgência Pediátrica e UCINP do Hospital Dr. Nélio Mendonça, da RAM.

Uma vez definida a população, e na impossibilidade de a abranger na totalidade, recorreu-se à amostragem não probabilística por conveniência. Assim, a amostra é constituída por profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes operacionais, técnicos superiores, assistentes técnicos e técnicos de diagnóstico e terapêutica) dos serviços supracitados, num total inicialmente previsto de 100 elementos.

Os critérios de inclusão na amostra foram:

- Encontrar-se a exercer funções no período estipulado para a colheita de dados;
- Aceder livre e esclarecidamente à participação no estudo.

No que concerne à caracterização sociodemográfica da amostra, constituída por 91 indivíduos, verificamos que esta era composta maioritariamente por elementos do sexo feminino (86.8%). A idade dos profissionais variou entre 26 e 62 anos, sendo a idade média de 32.21 anos. Quanto à profissão, 67.0% dos elementos da amostra eram enfermeiros, 18.7% médicos e 11.0% assistentes operacionais (AO).

2.3 – Instrumento de Recolha de Dados

O método de colheita de dados selecionado para este estudo foi o questionário. Trata-se de um questionário autopreenchido constituído por duas partes distintas que são descritas de seguida (Anexo I).

A primeira parte tem por base o Questionário Hospitalar sobre a Cultura de Segurança do Doente, traduzido do original Hospital Survey on Patient Safety Culture, elaborado nos EUA em Novembro de 2004 pela Agency for Health Research and Quality (Sorra et al., 2014) e validado para a população portuguesa por Eiras (2008, citado em Portugal, MS, DGS, DQS, 2011a). De salientar, ainda, que esta é uma das ferramentas recomendadas pelo projeto europeu European Network for Patient Safety aos Estados-Membros (Portugal, MS, DGS, DQS, 2011a).

Este questionário determina a cultura de segurança do doente na perspetiva dos profissionais do hospital, colocando a sua ênfase em questões relativas à segurança do doente, ao erro e ao reporte de eventos. Além de poder ser preenchido por qualquer tipo de profissional, pode ser aplicado no hospital como um todo ou apenas em alguns serviços

específicos. Por fim, o questionário pode, também, ser utilizado para detetar mudanças na segurança do doente ao longo do tempo e para avaliar o impacto de intervenções na segurança do doente (Sorra & Nieva, 2004).

A AHRQ estabeleceu uma base de dados comparativa do Questionário Hospitalar sobre a Cultura de Segurança do Doente, com publicação anual de relatórios desde 2007, em resposta aos pedidos de vários hospitais que se manifestaram interessados em comparar os seus resultados com os de outros hospitais (Sorra et al., 2014). Aliás, e de acordo a AHRQ (2014) o número de utilizadores internacionais do questionário, até junho de 2014, incluía já 57 países, com 26 traduções distintas.

Em Portugal, apesar de o questionário já ter sido empregue em vários estudos, destaca-se o estudo piloto de avaliação da cultura de segurança do doente realizado numa amostra de sete hospitais portugueses entre junho e setembro de 2011 pelo Departamento da Qualidade na Saúde, em parceria com a Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (Portugal, MS, DGS, DQS, 2011a).

A versão do questionário que utilizamos foi adaptada para a concretização do presente estudo, nomeadamente, a secção A relativa à “Identificação” que se encontrava na parte final do questionário e que foi colocada na parte inicial e onde reformulamos ainda algumas questões, especificamente, as referentes à classe profissional e ao serviço de desempenho de funções, para melhor adequação ao nosso estudo. Acrescentamos também uma segunda parte sobre conhecimentos relacionados com a estrutura conceptual da classificação internacional sobre segurança do doente e sobre o sistema nacional de notificação de incidentes e eventos adversos e gestão do risco.

O questionário está organizado em oito secções contendo várias questões cada e que se apresentam de seguida:

- Secção A – “Identificação”: 12 questões;
- Secção B – “O seu Serviço/unidade de trabalho”: 18 questões;
- Secção C – “O seu superior hierárquico”: quatro questões;
- Secção D – “Comunicações”: seis questões;
- Secção E – “Frequência da notificação de eventos/ocorrências”: três questões;
- Secção F – “Grau de segurança do doente”: uma questão;
- Secção G – “O seu Hospital”: 11 questões;
- Secção H – “Número de eventos/ocorrências notificadas”: uma questão.

Estruturalmente o questionário é constituído por 44 questões, sendo que 42 avaliam as 12 dimensões que constituem a cultura de segurança do doente e as restantes duas, de variável única, avaliam o grau de segurança do doente e o número de eventos/ocorrências reportados nos últimos 12 meses (Sorra & Nieva, 2004). As 12 dimensões da cultura de segurança do doente, e respetivas questões (secção e número indicados entre parênteses) podem observar-se no quadro 1:

Quadro 1 – Dimensões e questões da cultura de segurança do doente

1. Trabalho em equipa
<ul style="list-style-type: none"> - Neste serviço/unidade os profissionais entretajudam-se (B1); - Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho muito rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer (B3); - Neste serviço/unidade os profissionais tratam-se com respeito (B4); - Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio (B11).
2. Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente
<ul style="list-style-type: none"> - O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos (C1); - O meu supervisor/diretor leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente (C2); - Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos (C3); - O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente (C4).
3. Aprendizagem organizacional - melhoria contínua
<ul style="list-style-type: none"> - Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente (B6); - Aqui, os erros conduzem a mudanças positivas (B9); - Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente (B13);
4. Apoio à segurança do doente pela gestão
<ul style="list-style-type: none"> - A Direção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente (G1); - As ações da Direção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades (G8); - A Direção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade (G9).
5. Perceções gerais sobre a segurança do doente
<ul style="list-style-type: none"> - É apenas por sorte que os erros mais graves não ocorrem neste serviço/unidade (B10); - Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho (B15); - Neste serviço/unidade temos problemas com a segurança do doente (B17); - Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer (B18).
6. Feedback e comunicação acerca do erro
<ul style="list-style-type: none"> - É-nos fornecida informação feedback acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências (D1); - Somos informados acerca de erros que aconteçam neste serviço/unidade (D3); - Neste serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer (D5).
7. Abertura na comunicação
<ul style="list-style-type: none"> - Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente (D2); - Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos (D4); - Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo (D6).
8. Frequência da notificação de eventos
<ul style="list-style-type: none"> - Quando ocorre um evento/ocorrência, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é notificado? (E1); - Quando um evento /ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado? (E2); - Quando ocorre um evento/ocorrência, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é notificado? (E3).

Quadro 1 – Dimensões e questões da cultura de segurança do doente (continuação)

9. Trabalho entre as unidades
<ul style="list-style-type: none"> - Os serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros (G2); - Existe boa colaboração entre os serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente (G4); - É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros serviços/unidades do Hospital (G6); - Os serviços/unidades do Hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente (G10).
10. Profissionais
<ul style="list-style-type: none"> - Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido (B2); - Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados (B5); - Dispomos de profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável (B7); - Trabalhamos em "modo crise", tentando fazer muito, demasiado depressa (B14).
11. Transições
<ul style="list-style-type: none"> - A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um serviço/unidade para outro (G3); - É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno (G5); - Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários serviços/unidades do Hospital (G7); - As mudanças de turno neste hospital são problemáticas para o doente (G11).
12. Resposta ao erro não punitiva
<ul style="list-style-type: none"> - Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles (B8); - Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si (B12); - Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal (B16).

Estas dimensões da cultura de segurança do doente, por sua vez, subdividem-se em 10 dimensões de segurança – sete ao nível da unidade/serviço e três ao nível do hospital, e em variáveis de resultado (Eiras, Escoval, Grillo & Silva-Fortes, 2014) (Quadro 2).

Quadro 2 – Dimensões da cultura de segurança do doente

Dimensões ao nível da unidade	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipa (1) • Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente (2) • Aprendizagem organizacional – melhoria continua (3) • Feedback e comunicação acerca do erro (6) • Abertura na comunicação (7) • Profissionais (10) • Resposta ao erro não punitiva (12)
Dimensões ao nível do hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio à segurança do doente pela gestão (4) • Trabalho entre as unidades (9) • Transições (11)
Variáveis de resultado	<ul style="list-style-type: none"> • Perceções gerais sobre a segurança do doente (5) • Frequência da notificação de eventos (8) • Número de notificações • Avaliação geral da segurança do doente

No que se refere às questões incluídas na secção A – Identificação, importa referir alguns aspetos, especificamente, o tipo de questão e unidades de medida, e que passo a descrever seguidamente:

- Questão 1 – sexo: resposta fechada e dicotómica (feminino ou masculino);
- Questão 2 – idade: resposta aberta (medida em anos);
- Questão 3 – resposta ao questionário: resposta fechada e dicotómica (sim ou não);
- Questão 4 – acreditação do serviço: resposta fechada e dicotómica (sim ou não);
- Questão 5 – contacto com doentes: resposta fechada e dicotómica (sim ou não);
- Questão 6 – profissão: resposta mista com seis opções fechadas (grupos profissionais) e uma aberta (especificar outro grupo profissional);
- Questão 7 – experiência no serviço: resposta fechada com sete opções (medida em intervalos de tempo – meses a anos);
- Questão 8 – identificação do serviço: resposta fechada com 3 opções (Pediatria, Urgência Pediátrica e UCINP);
- Questão 9 – experiência em pediatria: resposta fechada com sete opções (medida em intervalos de tempo – meses a anos);
- Questão 10 – experiência na instituição: resposta fechada com sete opções (medida em intervalos de tempo – meses a anos);
- Questão 11 – formação sobre segurança do doente e gestão do risco: resposta fechada e dicotómica (sim ou não);
- Questão 12 – aquisição opcional de formação sobre segurança do doente e gestão do risco: resposta fechada e dicotómica (sim ou não).

As restantes 42 questões, fechadas, são avaliadas através de duas escalas tipo Likert com valores entre um e cinco, sendo um o menor valor e cinco o maior. A primeira escala, de concordância, é usada nas secções B, C e G: 1 – discordo fortemente; 2 – discordo; 3 – não concordo nem discordo; 4 – concordo; 5 – concordo fortemente. A segunda escala, de frequência, é utilizada na secção D e E: 1 – nunca; 2 – raramente; 3 – por vezes; 4 – a maioria das vezes; 5 – sempre (Sorra et al., 2014).

Importa salientar que o questionário apresenta 24 questões enunciadas pela positiva e 18 questões enunciadas pela negativa. Cumprindo as orientações dos autores da escala, e com o intuito de se obterem resultados consistentes, aquando da análise estatística dos dados as cotações das questões formuladas pela negativa (B5, B7, B8, B10, B12, B14, B16, B17,

C3, C4, D6, G2, G3, G5, G6, G7, G9 e G11) foram invertidas, atribuindo “5” às respostas «Discordo fortemente/Nunca» até “1” para as respostas «Concordo fortemente/Sempre». Os mesmos autores recomendam, ainda, a recodificação das respostas do questionário em três categorias com o objetivo de tornar mais fácil a leitura dos resultados, de acordo com o quadro 3 (Sorra & Nieva, 2004).

Quadro 3 – Recodificação das escalas e interpretação dos dados

Código de base	Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
	Nunca	Raramente	Por vezes	Maioria das vezes	Sempre
Recodificação	Negativo		Neutro	Positivo	

De acordo com Sorra e Nieva (2004) uma das formas mais simples de apresentar os resultados é calcular a frequência de respostas de cada um dos itens do questionário. Além disso, os autores referem que estas respostas identificam quais os pontos fortes da cultura de segurança do doente (itens ou dimensões) e quais os que necessitam de melhoria, de acordo com a percentagem de respostas positivas nos diferentes itens. Assim, os pontos fortes da segurança do doente são aqueles itens formulados pela positiva aos quais 75% dos respondentes assinalaram a resposta “Concordo fortemente/Concordo” ou “Sempre/ Maioria das vezes” (nos itens formulados pela negativa em que 75% dos inquiridos responderam “Discordo fortemente/Discordo” ou “Nunca/Raramente”). Da mesma forma, as áreas que necessitam de melhoria são identificadas como aqueles itens em que, pelo menos, 50% dos respondentes não reponderam positivamente (ou responderam negativamente ou “Não concordo nem discordo” a itens formulados pela positiva, ou concordaram com itens formulados pela negativa). No entanto, os autores referem que os pontos de corte atrás referidos são arbitrários, podendo ser ajustados em função de situações concretas. Este facto levou-nos a concluir que não existe fundamentação que permita justificar e suportar os pontos de corte definidos e que estes são referentes a um contexto sociocultural e profissional diferente daquele em que o presente estudo foi desenvolvido. Por este motivo, e uma vez que os autores da escala afirmam que esta é apenas uma sugestão de análise sem carácter obrigatório, optamos por não utilizar estes pontos de corte e basear a análise dos pontos fortes da cultura de segurança através da utilização dos valores médios e medianos. Estes valores permitem uma análise mais precisa e evitam a necessidade de estabelecer pontos de corte

porque, independentemente dos itens estarem formulados na positiva ou na negativa, valores mais elevados evidenciam pontos fortes e vice-versa.

Uma vez que os itens do questionário podem ser agrupados em dimensões da cultura de segurança, os autores do questionário consideram útil o cálculo de uma frequência global para cada uma das dimensões, através da criação de uma frequência composta de respostas positivas para cada dimensão da cultura de segurança. Deste modo, a frequência composta de respostas constitui-se enquanto uma variável cujos valores representam a percentagem de respostas positivas relativamente ao número total de respostas no conjunto dos itens da dimensão (Sorra & Nieva, 2004). O score global, por sua vez, traduz a média das pontuações (expressa numa escala contínua que pode variar entre 1 e 5 pontos) dos itens da dimensão.

Finalmente, definimos, de acordo com as recomendações dos autores do questionário (Sorra & Nieva, 2004), os critérios de exclusão dos questionários: menos de uma secção completamente preenchida; menos de metade dos itens preenchidos ao longo de todo o questionário e todos os itens preenchidos de igual modo (por exemplo, todos 4 ou todos 5). No entanto, nenhum dos questionários preenchidos se enquadrava nestes critérios, razão pela qual não se precedeu a nenhuma exclusão.

A segunda parte do questionário aplicado – “Conhecimento sobre segurança e gestão do risco”, é constituída por duas secções com questões elaboradas pelo investigador com o objetivo de obter informação complementar para o estudo. A secção A – “Estrutura Concetual e Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos”, inclui as seguintes questões:

- Questão 1 – conhecimento sobre a Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente: resposta fechada e dicotómica (sim ou não);
- Questão 2 – conhecimento sobre o SNNIEA: resposta fechada e dicotómica (sim ou não).

Importa referir que em setembro de 2014 a DGS reconfigurou e melhorou a estrutura e organização de conteúdos do SNNIEA que passou a designar-se por Sistema Nacional de Incidentes – NOTIFICA (Portugal, MS, DGS, 2014a). No entanto, considerando que esta mudança ocorreu posteriormente à elaboração do projeto do presente estudo e da aplicação dos questionários, e tendo em conta as questões acerca do sistema descritas anteriormente, mantivemos a designação anterior ao longo do estudo com o intuito de manter conformidade com os questionários aplicados.

A secção B – relativamente à “Gestão do risco”, por sua vez, inclui as seguintes questões:

- Questão 1 – utilização do SNNIEA: resposta fechada e dicotómica (sim ou não);
- Questão 2 – experiência em notificação de incidentes ou eventos adversos: resposta fechada e dicotómica (sim ou não);
- Questão 3 – anonimato na notificação: resposta fechada, através da escala de Likert de concordância utilizada na primeira parte do questionário;
- Questão 4 – segurança do doente enquanto dever ético: resposta fechada, através da escala de Likert de concordância utilizada na primeira parte do questionário.

A fiabilidade do questionário sobre Cultura de Segurança do Doente foi estudada através da análise da consistência interna das respetivas dimensões. Quanto mais elevada é a consistência interna de uma escala/dimensão, mais os enunciados dos respetivos itens estão correlacionados e maior é a sua homogeneidade.

O método utilizado consistiu na determinação do coeficiente *alpha* de *Cronbach*, cujos valores podem variar entre 0 e 1. Para este 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 Nunnally (1978) citado por Maroco & 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 é reduzido o número de itens envolvidos, como referiu DeVellis (1991) também citado por Maroco & Garcia-Marques (2006).

Os resultados que se apresentam na tabela 1 permitem-nos constatar que para as dimensões do questionário observámos valores compreendidos entre 0.31, na dimensão «perceções gerais sobre a segurança do doente» e 0.85, na dimensão «frequência da notificação de erros», sendo 0.86 para a escala global. Na maioria das dimensões os valores de alfa observados no nosso estudo são semelhantes aos apresentados no estudo de validação para a população portuguesa (Eiras et al., 2014).

Em síntese, podemos concluir que a maior parte das dimensões apresentam consistência interna aceitável ($\alpha > 0.60$) e, conseqüentemente, podemos considerar que o questionário evidenciou boa fiabilidade e que esta é semelhante à observada em estudos anteriores.

Tabela 1 – Consistência interna das dimensões do questionário sobre Cultura de Segurança do Doente

Dimensão	Nº de itens	Alfa de Cronbach	
		Neste estudo	Estudos anteriores
Trabalho em equipa	4	0.64	0.73
Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	4	0.71	0.72
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	3	0.70	0.71
Apoio à segurança do doente pela gestão	3	0.66	0.77
Perceções gerais sobre a segurança do doente	4	0.31	0.62
Feedback e comunicação acerca do erro	3	0.67	0.76
Abertura na comunicação	3	0.73	0.67
Frequência da notificação de erros	3	0.85	0.90
Trabalho entre as unidades	4	0.67	0.69
Profissionais	4	0.39	0.48
Transições	4	0.68	0.71
Resposta ao erro não punitiva	3	0.65	0.57
Escala global	42	0.86	0.91

2.4 – Procedimentos

Os questionários foram preenchidos em suporte papel e com as respetivas instruções/informações acerca do seu preenchimento (duração média de 10 a 15 minutos), sendo entregues pelo investigador nos serviços definidos. Solicitamos, antecipadamente, a colaboração dos enfermeiros chefes e diretores dos serviços para a distribuição dos questionários e sensibilização das equipas para a importância do seu preenchimento.

A aplicação dos questionários decorreu entre 9 de abril e 10 de maio, sendo que dos 125 questionários entregues, foram recolhidos pelo investigador 91. Ou seja, obteve-se uma taxa de respostas de 72,8 %. Quando inquiridos acerca do facto de alguma vez terem respondido ao presente questionário, quase todos os elementos da amostra (95.6%) responderam negativamente.

De modo a cumprir as normas éticas e deontológicas inerentes a este tipo de estudos, formalizamos diversos pedidos de autorização.

Solicitamos a Eiras a autorização para utilizar o questionário, tendo-se obtido uma resposta positiva (Anexo II).

Posteriormente dirigimos um pedido de parecer à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu acerca da realização do presente estudo, que foi deferido (Anexo III).

Mediante os pareceres favoráveis concedidos, solicitamos aos responsáveis da instituição em causa a autorização para a realização do estudo. Assim sendo, enviamos um ofício ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital Dr. Nélio Mendonça onde constava o pedido de autorização/colaboração, a finalidade do estudo, os seus objetivos e o instrumento de colheita de dados proposto (Anexo IV). Obteve-se, também, uma resposta afirmativa (Anexo V).

Para garantir o anonimato dos profissionais participantes no estudo, os questionários foram distribuídos em envelopes individuais e sem qualquer tipo de identificação, sendo solicitado o seu encerramento definitivo imediatamente após o preenchimento do questionário e posterior colocação em caixa identificada para o efeito.

2.5 – Análise dos 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 na versão 22.0 de 2014.

No estudo utilizámos técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial, nomeadamente, apresentação em quadros de frequências (absolutas e percentuais), cálculo de medidas de tendência central (média ordinal, média aritmética e mediana) e de medidas de dispersão ou variabilidade (valor mínimo, valor máximo e desvio padrão). Foram, também, aplicados os coeficientes *alfa* de *Cronbach* e de correlação de Spearman, o teste de significância do coeficiente de Spearman e os testes de Kolmogorov-Smirnov (para testar a normalidade da distribuição de frequências das variáveis quantitativas em estudo, os 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 & Gageiro (2005), nomeadamente, a natureza das variáveis e as características referentes à normalidade.

Em todos os testes fixámos o valor 0.050 como limite de significância, ou seja, a hipótese nula foi rejeitada quando a probabilidade do erro tipo I era inferior àquele valor, ou seja, quando, $p < 0.050$.

3 – Resultados

No presente capítulo procedemos à análise e apresentação dos dados colhidos. Em primeiro lugar apresentamos a análise descritiva dos resultados, recorrendo às técnicas estatísticas adequadas, e numa segunda parte a análise inferencial em que procuramos dar resposta às questões de investigação formuladas.

3.1 - Análise Descritiva

Neste capítulo apresentamos os resultados da análise descritiva dos dados relativos às variáveis sociodemográficas e profissionais dos participantes, às 12 dimensões da cultura de segurança do doente, às duas questões de item único e, por fim, os dados da segunda parte do questionário referentes ao conhecimento sobre segurança e gestão do risco.

Sexo e Idade

Como se pode observar pelos dados que constituem a tabela 2, a maioria dos 91 elementos da amostra era do sexo feminino (86.8%).

Os profissionais apresentavam idades compreendidas entre 26 e 62 anos, sendo a idade média 32.21 anos, com desvio padrão 8.50 anos. A maioria dos inquiridos (63.7%) apresentou idades compreendidas entre 30 e 40 anos, seguidos de 14.3% que pertenciam ao grupo etário dos 40 aos 50 anos. Metade dos profissionais tinha, no máximo, 36.00 anos (idade mediana).

Acreditação do serviço

Quanto ao facto do serviço/unidade onde desempenhavam funções ser acreditado/certificado, verificamos que 79.1% dos profissionais reponderam que “sim”. No entanto, segundo informação fornecida pelo Conselho de Administração do Hospital Dr. Nélio Mendonça e retirada do *site* oficial da instituição, após encerrado o ciclo de acreditação iniciado em 2002 com o Casper Healthcare Knowledge Systems (CHKS), o hospital encontra-se atualmente em fase de implementação do novo Modelo Nacional e Oficial de Acreditação em Saúde – o Modelo ACSA (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía) desde Maio de 2013 (SESARAM, 2013). Ou seja, no momento de colheita dos dados nenhum dos serviços/unidades onde trabalhavam os elementos da amostra era acreditado/certificado. Assim, podemos concluir que a maioria dos profissionais não possuía a informação atualizada acerca deste assunto.

Profissão

A amostra era maioritariamente constituída por enfermeiros (67.0%) seguidos de 18.7% que eram médicos e de 11.0% que pertenciam à carreira de assistente operacional. Relativamente à interação ou contacto direto com os doentes, verificamos que quase todos os profissionais (96.7%) responderam afirmativamente.

Experiência profissional na instituição

Quanto ao tempo de experiência na instituição, verificamos que 34.1% dos profissionais referiram valores entre 8 e 12 anos, seguindo-se 26.4% que indicaram possuir entre 13 e 20 anos e de 18.7% que disseram ter experiência na instituição entre 1 e 2 anos e de outros 18.7% que possuem experiência ≥ 21 anos.

Experiência profissional na área de pediatria

Para 31.9% dos inquiridos o tempo de experiência em pediatria situava-se entre 3 e 7 anos, seguidos de 25.3% que referiram experiência entre 8 e 12 anos.

Experiência no serviço/unidade

Quanto ao tempo de experiência no serviço/unidade verificamos que 30.8% dos profissionais tinham entre 3 e 7 anos e 25.3% que referiram possuir entre 8 e 12 anos. Relativamente ao serviço dentro da instituição, constatamos que 37.4% dos profissionais trabalhavam na UCINP, seguindo-se 33.0% que desempenhavam a profissão no serviço de Pediatria e de 20.9% que trabalhavam na Urgência Pediátrica.

Formação na área de gestão do risco

Constatamos, ainda, que 72.5% dos inquiridos afirmaram que já tinham feito formação relativa à segurança do doentes e gestão do risco e 94.5% disseram que, se tivessem oportunidade, frequentariam formação sobre segurança e gestão do risco nos cuidados de saúde.

Tabela 2 – Caracterização dos elementos da amostra

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	79	86.8
Masculino	12	13.2
Grupo etário		
< 30 anos	7	7.7
[30 – 40[anos	58	63.7
[40 – 50[anos	13	14.3
[50 – 60[anos	9	9.9
≥ 60 anos	4	4.4
$\bar{x} = 32.21$; Md = 36.00; s = 8.50; $x_{\min} = 26$; $x_{\max} = 62$; p = 0.000		

Tabela 2 – Caracterização dos elementos da amostra (continuação)

Variável	n	%
Profissão		
Assistente Técnico	0	0.0
Assistente Operacional	10	11.0
Enfermeiro	61	67.0
Médico	17	18.7
Técnico de diagnóstico e terapêutica	0	0.0
Técnico Superior	3	3.3
Outro	0	0.0
Tempo de experiência no serviço/unidade		
< 6 meses	1	1.1
6 a 11 meses	1	1.1
1 a 2 anos	10	11.0
3 a 7 anos	28	30.8
8 a 12 anos	23	25.3
13 a 20 anos	13	14.3
≥ 21 anos	15	16.5
Unidade assistencial ou serviço		
Pediatria	30	33.0
Urgência	19	20.9
UCINP	34	37.4
Pediatria + Urgência Pediátrica	7	7.7
Urgência Pediátrica + UCINP	1	1.1
Tempo de experiência profissional em pediatria		
< 6 meses	1	1.1
6 a 11 meses	0	0.0
1 a 2 anos	9	9.9
3 a 7 anos	29	31.9
8 a 12 anos	23	25.3
13 a 20 anos	14	15.4
≥ 21 anos	15	16.5
Tempo de experiência na instituição		
< 6 meses	1	1.1
6 a 11 meses	0	0.0
1 a 2 anos	1	1.1
3 a 7 anos	17	18.7
8 a 12 anos	31	34.1
13 a 20 anos	24	26.4
≥ 21 anos	17	18.7
Fez formação relativa à segurança do doente e gestão do risco		
Sim	66	72.5
Não	25	27.5
Frequentaria formação sobre segurança e gestão do risco nos cuidados de saúde		
Sim	86	94.5
Não	5	5.5

Dimensões da cultura de segurança do doente

Nas tabelas seguintes apresentamos os resultados descritivos para os itens e para os valores calculados para a frequência composta de respostas e para o score global de cada uma das dimensões do Questionário sobre Cultura de Segurança do Doente. A frequência composta de respostas é uma variável cujos valores representam a percentagem de respostas positivas relativamente ao número total de respostas no conjunto dos itens da dimensão e o score global traduz a média das pontuações (expressa numa escala contínua

que pode variar entre 1 e 5 pontos) dos itens da dimensão. Em ambas as variáveis, resultados mais elevados traduzem uma maior cultura de segurança do doente.

Ao realizar a análise descritiva de cada uma das dimensões da cultura de segurança do doente obtivemos, simultaneamente, resposta para nossa questão de investigação principal e que consiste em saber **“Qual a cultura de segurança do doente pediátrico que é percebida pelos profissionais de saúde?”**

Dimensão “Trabalho em equipa”

Na tabela 3 apresentamos os resultados descritivos referentes à dimensão “Trabalho em equipa”. Verificamos que os itens que mais contribuíram para o elevado resultado de cultura de segurança nesta dimensão foram “Neste Serviço/unidade os profissionais entreeajudam-se”, “Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer” e “Neste Serviço/unidade as pessoas tratam-se com respeito”.

A frequência composta de respostas situou-se entre 0.00% e 100.00%, sendo a média 86.81% com desvio padrão 20.86%. Pelo menos metade dos profissionais apresentaram resultados iguais ao máximo da escala, ou seja, 100.00%. Em termos de score global observamos resultados compreendidos entre 2.75 pontos e 5.00 pontos. O valor médio situou-se nos 4.09 pontos com desvio padrão 0.48 pontos. Metade dos elementos da amostra obteve resultados iguais ou superiores a 4.00 pontos.

Tabela 3 – Medidas descritivas referentes aos itens e à dimensão “Trabalho em equipa”

Trabalho em equipa	\bar{x}	Md	s	X_{min}	X_{máx}
Neste Serviço/unidade os profissionais entreeajudam-se	4.23	4.00	0.63	2.00	5.00
Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer	4.21	4.00	0.59	3.00	5.00
Neste Serviço/unidade as pessoas tratam-se com respeito	4.16	4.00	0.60	3.00	5.00
Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio	3.75	4.00	0.89	1.00	5.00
Frequência composta de respostas (%)	86.81	100.00	20.86	0.00	100.00
Score global	4.09	4.00	0.48	2.75	5.00

Dimensão “Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente”

Para a dimensão “Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente” verificamos (Tabela 4) que o item mais pontuado foi “O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente”.

A frequência composta de respostas situou-se entre 0.00% e 100.00%, sendo a média 68.13% com desvio padrão 29.83%. Metade dos profissionais apresentaram resultados iguais ou superiores a 75.00%. O score global variou entre 1.00 pontos e 5.00 pontos, apresentando um valor médio e mediano de 3.75 pontos com desvio padrão 0.48 pontos.

Tabela 4 – Medidas descritivas referentes aos itens e à dimensão “Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente”

Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	\bar{x}	Md	s	X _{min}	X _{máx}
O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos	3.46	4.00	0.99	1.00	5.00
O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente	3.73	4.00	0.83	1.00	5.00
Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos	3.60	4.00	1.00	1.00	5.00
O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente	4.20	4.00	0.83	1.00	5.00
Frequência composta de respostas (%)	68.13	75.00	29.83	0.00	100.00
Score global	3.75	3.75	0.67	1.00	5.00

Dimensão “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua”

Os itens “Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente” e “Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente” foram os mais pontuados na dimensão “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua” (Tabela 5).

Para esta dimensão, a frequência composta de respostas variou entre 0.00% e 100.00%, tendo como valor médio 81.32% e desvio padrão 28.20%. Metade dos inquiridos apresentaram resultados iguais ao valor máximo (100.00%). Para o score observamos resultados compreendidos entre 2.33 e 5.00 pontos, sendo a média 3.99 pontos e o desvio padrão 0.58 pontos. Metade dos inquiridos obteve scores iguais ou superiores a 4.00 pontos.

Tabela 5 – Medidas descritivas referentes aos itens e à dimensão “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua”

Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	\bar{x}	Md	s	X_{min}	X_{máx}
Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente	4.21	4.00	0.66	2.00	5.00
Aqui, os erros conduzem a mudanças positivas	3.70	4.00	0.82	1.00	5.00
Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente	4.04	4.00	0.73	2.00	5.00
Frequência composta de respostas (%)	81.32	100.00	28.20	0.00	100.00
Score global	3.99	4.00	0.58	2.33	5.00

Dimensão “Apoio à segurança do doente pela gestão”

Na dimensão “Apoio à segurança do doente pela gestão” o item que obteve pontuações mais altas foi “As ações da Direção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades” (Tabela 6).

Os valores da frequência composta de respostas situaram-se entre 0.00% e 100.00%, apresentando o valor médio de 49.09% com desvio padrão 38.60%. Para metade dos profissionais observamos valores iguais ou superiores a 66.67%. O score variou entre 1.00 e 4.67 pontos, sendo a média 3.36 pontos. Metade dos elementos da amostra obteve resultados iguais ou superiores a 3.33 pontos.

Tabela 6 – Medidas descritivas referentes aos itens e à dimensão “Apoio à segurança do doente pela gestão”

Apoio à segurança do doente pela gestão	\bar{x}	Md	s	X _{min}	X _{máx}
A Direção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente	3.29	3.00	0.86	1.00	5.00
As ações da Direção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades	3.54	4.00	0.81	1.00	5.00
A Direção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade	3.24	3.00	0.98	1.00	5.00
Frequência composta de respostas (%)	49.09	66.67	38.60	0.00	100.00
Score global	3.36	3.33	0.68	1.00	4.67

Dimensão “Perceções gerais sobre a segurança do doente”

Os itens “É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste serviço/unidade”, “Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho” e “Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer” foram os mais pontuados na dimensão “Perceções gerais sobre a segurança do doente” (Tabela 7).

Quanto à frequência composta de repostas, verificamos que as pontuações se situaram entre 0.00% e 100.00%, sendo a média 70.88% como desvio padrão 26.94%. Constatamos, também, que 50% dos profissionais obtiveram resultados iguais ou superiores a 75.00%. O score médio foi 3.81 pontos com o desvio padrão 0.50 pontos. Os valores situaram-se entre 2.50 e 5.00 pontos, verificando-se que metade dos inquiridos obteve, pelo menos, 4.00 pontos.

Tabela 7 – Medidas descritivas referentes aos itens e à dimensão “Percepções gerais sobre a segurança do doente”

Percepções gerais sobre a segurança do doente	\bar{x}	Md	s	X_{min}	X_{máx}
É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste serviço/unidade	4.00	4.00	0.97	2.00	5.00
Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho	3.86	4.00	0.95	2.00	5.00
Neste serviço/unidade temos problemas com a segurança do doente	3.62	4.00	0.84	1.00	5.00
Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer	3.77	4.00	0.76	1.00	5.00
Frequência composta de respostas (%)	70.88	75.00	26.94	0.00	100.00
Score global	3.81	4.00	0.50	2.50	5.00

Dimensão “Feedback e comunicação acerca do erro”

Como podemos constatar na dimensão “Feedback e comunicação acerca do erro” os itens foram pontuados de forma semelhante mas o que mais se destacou foi “É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências” (Tabela 8).

Para a frequência composta de respostas observamos resultados compreendidos entre 0.00% e 100.00%, sendo o valor médio 78.02% com desvio padrão 31.12%. Pelo menos metade dos profissionais obtiveram o valor máximo (100.00%). Os scores apresentaram uma média de 3.80 pontos com desvio padrão 0.60 pontos, situando-se os valores entre 1.67 e 5.00 pontos e metade dos inquiridos apresentaram valores iguais ou superiores a 4.00 pontos.

Tabela 8 – Medidas descritivas referentes aos itens e à dimensão “Feedback e comunicação acerca do erro”

Feedback e comunicação acerca do erro	\bar{x}	Md	s	X_{min}	X_{máx}
É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências	3.82	4.00	0.77	1.00	5.00
Somos informados acerca de erros que aconteçam neste serviço/unidade	3.78	4.00	0.88	1.00	5.00
Neste serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer	3.79	4.00	0.66	2.00	5.00
Frequência composta de respostas (%)	78.02	100.00	31.12	0.00	100.00
Score global	3.80	4.00	0.60	1.67	5.00

Dimensão “Abertura na comunicação”

Os itens mais valorizados na dimensão “Abertura na comunicação” foram “Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente” e “Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo” (Tabela 9).

Como se pode constatar, as frequências compostas de respostas variaram entre o mínimo (0.00%) e o máximo (100.00%) esperado. O valor médio situou-se nos 58.24% com desvio padrão 34.99% e metade dos inquiridos obtiveram resultados iguais ou superiores a 66.67%. Por outro lado, os scores situaram-se entre 1.33 e 5.00 pontos, sendo a média 3.46 com desvio padrão 0.76 pontos e 50% dos inquiridos apresentaram resultados iguais ou superiores a 3.67 pontos.

Tabela 9 – Medidas descritivas referentes aos itens e à dimensão “Abertura na comunicação”

Abertura na comunicação	\bar{x}	Md	s	X_{min}	X_{máx}
Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente	3.76	4.00	0.794	1.00	5.00
Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos	3.09	3.00	1.00	1.00	5.00
Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo	3.54	4.00	1.01	1.00	5.00
Frequência composta de respostas (%)	58.24	66.67	34.99	0.00	100.00
Score global	3.46	3.67	0.76	1.33	5.00

Dimensão “Frequência da notificação de erros”

O item “Quando ocorre um evento/ocorrência, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é notificado?” foi que obteve pontuação mais elevada na dimensão “Frequência da notificação de erros” (Tabela 10).

A frequência composta de respostas situou-se entre 0.00% e 100.00%, sendo o valor médio 55.68% com desvio padrão 41.89% e metade dos inquiridos apresentou valores iguais ou superiores a 66.67%. Para o score observamos resultados compreendidos entre 1.00 e 5.00 pontos. O valor médio situou-se nos 3.56 pontos sendo o desvio padrão 0.93 pontos. Metade dos inquiridos obteve resultados iguais ou superiores a 3.67 pontos.

Tabela 10 – Medidas descritivas referentes aos itens e à dimensão “Frequência da notificação de erros”

Frequência da notificação de erros	\bar{x}	Md	s	X_{min}	X_{máx}
Quando ocorre um evento/ocorrência, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é notificado?	3.46	4.00	1.12	1.00	5.00
Quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado?	3.55	4.00	0.99	1.00	5.00
Quando ocorre um evento/ocorrência, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é notificado?	3.68	4.00	1.08	1.00	5.00
Frequência composta de respostas (%)	55.68	66.67	41.89	0.00	100.00
Score global	3.56	3.67	0.93	1.00	5.00

Dimensão “Trabalho entre as unidades”

Analisando os resultados que constituem a tabela 11 constatamos que os itens “É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros serviços/unidades do Hospital”, “Os serviços/unidades do hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente” e “Existe boa colaboração entre os serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente” foram os mais valorizados na dimensão “Trabalho entre as unidades”.

A frequência composta de respostas apresentou resultados compreendidos entre 0.00% e 100.00%, sendo o valor médio 56.32% com desvio padrão 34.28%. Metade dos elementos da amostra apresentaram resultados iguais ou superiores a 50.00%. O score variou entre 2.50 e 5.00 pontos, sendo o valor médio 3.65 pontos e com desvio padrão 0.53 pontos. Verificamos, também, que metade dos profissionais obteve resultado igual ou superior a 3.75 pontos.

Tabela 11 – Medidas descritivas referentes aos itens e à dimensão “Trabalho entre as unidades”

Trabalho entre as unidades	\bar{x}	Md	s	Xmin	Xmáx
Os serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros	3.16	3.00	0.85	1.00	5.00
Existe boa colaboração entre os serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente	3.58	4.00	0.68	2.00	5.00
É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros serviços/unidades do Hospital	3.71	4.00	0.81	2.00	5.00
Os serviços/unidades do hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente	3.60	4.00	0.70	1.00	5.00
Frequência composta de respostas (%)	56.32	50.00	34.28	0.00	100.00
Score global	3.65	3.75	0.53	2.50	5.00

Dimensão “Profissionais”

Para a dimensão “Profissionais” verificamos que foram mais valorizados os itens “Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido” e “Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável” (Tabela 12).

Tal como acontece nas restantes dimensões também nesta a frequência composta de respostas variou entre 0.00% e 100.00%. O valor médio situou-se nos 52.75 pontos com desvio padrão 28.74 pontos e metade dos profissionais inquiridos apresentou resultados se situaram acima dos 50.00%. Para os scores observamos valores entre 2.00 e 4.75 pontos, sendo a média 3.29 com desvio padrão 0.63 pontos. Constatamos, ainda, que metade dos inquiridos obteve resultados iguais ou superiores a 3.25 pontos.

Tabela 12 – Medidas descritivas referentes aos itens e à dimensão “Profissionais”

Profissionais	\bar{x}	Md	s	X_{min}	X_{máx}
Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido	3.73	4.00	0.76	2.00	5.00
Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados	2.58	2.00	1.36	1.00	5.00
Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável	3.64	4.00	1.02	1.00	5.00
Trabalhamos em "modo crise", tentando fazer muito, demasiado depressa	3.23	3.00	1.04	1.00	5.00
Frequência composta de respostas (%)	52.75	50.00	28.74	0.00	100.00
Score global	3.29	3.25	0.63	2.00	4.75

Dimensão “Transições”

Na dimensão referente às “Transições” verificamos que os profissionais valorizaram mais os itens “As mudanças de turno neste Hospital são problemáticas para o doente” e “É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno” (Tabela 13).

Do conjunto dos itens foi possível obter frequências compostas de respostas cujos resultados se situaram entre 0.00% e 100.00%, sendo o valor médio 67.86% com desvio padrão 34.21%. Metade dos elementos da amostra obteve, pelo menos, 75.00%.

Para os scores verificamos valores entre 2.25 e 5.00 pontos, sendo a média 3.74 com desvio padrão 0.59 pontos. Constatamos, ainda, que metade dos inquiridos obteve resultados iguais ou superiores a 3.75 pontos.

Tabela 13 – Medidas descritivas referentes aos itens e à dimensão “Transições”

Transições	\bar{x}	Md	s	X_{min}	X_{máx}
A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um serviço/unidade para outro	3.69	4.00	0.84	2.00	5.00
É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno	3.81	4.00	0.88	1.00	5.00
Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários serviços/unidades do Hospital	3.64	4.00	0.74	2.00	5.00
As mudanças de turno neste Hospital são problemáticas para o doente	3.82	4.00	0.86	1.00	5.00
Frequência composta de respostas (%)	67.86	75.00	34.21	0.00	100.00
Score global	3.74	3.75	0.59	2.25	5.00

Dimensão “Resposta ao erro não punitiva”

Por último, observamos que na dimensão “Resposta ao erro não punitiva” foi mais valorizado o item “Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si” (Tabela 14).

A frequência composta de respostas situou-se entre 0.00% e 100.00%, tendo como valor médio 26.74% e desvio padrão 31.90%. Para metade dos profissionais observamos valores iguais ou inferiores a 33.33%. Os scores variaram entre 1.00 e 5.00 pontos, sendo a média 2.80 pontos com desvio padrão 0.76 pontos. Metade dos inquiridos obteve resultados iguais ou inferiores a 2.67 pontos.

Tabela 14 – Medidas descritivas referentes aos itens e à dimensão “Resposta ao erro não punitiva”

Resposta ao erro não punitiva	\bar{x}	Md	s	X_{min}	X_{máx}
Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles	2.91	3.00	1.00	1.00	5.00
Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si	3.09	3.00	1.07	1.00	5.00
Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal	2.41	2.00	0.91	1.00	5.00
Frequência composta de respostas (%)	26.74	33.33	31.90	0.00	100.00
Score global	2.80	2.67	0.76	1.00	5.00

Terminada a análise descritiva de cada uma das 12 dimensões da cultura de segurança do doente e comparando os valores médios e medianos observados para as diferentes dimensões, ao nível da frequência composta de respostas e dos scores, verificamos que os profissionais inquiridos evidenciaram a existência de boa cultura de segurança do doente em termos de “Trabalho em equipa”, “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua”, “Feedback e comunicação acerca do erro” e “Perceções gerais sobre a segurança do doente”. Confrontando os valores médios e medianos observados para as diferentes dimensões, também ao nível da frequência composta de respostas e dos scores, verificamos que os inquiridos percecionaram menor cultura de segurança ao nível das dimensões “Resposta ao erro não punitiva”, “Apoio à segurança do doente pela gestão” e “Profissionais”.

Questões de item único

Seguidamente procedemos à análise descritiva das restantes duas questões de item único do questionário e que avaliam o grau de segurança do doente e o número de eventos/ocorrências reportados nos últimos 12 meses.

Os dados que constituem a tabela 15 permitem constatar que a maioria dos inquiridos (58.2%) considerou que, no serviço/unidade onde trabalhavam, o grau de segurança do doente era muito bom, seguidos de 34.1% que o consideraram aceitável.

No que concerne ao número de eventos/ocorrências notificadas constatamos que 84.6% dos profissionais não preencheram e entregaram nenhum relatório, seguindo-se 11.0% que disseram ter preenchido e entregue 1 a 2 relatórios de eventos/ocorrências.

Tabela 15 – Grau de segurança do doente e número de eventos/ocorrências notificados

Variável	n	%
Grau de segurança do doente		
Excelente	6	6.6
Muito boa	53	58.2
Aceitável	31	34.1
Fraca	1	1.1
Muito fraca	0	0.0
Número de eventos/ocorrências notificadas		
Nenhum	77	84.6
1 a 2 relatórios de eventos/ocorrências	10	11.0
3 a 5 relatórios de eventos/ocorrências	4	4.4
6 a 10 relatórios de eventos/ocorrências	0	0.0
11 a 20 relatórios de eventos/ocorrências	0	0.0
21 ou mais relatórios de eventos/ocorrências	0	0.0

Conhecimento sobre segurança e gestão do risco

A segunda parte do questionário referente aos conhecimentos sobre segurança e gestão de risco incluía uma primeira secção sobre a “Estrutura Concetual e Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos”. Analisando a tabela 16 verificamos que 35.2% dos profissionais conheciam a Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente e 62.6% conheciam o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos.

Tabela 16 – Estrutura concetual e SNNIEA

Variável	n	%
Conhece a Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente	32	35.2
Conhece o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos	57	62.6

No que diz respeito à segunda secção relativamente à “Gestão do Risco” e examinando a tabela 17, verificamos que 20.9% já tinham utilizado alguma vez o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos e que 52.7% já tinham notificado algum incidente ou evento adverso ao longo da sua prática profissional. Observamos, ainda, que a maioria dos elementos da amostra, concretamente 53.8%, concordou com a afirmação “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 26.4% que concordaram fortemente com esta mesma afirmação. Quanto à segurança do doente, verificamos que 65.9% dos inquiridos concordaram fortemente com o facto de esta ser um dever ético dos profissionais de saúde, seguidos de 29.7% que concordaram com esta afirmação.

Tabela 17 – Gestão do risco

Variável	n	%
Já utilizou alguma vez o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos	19	20.9
Já notificou algum incidente ou evento adverso ao longo da sua prática profissional	48	52.7
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	1	1.1
Discordo	0	0.0
Não concordo/nem discordo	17	18.7
Concordo	49	53.8
Concordo fortemente	24	26.4
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	4	4.4
Concordo	27	29.7
Concordo fortemente	60	65.9

3.2 – Análise Inferencial

Os estudos foram desenvolvidos para cada uma das dimensões do questionário hospitalar sobre Cultura de Segurança do Doente e para as variáveis frequência composta de respostas e scores. Atendendo ao volume de informação inerente, optamos por apresentar, apenas, as situações em que observamos alguma relação ou diferença estatisticamente significativa.

Seguidamente procedemos à análise e apresentação dos resultados dos estudos desenvolvidos com o objetivo de obter resposta para a seguinte questão de investigação: **“Qual a relação das variáveis sociodemográficas e profissionais e a cultura de segurança do doente pediátrico?”**.

A comparação da frequência composta de respostas e dos scores em função do sexo do profissional não revelou a existência de qualquer diferença estatisticamente significativa pelo que se conclui que a perceção de cultura de segurança do doente pediátrico que é evidenciada pelos profissionais do sexo feminino é semelhante à evidenciada pelos do sexo masculino.

A tabela 18 é constituída pelos resultados do estudo de correlação entre os valores da frequência composta de respostas das dimensões da cultura de segurança do doente pediátrico e a idade do profissional. Como se pode constatar, observamos a existência de correlações relativamente fracas entre as variáveis, no entanto, são estatisticamente significativas as correlações entre a idade dos profissionais e as dimensões “Perceções gerais sobre a segurança do doente” ($r_s = -0.21$; $p = 0.045$) e “Transições” ($r_s = -0.24$; $p = 0.024$). Atendendo ao facto das correlações serem negativas, podemos afirmar que os profissionais mais velhos (com mais idade) tendem a perceber uma menor cultura de segurança do doente pediátrico.

Estudo idêntico envolvendo os scores não revelou qualquer caso em que a correlação entre as variáveis fosse estatisticamente significativa.

Tabela 18 – Correlação da frequência composta de respostas observada para cada dimensão com a idade do profissional

Frequência composta de respostas	Idade	
	r_s	p
Trabalho em equipa	+0.02	0.878
Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	-0.08	0.435
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	-0.01	0.908
Apoio à segurança do doente pela gestão	-0.02	0.828
Perceções gerais sobre a segurança do doente	-0.21	0.045
Feedback e comunicação acerca do erro	-0.07	0.527
Abertura na comunicação	+0.00	0.975
Frequência da notificação de erros	-0.01	0.914
Trabalho entre as unidades	-0.05	0.633
Profissionais	-0.04	0.688
Transições	-0.24	0.024
Resposta ao erro não punitiva	-0.06	0.580

A aplicação do teste Kruskal-Wallis permitiu comparar os resultados da frequência composta de respostas para cada dimensão em função do grupo profissional (Tabela 19a). Os resultados que constituem a tabela 19a permitem-nos verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “Trabalho em equipa” ($p = 0.014$), “Expetativas

do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente” ($p = 0.000$), “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua” ($p = 0.021$), “Apoio à segurança do doente pela gestão” ($p = 0.026$) e “Transições” ($p = 0.019$). O valor da medida de tendência central (média ordinal) revela que os enfermeiros evidenciam percepção de melhor cultura de segurança do doente pediátrico em termos do trabalho em equipa, das expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente e das transições. Este grupo profissional bem como os assistentes operacionais percecionam melhor cultura de segurança em termos de aprendizagem organizacional – melhoria contínua e os assistentes operacionais, por si só, apresentaram percepção de melhor segurança do doente ao nível do apoio dado pela gestão. Verificamos, ainda, que os enfermeiros e os médicos percecionaram melhor cultura de segurança do doente pediátrico ao nível das transições.

Estudo similar, desenvolvido com base nos scores, revelou a existência de diferença significativa, apenas, na dimensão “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente” ($p = 0.022$). Os resultados da média ordinal revelam que os enfermeiros apresentaram uma percepção de melhor cultura de segurança do doente pediátrico que os profissionais dos outros dois grupos (Tabela 19b).

Conjugando os resultados das tabelas 19a e 19b concluímos que o grupo profissional a que o inquirido pertence influencia a percepção destes, face à cultura de segurança do doente pediátrico.

Tabela 19a – Comparação da frequência composta de respostas observada para cada dimensão em função do grupo profissional a que o inquirido pertence

Dimensão (Frequência composta de respostas)	Profissão			χ^2	p
	AO	Enfermeiro	Médico		
	\bar{x}_{ord}	\bar{x}_{ord}	\bar{x}_{ord}		
Trabalho em equipa	41.00	48.67	31.59	8.478	0.014
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	33.30	51.57	25.71	17.014	0.000
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	49.45	47.37	31.29	7.687	0.021
Apoio à segurança do doente pela gestão	64.00	41.30	44.50	7.273	0.026
Percepções gerais sobre a segurança do doente	31.05	48.47	38.18	5.759	0.056
Feedback e comunicação acerca do erro	46.70	46.98	34.29	4.276	0.118
Abertura na comunicação	43.55	43.08	50.15	1.116	0.572
Frequência da notificação de erros	46.65	46.08	37.56	1.719	0.423
Trabalho entre as unidades	37.95	44.07	49.91	1.504	0.471
Profissionais	27.65	47.80	42.59	5.859	0.053
Transições	25.05	48.19	42.71	7.877	0.019
Resposta ao erro não punitiva	35.60	45.66	45.59	1.598	0.450

Tabela 19b – Comparação do score observado para cada dimensão em função do grupo profissional a que o inquirido pertence

Dimensão (Scores)	Profissão	AO	Enfermeiro	Médico	χ^2	p
		\bar{x}_{ord}	\bar{x}_{ord}	\bar{x}_{ord}		
Trabalho em equipa		33.65	47.25	41.03	2.950	0.229
Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente		35.85	49.41	31.97	7.674	0.022
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua		47.90	47.14	33.03	4.433	0.109
Apoio à segurança do doente pela gestão		61.40	41.94	43.74	5.129	0.077
Perceções gerais sobre a segurança do doente		33.70	48.04	38.15	4.180	0.124
Feedback e comunicação acerca do erro		46.75	47.08	33.91	3.886	0.143
Abertura na comunicação		39.85	43.52	50.74	1.479	0.477
Frequência da notificação de erros		47.35	46.12	37.00	1.868	0.393
Trabalho entre as unidades		30.80	44.45	52.74	4.783	0.091
Profissionais		29.05	48.24	40.18	5.539	0.063
Transições		27.45	47.60	43.41	5.508	0.064
Resposta ao erro não punitiva		37.45	45.43	45.29	0.877	0.645

A comparação, através do teste Kruskal-Wallis, da frequência composta de respostas em função do tempo de experiência no serviço/unidade (Tabela 20a) revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível das dimensões “Feedback e comunicações acerca do erro” ($p = 0.026$) e “Trabalho entre unidades” ($p = 0.038$). Comparando os resultados da média ordinal não é evidente uma tendência nítida para a evolução dos valores da frequência composta de respostas em qualquer das dimensões.

O mesmo estudo desenvolvido com base nos scores (Tabela 20b) revelou diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “Feedback e comunicações acerca do erro” ($p = 0.026$), “Abertura na comunicação” ($p = 0.031$) e “Resposta ao erro não punitiva” ($p = 0.019$). Também neste estudo não se observou uma tendência nítida de evolução dos valores das medidas de tendência central.

Concluimos que a percepção de cultura de segurança do doente pediátrico é influenciada pelo tempo de experiência no serviço/unidade sem que haja possibilidade de estabelecer um padrão evolutivo, ou seja, os resultados não nos permitem afirmar se são os profissionais com mais tempo de experiência que apresentam percepção de menor segurança ou se são aqueles que têm maior tempo de experiência que percecionam melhor cultura de segurança do doente pediátrico.

Tabela 20a – Comparação da frequência composta de respostas observada para cada dimensão em função do tempo de experiência no serviço/unidade onde o profissional trabalha

Dimensão (Frequência composta de respostas)	Tempo de experiência no serviço/unidade (em anos)					χ^2	p
	1 a 2	3 a 7	8 a 12	13 a 20	≥ 21		
Trabalho em equipa	53.20	40.13	45.96	43.27	48.67	3.312	0.507
Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	40.40	48.02	50.61	34.69	42.77	4.284	0.369
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	48.20	45.27	50.22	33.58	44.27	4.902	0.297
Apoio à segurança do doente pela gestão	51.80	44.13	50.67	29.85	46.53	6.828	0.145
Perceções gerais sobre a segurança do doente	49.55	42.68	49.89	44.27	39.43	2.249	0.690
Feedback e comunicação acerca do erro	34.60	52.02	49.00	30.19	45.53	11.018	0.026
Abertura na comunicação	37.85	50.57	46.85	30.50	49.10	7.212	0.125
Frequência da notificação de erros	41.90	47.45	48.87	32.73	47.20	4.340	0.362
Trabalho entre as unidades	52.55	36.79	54.72	34.19	49.77	10.171	0.038
Profissionais	50.65	37.16	54.93	42.46	42.83	7.183	0.127
Transições	36.90	44.70	57.22	39.38	37.10	8.945	0.062
Resposta ao erro não punitiva	51.80	41.39	54.17	33.12	43.43	8.136	0.087

Tabela 20b – Comparação do score observado para cada dimensão em função do tempo de experiência no serviço/unidade onde o inquirido trabalha

Dimensão (Scores)	Tempo de experiência no serviço/unidade (em anos)					χ^2	p
	1 a 2	3 a 7	8 a 12	13 a 20	≥ 21		
Trabalho em equipa	54.90	42.20	46.22	36.96	48.73	3.584	0.465
Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	48.85	52.82	47.61	30.15	36.70	9.099	0.059
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	47.25	49.38	45.63	31.77	45.83	4.500	0.343
Apoio à segurança do doente pela gestão	51.85	43.30	49.22	31.04	49.23	5.783	0.216
Perceções gerais sobre a segurança do doente	50.20	46.04	46.96	41.38	39.73	1.512	0.825
Feedback e comunicação acerca do erro	35.80	53.00	50.20	27.19	43.67	12.035	0.017
Abertura na comunicação	34.10	52.21	49.24	28.04	47.00	10.641	0.031
Frequência da notificação de erros	40.70	45.98	51.07	30.92	48.93	5.887	0.208
Trabalho entre as unidades	48.90	41.14	52.67	33.88	47.47	5.589	0.232
Profissionais	48.80	38.29	53.96	45.92	40.47	5.436	0.245
Transições	36.15	48.59	53.85	35.38	38.97	7.188	0.126
Resposta ao erro não punitiva	52.35	45.71	52.74	23.92	45.17	11.796	0.019

Aplicando, novamente, o teste Kruskal-Wallis, foi possível proceder à comparação da frequência composta de respostas em função da unidade assistencial ou serviço onde o

profissional desempenha as suas funções (Tabela 21a). Constatamos diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “Perceções gerais sobre segurança do doente” ($p = 0.043$), “Trabalho entre unidades” ($p = 0.022$), “Profissionais” ($p = 0.000$) e “Transições” ($p = 0.009$). Os profissionais que trabalham na UCINP perceberam melhor cultura de segurança nas dimensões “Perceções gerais sobre segurança do doente”, “Trabalho entre unidades” e “Transições”, enquanto que na dimensão “Profissionais” esta tendência é partilhada com os profissionais da Urgência Pediátrica.

Analisando a tabela 21b, verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente” ($p = 0.025$), “Perceções gerais sobre a segurança do doente” ($p = 0.002$), “Trabalho entre as unidades” ($p = 0.003$), “Profissionais” ($p = 0.000$) e “Transições” ($p = 0.005$). Os profissionais da UCINP e da Urgência Pediátrica evidenciam percepção de melhor cultura de segurança do doente pediátrico que aqueles que trabalham nas unidades/serviços de Pediatria.

Tabela 21a – Comparação da frequência composta de respostas observada para cada dimensão em função da unidade assistencial ou serviço onde o profissional trabalha

Dimensão (Frequência composta de respostas)	Unidade assistencial ou serviço			χ^2	p
	Pediatria \bar{x}_{ord}	Urgência Pediátrica \bar{x}_{ord}	UCINP \bar{x}_{ord}		
Trabalho em equipa	37.73	45.13	44.01	2.251	0.325
Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	37.92	43.08	45.00	1.554	0.460
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	43.97	34.50	44.46	3.453	0.178
Apoio à segurança do doente pela gestão	35.78	44.11	46.31	3.467	0.177
Perceções gerais sobre a segurança do doente	37.32	35.84	49.57	6.289	0.043
Feedback e comunicação acerca do erro	44.77	38.11	41.74	1.186	0.553
Abertura na comunicação	40.67	48.82	39.37	2.190	0.335
Frequência da notificação de erros	40.15	40.08	44.71	0.800	0.670
Trabalho entre as unidades	36.03	36.03	50.60	7.677	0.022
Profissionais	27.92	51.42	49.16	17.222	0.000
Transições	32.43	42.53	50.15	9.393	0.009
Resposta ao erro não punitiva	41.65	42.63	41.96	0.023	0.989

Tabela 21b – Comparação do score observado para cada dimensão em função da unidade assistencial ou serviço onde o inquirido trabalha

Dimensão (Scores)	Unidade assistencial ou serviço			χ^2	p
	Pediatria	Urgência Pediátrica	UCINP		
	\bar{x}_{ord}	\bar{x}_{ord}	\bar{x}_{ord}		
Trabalho em equipa	39.78	38.97	45.65	1.396	0.497
Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	33.32	42.26	49.51	7.384	0.025
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	42.13	32.82	47.01	4.444	0.108
Apoio à segurança do doente pela gestão	35.28	41.63	48.13	4.647	0.098
Perceções gerais sobre a segurança do doente	37.72	30.13	52.41	12.393	0.002
Feedback e comunicação acerca do erro	42.08	40.53	42.75	0.113	0.945
Abertura na comunicação	42.28	43.66	40.82	0.181	0.914
Frequência da notificação de erros	37.43	38.26	48.12	3.784	0.151
Trabalho entre as unidades	32.88	37.89	52.34	11.455	0.003
Profissionais	25.43	49.47	52.44	22.753	0.000
Transições	31.50	42.74	50.85	10.527	0.005
Resposta ao erro não punitiva	41.92	42.79	41.63	0.029	0.985

Os estudos desenvolvidos para comparar a frequência composta de respostas e o score em função do tempo de experiência profissional em pediatria e na instituição assim como em função da frequência de formação relativa à segurança do doente e gestão do risco não evidenciaram a existência de qualquer diferença estatisticamente significativa. Este facto permitiu concluir que a perceção da cultura de segurança do doente pediátrico não é significativamente influenciada por estas variáveis, ou seja, os profissionais que trabalham há mais ou há menos tempo em pediatria e na instituição revelaram perceções semelhantes da cultura de segurança. O mesmo se verificou para aqueles que frequentaram formação relativa à segurança do doente e em comparação com os que não frequentaram esse tipo de formação.

Analisamos e apresentamos, de seguida, os resultados dos testes estatísticos efetuados para dar resposta à questão de investigação “**Qual a relação da notificação de eventos/ocorrências e a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico?**”

Aplicando o teste U da Mann-Whitney procedemos à comparação da frequência composta de respostas em função do número de eventos/ocorrências notificadas. Os resultados que constituem a tabela 22 revelam a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua” ($p = 0.025$) e “Trabalho entre unidades” ($p = 0.008$). Os valores da média ordinal revelaram que os

profissionais que não fizeram qualquer notificação de eventos/ocorrências evidenciaram percepção de melhor cultura de segurança do doente pediátrico.

O estudo semelhante desenvolvido com base nos scores não revelou a existência de qualquer diferença estatisticamente significativa.

Tabela 22 – Comparação da frequência composta de respostas observada para cada dimensão em função do número de eventos/ocorrências notificadas pelo profissional

Número de eventos/ocorrências notificadas Dimensão (Frequência composta de respostas)	Nenhum	1 a 2 relatórios	χ^2	p
	\bar{x}_{ord}	\bar{x}_{ord}		
Trabalho em equipa	44.09	43.30	-0.108	0.914
Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	44.53	39.90	-0.567	0.571
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	45.91	29.30	-2.237	0.025
Apoio à segurança do doente pela gestão	45.71	30.80	-1.821	0.069
Percepções gerais sobre a segurança do doente	44.78	38.00	-0.835	0.404
Feedback e comunicação acerca do erro	43.44	48.35	-0.647	0.518
Abertura na comunicação	42.74	53.70	-1.342	0.179
Frequência da notificação de erros	44.40	40.95	-0.427	0.670
Trabalho entre as unidades	46.52	24.60	-2.639	0.008
Profissionais	43.94	44.50	-0.069	0.945
Transições	43.87	45.00	-0.139	0.889
Resposta ao erro não punitiva	42.62	54.65	-1.546	0.122

De seguida procedemos à análise e exposição dos resultados dos estudos desenvolvidos com o intuito de dar resposta à questão de investigação **“Que relação existe entre o conhecimento acerca da Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente e do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos (SNNIEA) e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico?”**

Através do teste U de Mann-Whitney procedemos, também, à comparação dos valores da frequência composta de respostas e dos scores observados em função do conhecimento da Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente por parte dos profissionais. Em ambos os estudos se verificou a não existência de diferenças estatisticamente significativas pelo que se conclui que a percepção da cultura de segurança do doente pediátrico não tem relação com o conhecimento da Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente.

De forma semelhante comparamos a frequência composta de respostas observada para cada dimensão em função do conhecimento do SNNIEA (Tabela 23). Os resultados revelam a existência de diferença significativa, apenas, na dimensão “Trabalho em equipa” ($p = 0.047$). Analisando os valores das medidas de tendência central, verificamos que os profissionais que conhecem este sistema de notificação tendem a apresentar uma percepção de melhor cultura de segurança do doente pediátrico.

Idêntico estudo realizado com base nos scores não evidenciou qualquer diferença estatisticamente significativa pelo que se conclui que o conhecimento do SNNIEA parece ter pouca influência sobre a percepção da cultura de segurança do doente pediátrico.

Tabela 23 – Comparação da frequência composta de respostas observada para cada dimensão em função do facto do profissional conhecer o SNNIEA

Dimensão (Frequência composta de respostas)	Conhece o SNNIEA		χ^2	p
	Sim \bar{x}_{ord}	Não \bar{x}_{ord}		
Trabalho em equipa	42.39	52.06	-1.983	0.047
Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	46.17	45.72	-0.081	0.935
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	47.07	44.21	-0.579	0.563
Apoio à segurança do doente pela gestão	46.36	45.40	-0.174	0.862
Percepções gerais sobre a segurança do doente	50.02	39.26	-1.962	0.051
Feedback e comunicação acerca do erro	44.96	47.74	-0.546	0.585
Abertura na comunicação	44.23	48.97	-0.862	0.389
Frequência da notificação de erros	46.59	45.01	-0.288	0.773
Trabalho entre as unidades	47.05	44.24	-0.503	0.615
Profissionais	47.66	43.22	-0.803	0.422
Transições	48.83	41.25	-1.387	0.165
Resposta ao erro não punitiva	47.87	42.87	-0.946	0.344

Seguidamente analisamos e apresentamos os resultados dos estudos realizados no sentido de responder à questão de investigação **“Qual a relação entre a experiência na gestão do risco e a percepção dos profissionais de saúde acerca da cultura de segurança do doente pediátrico?”**

Os estudos de comparação da frequência composta de respostas e dos scores observados para cada dimensão em função do facto do profissional alguma vez ter utilizado o SNNIEA ou ter notificado algum incidente ou evento adverso ao longo da sua prática profissional, revelaram que nenhuma das diferenças pode ser considerada estatisticamente

significativa. Este facto permite concluir que não existem evidências que suportem a relação destas variáveis com a perceção da cultura de segurança do doente pediátrico.

A comparação da frequência composta de respostas em função do grau de concordância dos profissionais relativamente à afirmação “A notificação de incidentes e eventos adversos, de forma anónima, contribui para a participação dos profissionais de saúde na melhoria da segurança do doente” (Tabela 24a) revelou a existência de diferenças significativas nas dimensões “Perceções gerais sobre a segurança do doente” ($p = 0.036$), “Feedback e comunicação acerca do erro” ($p = 0.047$) e “Resposta ao erro não punitiva” ($p = 0.003$).

O mesmo estudo desenvolvido com base nos scores observados para cada dimensão (Tabela 24b) permitiu observar a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível das “Perceções gerais sobre a segurança do doente” ($p = 0.011$), do “Trabalho entre unidades” ($p = 0.009$), das “Transições” ($p = 0.007$) e da “Resposta ao erro não punitiva” ($p = 0.013$).

Os resultados observados para as medidas de tendência central permitem afirmar que a perceção de cultura de segurança do doente pediátrico tende a aumentar com o aumento do grau de concordância dos profissionais com a afirmação apresentada, ou seja, os profissionais que concordam ou concordam fortemente com a afirmação “A notificação de incidentes e eventos adversos, de forma anónima, contribui para a participação dos profissionais de saúde na melhoria da segurança do doente” apresentam perceção de maior cultura de segurança.

Tabela 24a – Comparação da frequência composta de respostas observada para cada dimensão em função do facto do profissional considerar 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

A notificação de incidentes e eventos adversos, de forma anónima, contribui para a participação dos profissionais de saúde na melhoria da segurança do doente	Não concorda, nem discorda	Concorda	Concorda fortemente	χ^2	p
	\bar{x}_{ord}	\bar{x}_{ord}	\bar{x}_{ord}		
Dimensão (Frequência composta de respostas)					
Trabalho em equipa	38.44	47.98	45.44	2.303	0.316
Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	39.35	48.66	43.40	1.960	0.375
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	38.97	47.67	45.69	1.895	0.388
Apoio à segurança do doente pela gestão	50.21	42.21	48.88	1.858	0.395
Perceções gerais sobre a segurança do doente	35.44	44.14	55.40	6.668	0.036

Tabela 24a – Comparação da frequência composta de respostas observada para cada dimensão em função do facto do profissional considerar 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 (continuação)

A notificação de incidentes e eventos adversos, de forma anónima, contribui para a participação dos profissionais de saúde na melhoria da segurança do doente	Não concorda, nem discorda	Concorda	Concorda fortemente	χ^2	p
	\bar{x}_{ord}	\bar{x}_{ord}	\bar{x}_{ord}		
Dimensão (Frequência composta de respostas)					
Feedback e comunicação acerca do erro	33.12	48.81	47.52	6.101	0.047
Abertura na comunicação	42.00	47.54	43.81	0.764	0.683
Frequência da notificação de erros	42.71	48.55	41.25	1.642	0.440
Trabalho entre as unidades	40.12	43.18	54.04	3.843	0.146
Profissionais	39.85	45.74	49.00	1.316	0.518
Transições	35.85	44.64	54.08	5.456	0.065
Resposta ao erro não punitiva	33.94	43.01	58.77	11.647	0.003

Tabela 24b – Comparação do score observado para cada dimensão em função do facto do inquirido considerar 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

A notificação de incidentes e eventos adversos, de forma anónima, contribui para a participação dos profissionais de saúde na melhoria da segurança do doente	Não concorda, nem discorda	Concorda	Concorda fortemente	χ^2	p
	\bar{x}_{ord}	\bar{x}_{ord}	\bar{x}_{ord}		
Dimensão (Scores)					
Trabalho em equipa	33.88	49.32	45.94	4.621	0.099
Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	41.62	46.13	46.96	0.491	0.782
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	40.59	46.68	46.56	0.773	0.680
Apoio à segurança do doente pela gestão	50.38	41.90	49.40	2.111	0.348
Perceções gerais sobre a segurança do doente	35.65	42.71	58.17	8.962	0.011
Feedback e comunicação acerca do erro	36.18	46.74	49.56	3.089	0.213
Abertura na comunicação	42.62	45.87	46.79	0.285	0.867
Frequência da notificação de erros	43.59	48.27	41.21	1.310	0.519
Trabalho entre as unidades	38.76	41.13	59.19	9.348	0.009
Profissionais	47.00	44.18	47.13	0.278	0.870
Transições	36.32	41.94	59.27	9.906	0.007
Resposta ao erro não punitiva	33.68	43.86	57.23	8.701	0.013

Aplicando o teste U de Mann-Whitney procedemos à comparação da frequência composta de respostas (Tabela 25a) e dos scores observados (Tabela 25b) em função do grau de concordância do profissional com a afirmação “A segurança do doente é um dever ético dos profissionais de saúde”. Verificamos a existência de diferença significativa na frequência composta de respostas na dimensão “Transições” ($p = 0.049$) e nos scores das dimensões “Trabalho em equipa” ($p = 0.046$), “Percepções gerais sobre a segurança do doente” ($p = 0.014$), “Trabalho entre as unidades” ($p = 0.018$) e “Transições” ($p = 0.005$). Os valores observados para as medidas de tendência central revelam que os profissionais que concordam fortemente com a afirmação tendem a revelar uma percepção de melhor cultura de segurança do doente pediátrico.

Tabela 25a – Comparação da frequência composta de respostas observada para cada dimensão em função do facto do profissional considerar que a segurança do doente é um dever ético dos profissionais de saúde

Dimensão (Frequência composta de respostas)	A segurança do doente é um dever ético dos profissionais de saúde		χ^2	p
	Concorda	Concorda fortemente		
	\bar{x}_{ord}	\bar{x}_{ord}		
Trabalho em equipa	40.35	45.64	-1.048	0.295
Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	41.98	44.91	-0.519	0.604
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	43.94	44.03	-0.016	0.987
Apoio à segurança do doente pela gestão	43.83	44.08	-0.043	0.966
Percepções gerais sobre a segurança do doente	38.26	46.58	-1.487	0.137
Feedback e comunicação acerca do erro	43.67	44.15	-0.093	0.926
Abertura na comunicação	42.11	44.85	-0.486	0.627
Frequência da notificação de erros	39.06	46.23	-1.279	0.201
Trabalho entre as unidades	40.59	45.53	-0.864	0.388
Profissionais	42.26	44.78	-0.446	0.655
Transições	36.44	47.40	-1.966	0.049
Resposta ao erro não punitiva	39.87	45.86	-1.108	0.268

Quadro 25b – Comparação do score observado para cada dimensão em função do facto do inquirido considerar que a segurança do doente é um dever ético dos profissionais de saúde

Dimensão (Scores)	A segurança do doente é um dever ético dos profissionais de saúde		χ^2	p
	Concorda	Concorda fortemente		
	\bar{x}_{ord}	\bar{x}_{ord}		
Trabalho em equipa	36.11	47.55	-1.999	0.046
Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	36.46	47.39	-1.892	0.059
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	40.35	45.64	-0.923	0.356

Quadro 25b – Comparação do score observado para cada dimensão em função do facto do inquirido considerar que a segurança do doente é um dever ético dos profissionais de saúde (continuação)

Dimensão (Scores)	A segurança do doente é um dever ético dos profissionais de saúde		χ^2	p
	Concorda	Concorda fortemente		
	\bar{x}_{ord}	\bar{x}_{ord}		
Apoio à segurança do doente pela gestão	41.43	45.16	-0.646	0.518
Perceções gerais sobre a segurança do doente	34.24	48.39	-2.465	0.014
Feedback e comunicação acerca do erro	40.06	45.78	-1.020	0.308
Abertura na comunicação	41.11	45.30	-0.727	0.467
Frequência da notificação de erros	39.06	46.23	-1.235	0.217
Trabalho entre as unidades	34.56	48.25	-2.376	0.018
Profissionais	44.46	43.79	-0.116	0.908
Transições	32.91	48.99	-2.782	0.005
Resposta ao erro não punitiva	39.57	45.99	-1.108	0.268

4 – Discussão

Neste capítulo discutimos os resultados seguindo a ordem das questões de investigação formuladas e, com base na literatura consultada, procuramos realizar uma análise crítica dos mesmos.

Obtivemos uma taxa de resposta de 72,8 % ao questionário, o que para nós foi muito gratificante.

Dados sociodemográficos

Verificamos que a amostra era constituída maioritariamente por elementos do sexo feminino (86.8%), o que pode ser explicado pelo facto do grupo profissional mais predominante na amostra ser a enfermagem (67.0%), atividade tradicionalmente feminina e o grupo mais numeroso nos hospitais. Dos restantes profissionais 18.7% eram médicos e 11.0% assistentes operacionais.

Tendo-se verificado uma idade média de 32.21 anos entre os profissionais, podemos concluir que se trata de uma amostra jovem.

Quase todos os profissionais (96.7%) responderam que interagem ou têm contacto direto com os doentes, o que demonstra de certa forma ser consistente com o facto de que a maior parte dos profissionais (37.4%) exercem a sua profissão na UCINP, 33.0% na Pediatria e 20.9% na Urgência Pediátrica.

Dados profissionais

Quanto aos anos de experiência profissional, 34.1% referem exercer na instituição há 8 - 12 anos, 31.9% mencionam entre 3 - 7 anos de experiência em pediatria e 30.8% referem estar a trabalhar no seu serviço/unidade atual há 3 – 7 anos. Considerando os tempos de experiência na instituição, é expectável dos profissionais um conhecimento razoável da instituição. No entanto, a maioria dos profissionais (79.1%) afirmou que o seu serviço era acreditado, desconhecendo que o hospital se encontra atualmente em fase de implementação do novo Modelo Nacional e Oficial de Acreditação em Saúde – o Modelo ACSA desde Maio de 2013.

Não obstante demonstrarem que não tinham informação correta sobre este assunto, observamos que 72.5% dos profissionais afirmaram ter formação sobre segurança do doente e gestão do risco e 94.5% declararam que frequentariam formação sobre a área se tivessem oportunidade.

Conhecimento sobre segurança e gestão do risco

Apenas 35.2% dos profissionais inquiridos afirmaram conhecer a Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, contudo 62.6% apontaram que conheciam o SNNIEA, embora só 20.9% o tenha alguma vez utilizado. Considerando que 52.7% dos profissionais refere já ter notificado algum incidente ou evento adverso ao longo da sua prática profissional, então podemos concluir que estas notificações foram feitas maioritariamente no próprio sistema do hospital, há mais de um ano, já que 84,6% dos profissionais inquiridos afirmou não ter notificado nenhum evento ou ocorrência nos últimos 12 meses.

A maioria dos elementos que integraram este estudo (53.8%) concordou com a afirmação “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 26.4% que concordaram fortemente. Portanto, para a maioria dos profissionais inquiridos (80.2%), o anonimato é um elemento importante para promover a notificação. Sousa (2013), tomando como base a Lei de Proteção de Dados Pessoais, confirma este facto ao afirmar que os sistemas de notificação de incidentes devem garantir a segurança jurídica da informação e dos intervenientes.

Quanto à segurança do doente, verificamos que 65.9% dos inquiridos concordaram fortemente com o facto de ela ser um dever ético dos profissionais de saúde, seguidos de 29.7% que concordaram com esta afirmação. Isto significa que quase a totalidade dos inquiridos (95.6%) assume a segurança do doente enquanto uma obrigação ética. De facto, os profissionais de saúde assumem este compromisso perante a segurança do doente desde o início da sua formação (Silva, 2010), sendo que revelar os erros/eventos adversos constitui-se enquanto uma obrigação inultrapassável. (Fragata, 2009, cit. por Fragata, 2010; Fragata, 2011; Lima, 2011).

Discutimos de seguida os resultados obtidos para a questão de investigação **“Qual a cultura de segurança do doente pediátrico que é percebida pelos profissionais de saúde?”**

Dimensões da Cultura de Segurança do Doente

Os dados obtidos nas 12 dimensões da cultura de segurança do doente foram agrupados no quadro 4 para uma melhor perceção da posição de cada uma relativamente às restantes. Assim, torna-se mais fácil perceber quais as dimensões fortes e quais as fracas na instituição em estudo (que devem ser vistas enquanto valiosas oportunidade de melhoria) e refletirmos individualmente sobre cada uma.

Quadro 4 – Valores obtidos para as dimensões da Cultura de Segurança do Doente e respetiva ordenação da dimensão mais forte para a mais fraca

Dimensão	Valor	Ordem
1. Trabalho em equipa	85.61%	1º
2. Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	68.13%	5º
3. Aprendizagem organizacional - melhoria contínua	81.32%	2º
4. Apoio à segurança do doente pela gestão	49.09%	11º
5. Perceções gerais sobre a segurança do doente	70.88%	4º
6. Feedback e comunicação acerca do erro	78.02%	3º
7. Abertura na comunicação	58.24%	7º
8. Frequência da notificação de eventos	55.68%	9º
9. Trabalho entre as unidades	56.32%	8º
10. Profissionais	52.75%	10º
11. Transições	67.86%	6º
12. Resposta ao erro não punitiva	26.74%	12º

A dimensão “Trabalho em equipa” (85.61%) foi a que obteve valor mais elevado, bastante superior aos dos restantes estudos onde esta dimensão também foi a mais cotada, nomeadamente, nos realizados por Gomes (2012) com 57%, Sousa (2013) com 68%, Peralta (2012) com 72%, Portugal, MS, DGS (2011a) com 73%, Waterson, Griffiths, Stride, Murphy & Hignett (2010) com 75%, Fernandes & Queirós (2011) com 79% e Sorra et al. (2014) com 81%, sendo este último o mais próximo ao do nosso estudo.

Portanto, esta dimensão revela-se um ponto forte no hospital em questão, sendo que os itens que mais contribuíram para este resultado foram “Neste Serviço/unidade os profissionais entreeajdam-se”, “Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer” e “Neste Serviço/unidade as pessoas tratam-se com respeito”. Ou seja, os profissionais consideram que existe respeito e espírito de entreeajuda e de equipa entre si.

O trabalho em equipa é essencial para a qualidade dos cuidados de saúde prestados (Santos, Grilo, Andrade, Guimarães & Gomes, 2010), sendo uma necessidade incontestável, assim como as vantagens que lhe são inerentes, nomeadamente: o aumento da motivação e da satisfação do trabalhador, elevados níveis de produtividade, compromisso comum com as metas, melhoria da comunicação (vertical e horizontal) dentro da equipa, flexibilidade organizacional (os membros são capazes de desempenhar as funções uns dos outros) e ampliação das habilidades profissionais (Fragata, 2010). O mesmo autor acrescenta, ainda, que o trabalho em equipa gera segurança, uma vez que “(...) reduz substancialmente tanto o número de erros como o potencial do erro para a gravidade da situação” (Fragata, 2010, p. 206).

O facto de esta ser uma dimensão forte na instituição em estudo é muito positivo, visto que as equipas facilitam a mudança e a aceitação de novos procedimentos relacionados com a segurança tal como refere Fragata (2010).

No que diz respeito à dimensão “Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente” o resultado foi positivo, de 68.13%, idêntico ao obtido no estudo de Waterson et al. (2010), com 68%. Apenas dois estudos tiveram valores superiores, nomeadamente os de Pimenta (2013) com 72% e o de Sorra et al. (2014) com 76%. Os restantes apresentaram valores positivos também na ordem dos 60% e um na casa dos 50%.

Nesta dimensão o item mais pontuado foi “O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente”.

Segundo Fragata (2010) a liderança das equipas de saúde é dificultada pelo facto de serem constituídas por diversos estratos profissionais, com diferentes níveis hierárquicos. No entanto, uma equipa corretamente gerida e estruturada beneficia a segurança (Fragata, 2010). De acordo com as evidências, os líderes podem fomentar maior segurança na prestação de cuidados aos doentes de duas formas, nomeadamente, através da valorização da segurança e através da criação de um ambiente onde os profissionais sintam confiança para discutir ideias e agir no sentido da melhoria da segurança. Os líderes, ao criarem um contexto de atenção e ação reforçada em direção à segurança, potenciam a cultura de segurança (Vogus, Sutcliffe & Weick, 2010).

Fragata (2010) considera que cabe ao líder a responsabilidade de promover junto da sua equipa uma cultura organizacional de segurança e solicitar frequentemente informação sobre eventos adversos ocorridos e sobre potenciais situações geradoras de forma a melhorar a segurança (Santos et al., 2010). No nosso estudo, os profissionais de saúde sentem que os problemas de segurança são desvalorizados pelo superior, o que nos leva a concluir que o papel do líder nessa matéria é apontado como deficitário sendo uma dimensão que precisa de investimento na instituição em estudo, apesar de apresentar uma pontuação global positiva.

A dimensão “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua” apresentou o segundo valor mais elevado do nosso estudo, 81.32%, tal como os estudos de Portugal, MS, DGS (2011a) com 68% e Peralta (2012) com 71%, apesar de bastante superior. Apenas em dois estudos esta dimensão foi a mais cotada, nomeadamente no de Gomes (2012) com 57% e no de Pimenta (2013) com 78%.

Desta forma, verificamos que este é, também, um ponto forte na instituição, sendo que os itens “Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente” e

“Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente” foram os mais pontuados nesta dimensão.

Este resultado é coerente com o valor obtido na dimensão “Feedback e comunicação acerca do erro” (78.02%), onde os profissionais inquiridos afirmam receber informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências efetuados.

Práticas de aprendizagem estruturada ajudam a construir uma cultura de segurança, através da alteração de práticas que viabilizam esta cultura (Vogus et al, 2010). A partilha de conhecimentos adquiridos com a experiência de erros/eventos ocorridos é fundamental para a aprendizagem na organização pois desta forma possibilita-se a promoção contínua da melhoria da qualidade e segurança dos cuidados. Fragata (2010, p. 80) declara que a metodologia PDSA (plan, do, study, act) “(...) é a metodologia das verdadeiras «organizações que aprendem» e, logo, a metodologia a ser usada pelas instituições de saúde que estejam interessadas em melhorar continuamente a segurança”. Neste contexto, importa explicar, ainda que brevemente, a metodologia PDSA. Assim, a fase “plan” consiste em identificar e avaliar o problema, na fase “do” ocorre a implementação de estratégias e registo dos resultados, na fase “study” são iniciadas medidas específicas e feito o acompanhamento da mudança e, finalmente, na fase “act” as medidas são aplicadas em larga escala (caso os resultados da fase anterior indiquem que as medidas são eficazes). Caso contrário, um novo ciclo deverá ter início (Fragata, 2010, p. 80).

A metodologia sugerida por Fragata reflete uma constante procura de soluções para os problemas de segurança identificados, numa atitude de aprendizagem contínua. Parece-nos que na instituição em estudo é este o rumo tomado pelos profissionais de saúde, uma vez que estes consideram estar a trabalhar ativamente para a melhoria da segurança do doente, através da avaliação da eficácia das alterações efetuadas (os dois itens mais cotados nesta dimensão), apesar desta avaliação não se basear na identificação e análise dos erros e eventos adversos, uma vez que a taxa de notificação é baixa na instituição.

Relativamente à dimensão “Apoio à segurança do doente pela gestão” obtivemos o segundo valor mais baixo, 49.09%. Só 3 estudos apresentaram resultados parecidos, especificamente o de Portugal, MS, DGS (2011a) com 48%, Fernandes & Queirós (2011) com 44% e o de Waterson et al. (2010) com 45%, embora no panorama geral com lugares mais altos na tabela, quando comparada com as restantes dimensões. Ou seja, em todos os demais estudos consultados e referidos anteriormente, esta dimensão ficou mais bem classificada na tabela, tendo o mais baixo ficado em 10º lugar (Fernandes & Queirós, 2011) e o mais alto em 4º lugar (Sorra et al., 2014).

Portanto, podemos afirmar que esta é uma dimensão a precisar de atuação apropriada e atempada neste hospital. Tendo em conta que os itens menos cotados foram “A direção do hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente” e “A direção do hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade”, esta intervenção poderá passar pela criação de um ambiente de trabalho promotor da segurança do doente e, também, pelo interesse contínuo da direção do hospital pela mesma e não apenas quando ocorre algum evento/erro.

Não obstante e ainda que pareça um contra-senso, dado que foi obtido um valor baixo nesta dimensão, verificamos que os profissionais consideram positivamente o item “As ações da direção do hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades”, sendo este o item mais valorizado.

A dimensão “Perceções gerais sobre a segurança do doente” encontra-se também entre as mais fortes, sendo a quarta mais elevada, com 70.88%. Só o estudo de Pimenta (2013) ultrapassa este valor com 73%, sendo que os restantes obtiveram valores iguais ou inferiores a 60%, nomeadamente o de Sorra et al. (2014) com 66%, de Portugal, MS, DGS (2011a) e Waterson et al. (2010) com 59%, Fernandes & Queirós (2011) com 57%, Peralta (2012) com 51%, Sousa (2013) com 44% e Gomes (2012) com 43%.

Uma das formas de direcionar a atenção para a segurança é conhecer as perceções do clima de segurança. Estas mostram como os funcionários visualizam a segurança do doente com base na perceção que têm acerca do compromisso dos seus líderes para com a segurança, prioridade dada à segurança e divulgação de informações de segurança (Vogus et al., 2010). Portanto, o simples facto da perceção dos profissionais acerca da segurança do doente ser positiva é um bom ponto de partida para a melhoria da segurança do doente.

Os itens “É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste serviço/unidade”, “Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho” e “Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer” foram os mais pontuados nesta dimensão. Portanto, podemos afirmar que os profissionais de saúde desta instituição consideram que além da segurança do doente não ser sacrificada quando há mais trabalho, os seus procedimentos e sistemas são eficientes na prevenção de erros, o que vai ao encontro da perceção positiva existente acerca da segurança do doente, fazendo desta uma dimensão forte neste hospital. No entanto, é difícil chegar a mais conclusões uma vez que não pudemos deixar de constatar que, simultaneamente, os profissionais pensam que só por acaso não acontecem erros mais graves no seu serviço.

Quanto à dimensão “Feedback e comunicação acerca do erro”, com 78.02%, foi a terceira mais cotada, com um valor muito superior aos demais estudos consultados, sendo o

mais próximo o valor de 69% obtido por Pimenta (2013). Portanto, esta é uma dimensão forte na instituição.

O item que mais se destacou nesta dimensão foi “É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências”, embora as restantes tenham tido cotação também bastante elevada (“Somos informados acerca de erros que aconteçam neste serviço/unidade” e “Neste serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer”).

A comunicação relacionada com a segurança é importante e deve ser gerida em equipa, para que, por meio da inovação de procedimentos, haja produção de conhecimento na organização com o intuito de se promover a segurança do doente (Fragata, 2009).

Podemos afirmar que no hospital em estudo os profissionais recebem informação de retorno acerca das alterações consequentes às situações de erros e ou eventos adversos relatados, bem como sobre os erros ocorridos no serviço. Além disso, discutem sobre as estratégias de prevenção dos erros, uma mais-valia essencial para o processo de aprendizagem organizacional contínuo e melhoria da segurança do doente.

A dimensão “Abertura na comunicação” também obteve um valor positivo (58.24%), igual ao obtido por Peralta (2012). Outros dois estudos alcançaram valores na ordem dos 50%, dois na ordem dos 40% e quatro na ordem dos 60%.

Falhas ou perturbações na comunicação entre e intra equipas de saúde podem condicionar uma diminuição da qualidade dos cuidados, ocorrência de erros nos tratamentos com potenciais danos para os doentes (WHO, 2007).

Deste modo, a cultura de segurança é impulsionada quando os líderes criam um contexto no qual os funcionários estão autorizados a falar e agir para resolver as ameaças à segurança do doente (Vogus et al., 2010), sendo que esta possibilidade deve ser extensível e incutida a todos os profissionais da equipa, independentemente do seu estrato profissional e hierarquia (Fragata, 2010).

No entanto, podem colocar-se algumas barreiras à comunicação, principalmente nas equipas de saúde interdisciplinares, como é o caso das hierarquias que reconhecidamente potenciam a ocorrência de erros por comprometimento (especialmente entre classes profissionais diferentes) do feedback a situações e ou procedimentos incorretos, bem como da verbalização de alternativas eficazes para a sua solução e correção oportuna (Santos et al., 2010). Portanto, quando a comunicação a este nível é deficitária, o fluxo de informação perde qualidade, assim como o funcionamento da equipa que se torna perigosa (Fragata, 2010) por prestação de cuidados pouco eficazes e/ou quebra da continuidade dos mesmos, com consequências negativas para o doente (Santos et al., 2010).

Os itens mais valorizados nesta dimensão foram “Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente” e “Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo”. Ora, por si só, estes dados são contraditórios pois os profissionais afirmam falar livremente quando detetam uma situação prejudicial para o doente e ao mesmo tempo afirmam terem medo de colocar questões em situações duvidosas.

“Por isso, e para evitar erros, a comunicação deverá ser cuidadosamente estruturada” (Fragata, 2010, p. 35) na instituição e entre os profissionais de saúde, sendo fundamental definir estratégias para a sua melhoria, com conseqüente diminuição dos riscos para o doente e influência positiva na qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados pelos profissionais.

A dimensão “Frequência da notificação de erros” ocupa o nono valor mais baixo, embora com um valor positivo de 55.68%. Apenas os estudos de Sorra et al. (2014) e de Waterson et al. (2010) conseguiram percentagens mais altas, com 66% e 71%, respetivamente. Os demais estudos consultados obtiveram valores inferiores, com apenas um que ronda os 50%, dois os 40%, um os 30% e dois os 20%. Portanto, esta é uma dimensão que neste hospital não podemos considerar como extremamente fraca pois, ainda que baixo, obteve um valor positivo, mas beneficiaria sem dúvida de intervenção, com o intuito de melhorar a notificação dos erros e eventos adversos, com conseqüente melhoria da cultura de segurança do doente.

O item com cotação mais positiva nesta dimensão foi “Quando ocorre um evento/ocorrência, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é notificado?”, sendo que os restantes itens (referidos por ordem decrescente de cotação obtida) “Quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado?” e “Quando ocorre um evento/ocorrência, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é notificado?” também tiveram avaliações positivas e aproximadas da primeira. Concluímos, portanto, que os profissionais inquiridos apenas por vezes notificam estas situações, sendo a taxa de notificação tanto maior quanto maior a gravidade potencial/real do evento. Provavelmente os profissionais julgam que não haverá tanta utilidade ou obrigatoriedade (ética, moral ou legal) em notificar eventos que não tiveram qualquer conseqüência negativa para o doente.

O baixo valor desta dimensão associado ao valor obtido na dimensão “Resposta ao erro não punitiva” (26.74) leva-nos a pensar que a baixa taxa de notificação verificada pode dever-se ao medo de conseqüências ou responsabilização jurídica à qual poderiam ser sujeitos. Sendo esta uma das principais razões apontadas por vários autores para a baixa

adesão à notificação, talvez a existência de legislação protetora encorajasse os profissionais a notificarem um maior número de erros/eventos ocorridos.

Comparando o valor obtido para esta dimensão (55.68%) com o facto de 84.6% dos profissionais afirmarem não terem notificado nenhum evento ou ocorrência quando questionados sobre o “número de eventos/ocorrências notificadas nos últimos 12 meses”, verificamos uma discrepância, o que nos leva a pensar que os profissionais poderão ter mais intenções de notificar do que aquilo que realmente notificam ou, então, que as notificações tenham ocorrido há mais de 12 meses.

Podemos questionar-nos, ainda, se existe realmente um sistema de notificação que permita o relato dos erros e/ou eventos adversos por parte dos profissionais, se este é suficientemente divulgado e conhecido na instituição ou, inclusive, se é de fácil utilização. No caso concreto do hospital em estudo as duas primeiras hipóteses são pouco prováveis pois este sistema de notificação além de existente é difundido, já a terceira hipótese poderá ser mais plausível. No entanto, não temos dados que nos permitam afirmar qualquer uma delas.

Considerando o papel da notificação de erros/eventos adversos no desenvolvimento de estratégias corretoras para impedir a sua recorrência e consequente melhoria da segurança dos cuidados, torna-se fundamental sensibilizar e consciencializar os profissionais da instituição em questão para a importância da notificação, num clima de justiça, flexibilidade, anonimato e aprendizagem.

A dimensão “Trabalho entre as unidades” obteve um valor de 56.32%, idêntico ao de Fernandes & Queirós (2011), com 56%. Só no estudo de Sorra et al. (2014) este valor foi superior, com 61%. Nos restantes, os valores foram inferiores, com apenas um também situado na ordem dos 50%, três na ordem dos 40% e um na ordem dos 30%. Logo, esta dimensão constitui-se como uma oportunidade de melhoria neste hospital.

Os itens “É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros serviços/unidades do Hospital”, “Os serviços/unidades do hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente” e “Existe boa colaboração entre os serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente” foram os mais valorizados na dimensão em questão. Destes itens podemos inferir que os profissionais consideram que, apesar de desagradável o trabalho com outros serviços (talvez por falta de conhecimento e relações dos profissionais entre si), este é funcional, existindo colaboração positiva entre os mesmos.

Segundo Carneiro (2010) a melhoria da segurança do doente está dependente do empenho, envolvimento e entusiasmo dos vários profissionais de saúde implicados na prestação de cuidados, bem como da participação dos doentes.

Considerando que o item mais valorizado pelos profissionais se refere ao trabalho desagradável com os profissionais de outros serviços, parece-nos essencial inculcar-se um espírito de trabalho multidisciplinar entre os vários serviços/unidades da instituição, garantindo-se a continuidade dos cuidados, a diminuição dos riscos para os doentes e a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

A dimensão “Profissionais” ocupa o décimo lugar, com apenas 52.75%. No entanto, e comparando com os estudos consultados, apenas no estudo de Sorra et al. (2014) este valor foi superior (55%). Os restantes situam-se na casa dos 40% (3 estudos) e 30% (4 estudos). Portanto, apesar de ser das dimensões menos cotadas neste estudo, não é tão crítica como na maioria dos estudos lidos. Necessita, por ser a terceira baixa no hospital em estudo, de intervenção para melhoria.

Nesta dimensão foram mais valorizados os itens “Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido” e “Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável”. Isto indica-nos que nos serviços onde o questionário foi aplicado (Urgência Pediátrica, UCINP e Pediatria), alguns profissionais julgam que o rácio trabalho/profissionais é adequado, embora com mais profissionais temporários do que desejável.

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (2006), dotações seguras significam condições de trabalho livres de riscos através da manutenção constante de um número adequado de pessoal, com níveis de competência apropriados, para dar resposta às necessidades de cuidados dos doentes.

Foi demonstrado pela literatura que o nível de dotações tem implicações diretas nos resultados dos doentes, nomeadamente na morbilidade e mortalidade, numa relação inversa entre as mesmas (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006).

Portanto, níveis inadequados de pessoal (médicos e enfermeiros) condicionam menor segurança e, conseqüentemente, maior morbilidade e mortalidade dos doentes. Isto porque à sobrecarga de trabalho e fadiga está associada uma maior probabilidade de erro. Assim, é um aspeto crucial em qualquer instituição de saúde e esta não é exceção, além de que, tendo em conta a conjuntura atual do país, é uma preocupação muito atual.

Aliás, e com o intuito de dar resposta a esta problemática, a 2 de Dezembro de 2014 foi publicada no Diário da República a “Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem”, elaborada pela Ordem do Enfermeiros com o objetivo de garantir a segurança e qualidade dos cuidados. Esta norma baseia-se no Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem que determina a necessidade dos doentes em cuidados de

enfermagem em número de horas de cuidados, para os vários ambientes de prestação de cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 533/2014, 2014).

Na dimensão “Transições” obtivemos um valor de 67.86%, apenas superado pelo estudo de Fernandes & Queirós (2011), com 71%. Outros estudos alcançaram percentagens inferiores, na casa dos 50% (4 estudos), 40% (2 estudos) e 30% (1 estudo).

Os itens mais valorizados foram “As mudanças de turno neste Hospital são problemáticas para o doente” e “É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno”. Ou seja, os profissionais acham que esta é uma área onde existem alguns problemas, principalmente pela perda de informação relevante para a continuidade dos cuidados a prestar aos doentes.

É fácil inferir, a partir dos itens que compõem a dimensão, que o termo “transições” diz respeito às passagens de turno e transferência de doentes entre serviços/unidades. Constatámos, na literatura consultada, que estas ocasiões de comunicação e articulação entre os profissionais também são conhecidas como “*handover*” (Santos et al., 2010; WHO, 2007), e são indispensáveis no setor da saúde devido “(...) à necessidade de cobertura de 24 horas” (Fragata, 2010, p. 44).

Aliás, a própria WHO (2007) ao incluir a comunicação durante as passagens de turno num dos nove desafios para a segurança do doente, vem a confirmar e realçar a sua importância. Assim sendo, importa salientar que a forma mais eficaz de fazer a passagem de turno é verbalmente e em equipa, adotando uma metodologia estruturada e com impressão da mesma, não só para que fique registada, mas, principalmente, para que não ocorram esquecimentos (Bhabra, 2007 cit. por Fragata, 2010).

Até porque, à qualidade da passagem de turno colocam-se algumas barreiras comunicacionais, concretamente: falha na precisão e congruência da informação, o esquecimento de dados relevantes e falta de clareza na informação transmitida por interrupções repetidas (Santos et al., 2010). A eficácia das passagens de turno também é influenciada pelas características individuais dos profissionais e pelo tipo e complexidade da informação a ser passada (Santos et al, 2010).

Ainda que uma dimensão mediana neste estudo, quando comparada com os outros, não se encontra em necessidade de intervenção muito urgente, mas constitui-se, no entanto, enquanto oportunidade de melhoria. Tendo em conta que a melhoria da qualidade das passagens de turno tem sido relacionada a menores taxas de erros e de mortalidade, bem como ao aumento da qualidade dos cuidados de saúde prestados (Santos et al, 2010), então parece-nos necessário promover a partilha de informação entre os profissionais de saúde nas

diversas fases de prestação de cuidados ao doente, garantindo a sua continuidade, segurança e qualidade.

Por fim, a dimensão “Resposta ao erro não punitiva” foi a que obteve, de longe, o valor mais baixo neste estudo (26.74%), à semelhança de todos os estudos consultados, embora dois se situem na ordem dos 40% e três na ordem dos 30%, com apenas outros três na ordem dos 20%. Portanto, podemos com segurança afirmar que esta é a dimensão mais fraca ao nível das instituições de saúde e também no hospital em estudo, e onde a intervenção é mais urgente.

Nesta dimensão o item mais cotado foi “Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si”, pelo que podemos afirmar que os profissionais sentem que existe um ambiente de culpabilização individual mediante situações de erros e/ou eventos adversos. A literatura reconhece que este clima provoca sentimentos de medo de eventuais represálias (Fragata, 2004) e do registo dos erros no processo pessoal do profissional, e conseqüentemente, a subnotificação/omissão de erros e eventos adversos. Assim, parece-nos natural o facto de 84,6% dos profissionais inquiridos não terem notificado nenhum evento ou ocorrência nos últimos 12 meses e, ainda, encontrar a dimensão “Frequência da notificação de eventos” entre as quatro mais fracas neste estudo.

Por essa razão, a análise do motivo deve centrar-se nas falhas do sistema, fatores contributivos e mecanismos dos erros e não nos profissionais (Lage, 2010; Reason, 2000). Torna-se necessário, desta forma, transformar as mentalidades e, também, garantir o anonimato nas notificações de erros e eventos adversos, salvaguardando-se a segurança jurídica da informação e dos intervenientes (Sousa, 2013).

Posto isto, podemos afirmar que neste hospital a resposta ao erro não punitiva deve ser alvo de atenção, nomeadamente através da promoção de uma cultura de compreensão e flexibilidade perante as falhas e onde haja incentivo ao relato de erros e eventos adversos sem receio de punição, num processo de aprendizagem organizacional global, com conseqüente melhoria da cultura de segurança do doente.

Finalmente, e após discutidas as várias dimensões, podemos afirmar que a cultura de segurança do doente percecionada pelos profissionais do hospital em estudo apresenta pontos fortes e oportunidades de melhoria com graus distintos de prioridade. Enquanto pontos fortes destacam-se as dimensões “Trabalho em equipa”, “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua”, “Feedback e comunicação acerca do erro” e “Perceções gerais sobre a segurança do doente”. Os pontos mais fracos e que apontam para oportunidades de melhoria

são as dimensões “Resposta ao erro não punitiva”, “Apoio à segurança do doente pela gestão” e “Profissionais”.

Portanto, a segurança do doente é percecionada, de uma forma geral e pelos profissionais da instituição, como favorável. Dada a positividade verificada nas dimensões “Trabalho em equipa”, “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua” e “Feedback e comunicação acerca do erro” podemos inferir que existe, entre a instituição e os seus profissionais, um potencial humano e profissional para o desenvolvimento de estratégias de melhoria da cultura de segurança do doente pediátrico que deve ser explorado e incentivado, fundamentalmente nas áreas identificadas como oportunidades de melhoria.

Questões de item único

O “grau de segurança do doente” é percebido pela maioria dos profissionais (58.2%) como muito bom, à semelhança da grande parte dos estudos portugueses: de Portugal, MS, DGS (2011a) com 45%, de Fernandes e Queirós (2011) com 46%, de Gomes (2012) com 53%, de Peralta (2012) com 51% e de Pimenta (2013) com 60%. Este valor é congruente com o valor encontrado para a dimensão “Perceções gerais sobre a segurança do doente” (70,88%). Dos estudos consultados, apenas no realizado por Sousa (2013) a maior parte dos inquiridos (41%) considerou este item como aceitável. Relativamente aos estudos internacionais consultados, verificamos que também nos EUA, no relatório de comparação de bases de dados do Questionário Hospitalar sobre a Cultura de Segurança do Doente, a maioria dos inquiridos (43%) classificou este item como muito bom (Sorra et al., 2014).

Quanto ao “número de eventos/ocorrências notificadas nos últimos 12 meses” a grande maioria dos profissionais inquiridos (84,6%) não notificou nenhum evento ou ocorrência. O mesmo se verificou nos demais estudos consultados, nomeadamente, de Sorra et al. (2014) com 56%, Pimenta (2013) com 68%, Peralta (2012) com 69% Portugal, MS, DGS (2011a) com 73%, Gomes (2012) com 77%, Fernandes e Queirós (2011) com 80% e Sousa (2013) com 68.7%. De salientar que apenas 11% dos indivíduos notificaram 1 a 2 eventos e 4,4% notificou 3 a 5 eventos nos últimos 12 meses.

Estes dados vão ao encontro à informação providenciada pela DGS (Portugal, MS, DGS, 2014c), sobre apenas existirem 190 notificações feitas por profissionais de saúde no SNNIEA no primeiro semestre de 2014, o que não reflete, a realidade nacional.

Deste modo, pensamos que a baixa taxa de adesão à notificação de eventos pode dever-se: ao medo de repercussões institucionais e ou legais, dificuldade de aceitação do erro por parte dos profissionais de saúde (Ramos & Trindade, 2011), dificuldades na utilização da própria plataforma de notificação ou mesmo a não deteção dos erros e eventos adversos.

Por último, não podemos excluir a possibilidade de os serviços serem, de facto, muito seguros, com uma baixa ocorrência de erros.

Este valor é congruente com o achado para as dimensões “Resposta ao erro não punitiva” (26.74%), “Apoio à segurança do doente pela gestão” (49.09%) e “Frequência de notificação de eventos” (55.68%) dos mais baixos encontrados, o que confirma que a notificação é uma área problemática na instituição em questão, devendo ser encarada como uma prioridade.

Considerando os valores apresentados, julgamos que a subnotificação é transversal a muitos hospitais portugueses, pelo que a sensibilização dos profissionais de saúde para a importância da notificação de erros e eventos adversos é essencial para a identificação da causa das falhas ocorridas e consequente implementação de estratégias corretivas, para que estes não voltem a repetir-se.

Seguidamente procedemos à discussão dos resultados conseguidos em resposta à questão de investigação **“Qual a relação das variáveis sociodemográficas e profissionais e a cultura de segurança do doente pediátrico?”**

No que diz respeito à relação das variáveis sociodemográficas e a cultura de segurança do doente pediátrico, verificamos que a perceção de cultura de segurança do doente pediátrico demonstrada pelos profissionais não varia em função do sexo e que os profissionais com mais idade tendem a percecionarem uma menor cultura de segurança do doente pediátrico. Refletindo sobre estes dados, pensamos que o facto de os profissionais mais velhos percecionarem uma menor cultura de segurança pode dever-se ao facto de terem experienciado, ao longo da sua vida profissional, mais erros e/ou eventos adversos que os profissionais mais jovens.

Quanto à relação do grupo profissional e a cultura de segurança do doente pediátrico, apuramos diferenças estatisticamente significativas em cinco dimensões: “Trabalho em equipa”, “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente”, “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua”, “Apoio à segurança do doente pela gestão” e “Transições”. Comparando com o estudo efetuado por Peralta (2012) verificaram-se diferenças em 10 (“frequência da notificação de eventos”, “perceções gerais sobre a segurança do doente”, “número de eventos/ocorrências notificadas”, “expectativas do supervisor/gestor”, “aprendizagem organizacional/melhoria contínua”, “trabalho em equipa”, “abertura na comunicação”, “apoio à segurança do doente pela gestão”, “trabalho entre as unidades” e “transições”) e com o estudo de Sousa (2013) existiram diferenças em seis (“Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente”, “Dotação

de profissionais”, “Resposta ao erro não punitiva”, “Apoio à segurança do doente pela gestão, “Grau de segurança” e “Numero de eventos/ocorrências notificadas”). No estudo realizado por Gomes (2012) não existiram diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da Cultura de Segurança do Doente em função dos vários grupos profissionais. No nosso estudo verificamos que os enfermeiros evidenciam percepção de melhor cultura de segurança do doente pediátrico ao nível do trabalho em equipa, das expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente e das transições. Este grupo profissional e os assistentes operacionais percecionam melhor cultura de segurança em termos de aprendizagem organizacional – melhoria contínua e os assistentes operacionais, por si só, apresentaram percepção de melhor segurança do doente ao nível do apoio dado pela gestão. Relativamente às transições, além dos enfermeiros, também os médicos percecionaram boa cultura de segurança do doente pediátrico. Concluimos, assim, que os enfermeiros apresentaram, de uma forma geral uma percepção de melhor cultura de segurança do doente pediátrico que os médicos e os assistentes operacionais. Portanto, podemos afirmar que o grupo profissional influencia a percepção dos indivíduos face à cultura de segurança do doente pediátrico, embora se verifiquem variações nos diferentes estudos.

No que se refere à relação do tempo de experiência no serviço/unidade e a cultura de segurança do doente pediátrico constatámos diferenças estatisticamente significativas ao nível das dimensões “Feedback e comunicações acerca do erro”, “Trabalho entre unidades”, “Abertura na comunicação” e “Resposta ao erro não punitiva”, embora não exista uma tendência nítida para a evolução dos valores em qualquer das dimensões. Nos estudos de Gomes (2012) e Sousa (2013) não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões da cultura de segurança e o tempo de experiência profissional, sendo que no estudo de Peralta (2012) verificaram-se diferenças na dimensão “apoio à segurança do doente pela gestão”. Concluimos, portanto, que a percepção de cultura de segurança do doente pediátrico é influenciada pelo tempo de experiência no serviço/unidade sem que haja possibilidade de estabelecer um padrão evolutivo, ou seja, os resultados não nos permitem afirmar se são os profissionais com mais tempo de experiência que apresentam percepção de menor segurança ou se são aqueles que têm maior tempo de experiência que percecionam melhor cultura de segurança do doente pediátrico. Isto pode ser explicado pelo facto de maior tempo de exercício profissional não implicar, obrigatoriamente, maior número de vivências profissionais, ou seja, mais experiência profissional.

No que concerne à relação da unidade assistencial/serviço onde o profissional desempenha as suas funções e a cultura de segurança do doente pediátrico, verificamos que os profissionais que trabalham na UCINP percecionam melhor cultura de segurança nas dimensões “Percepções gerais sobre segurança do doente”, “Trabalho entre unidades” e

“Transições”, sendo que na dimensão “Profissionais” esta tendência é partilhada com os profissionais da Urgência Pediátrica. De uma forma geral, constatámos que os profissionais da UCINP e da Urgência Pediátrica evidenciam percepção de melhor cultura de segurança do doente pediátrico que os que trabalham no serviço de Pediatria.

Concluimos, ainda, que a percepção da cultura de segurança do doente pediátrico não é influenciada pelas variáveis relativas ao tempo de experiência profissional em pediatria e na instituição, e à frequência de formação sobre segurança do doente e gestão do risco. Ou seja, os profissionais que trabalham há mais ou há menos tempo na área de pediatria e na instituição revelaram percepções semelhantes da cultura de segurança. O mesmo se verificou para aqueles que frequentaram formação relativa à segurança do doente em comparação com os que não frequentaram esse tipo de formação. Não obstante, e considerando que a área da saúde se encontra em constante evolução (ao nível do conhecimento científico e tecnológico), a formação acerca da segurança do doente parece-nos essencial, na medida em que possibilita aos profissionais manterem-se atualizados para uma prática mais segura e de qualidade.

Discutimos, de seguida, os resultados obtidos para a questão de investigação **“Qual a relação da notificação de eventos/ocorrências e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico?”**

No que se refere à relação da notificação de eventos/ocorrências e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico, concluimos que os profissionais que não fizeram qualquer notificação de eventos/ocorrências evidenciaram percepção de melhor cultura de segurança do doente pediátrico.

De facto, estes dados convergem com a afirmação de Mardon, Khanna, Sorra, Dyer & Famolaro (2010) de que geralmente os hospitais que obtêm pontuação mais elevada na cultura de segurança do paciente apresentam geralmente um menor número de erros e/ou eventos adversos notificados.

Ao refletirmos sobre estes resultados pensamos que nos casos em que os profissionais nunca notificaram um erro ou evento adverso porque de facto nunca vivenciaram nenhum (ou pelo menos nunca o detetaram), é compreensível que a percepção de segurança do doente seja positiva.

De seguida procedemos à discussão dos resultados obtidos para a questão de investigação **“Que relação existe entre o conhecimento acerca da Estrutura Concetual**

da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente e do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos (SNNIEA) e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico?”

Quanto à relação existente entre o conhecimento acerca da Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico, os dados não demonstram qualquer relação estatística significativa.

Acerca da relação do conhecimento acerca do SNNIEA e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico, utilizando a frequência composta de respostas, verificamos que os profissionais que conhecem este sistema de notificação tendem a apresentar uma percepção de melhor cultura de segurança do doente pediátrico. No entanto, estudo idêntico, mas baseado nos scores, revela que o conhecimento do SNNIEA parece ter pouca relação com a percepção da cultura de segurança do doente pediátrico.

Importa referir que não encontramos na literatura acedida qualquer informação sobre este assunto em específico. Assim, e tendo em conta os dados obtidos, resta-nos concluir que não existem dados que nos permitam afirmar, seguramente, a existência de qualquer relação entre estas variáveis.

Seguidamente discutimos os resultados alcançados em resposta à questão de investigação **“Qual a relação entre a experiência na gestão do risco e a percepção dos profissionais de saúde acerca da cultura de segurança do doente pediátrico?”**

Relativamente à relação entre a experiência na gestão do risco e a percepção dos profissionais de saúde acerca da cultura de segurança do doente pediátrico, concluímos que o facto de o profissional ter utilizado o SNNIEA ou ter notificado algum incidente ou evento adverso ao longo da sua prática profissional, não tem relação com a percepção da cultura de segurança do doente pediátrico. No entanto, e refletindo sobre o assunto, seria de esperar que os profissionais que já tivessem feito alguma notificação (quer no SNNIEA ou no sistema da instituição), por já se terem deparado com uma situação de erro e/ou evento adverso, pudessem ter uma pior percepção da cultura de segurança do doente pediátrico. Apurámos, ainda, que a percepção de cultura de segurança do doente pediátrico tende a aumentar com o aumento do grau de concordância dos profissionais com a afirmação “A notificação de incidentes e eventos adversos, de forma anónima, contribui para a participação dos profissionais de saúde na melhoria da segurança do doente”. De facto, reconhece-se atualmente a importância do anonimato no incentivo à notificação de erros e/ou eventos adversos e os ganhos em saber/estratégias para promoção da segurança do doente que daí

advém, e, conseqüentemente, a sua relação com a melhoria da cultura de segurança do doente pediátrico.

Por fim, pudemos concluir, também, que os profissionais que concordam fortemente com a afirmação “A segurança do doente é um dever ético dos profissionais de saúde” tendem a revelar uma percepção de melhor cultura de segurança do doente pediátrico. Pensamos que este achado pode ser explicado pelo facto de os profissionais de saúde que assumem a segurança enquanto dever ético para com o doente, poderem ter maior tendência para atuar em prol da promoção e defesa da segurança do doente, enquanto ser humano vulnerável.

5 – Conclusão

Relativamente à caracterização sociodemográfica da amostra, verificamos que esta era constituída maioritariamente por elementos do sexo feminino (86.8%), sendo a idade média de 32.21 anos.

No que diz respeito aos dados profissionais, constatamos que a enfermagem foi o grupo profissional predominante na amostra (67.0%), seguindo-se os médicos (18.7%) e os assistentes operacionais (11.0%). Quase a totalidade dos profissionais (96.7%) interagem ou têm contacto direto com os doentes, sendo que a maior parte (37.4%) exerce a sua profissão na UCINP, 33.0% na Pediatria e 20.9% na Urgência Pediátrica. Quanto ao tempo de experiência profissional, a maioria refere: exercer na instituição há 8 - 12 anos (34.1%); ter 3 e 7 anos de experiência em pediatria (31.9%); trabalhar no seu serviço/unidade atual há 3 – 7 anos (30.8%). A maioria dos profissionais (79.1%) afirmou que o seu serviço era acreditado, desconhecendo que o hospital se encontra atualmente em fase de implementação do novo Modelo Nacional e Oficial de Acreditação em Saúde – o Modelo ACSA, desde Maio de 2013. Quanto à formação, 72.5% dos profissionais declararam ter formação sobre segurança do doente e gestão do risco e 94.5% afirmaram que frequentariam formação sobre a área se tivessem oportunidade.

No que se refere ao conhecimento sobre segurança e gestão do risco, avaliados na segunda parte do questionário, verificamos que 35.2% dos profissionais inquiridos afirmaram conhecer a Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente e 62.6% conheciam o SNNIEA, embora só 20.9% o tenha alguma vez utilizado. Considerando que 52.7% dos profissionais refere já ter notificado algum incidente ou evento adverso ao longo da sua prática profissional, então podemos concluir que estas notificações foram feitas maioritariamente no próprio sistema do hospital, há mais de um ano, já que 84,6% dos profissionais inquiridos afirmou não ter notificado nenhum evento ou ocorrência nos últimos 12 meses. A maioria dos elementos da amostra (53.8%) concordou com a afirmação “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 26.4% que concordaram fortemente. Portanto, para a maioria dos profissionais inquiridos (80.2%), o anonimato é um elemento importante para promover a notificação. Quanto à segurança do doente, verificamos que 65.9% dos inquiridos concordaram fortemente com o facto de ela ser um dever ético dos profissionais de saúde, seguidos de

29.7% que concordaram com esta afirmação. Ou seja, quase a totalidade dos inquiridos (95.6%) assume a segurança do doente enquanto uma obrigação ética.

Em resposta à questão de investigação “Qual a cultura de segurança do doente pediátrico que é percecionada pelos profissionais de saúde?”, verificamos que a cultura de segurança do doente, percecionada pelos profissionais do hospital em estudo, apresenta pontos fortes e oportunidades de melhoria com graus distintos de prioridade. Destacam-se enquanto pontos fortes as dimensões “Trabalho em equipa” com 86,81%, “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua” com 81,32%, “Feedback e comunicação acerca do erro” com 78,02% e “Perceções gerais sobre a segurança do doente” com 70,88%. As dimensões mais fracas e, portanto, oportunidades de melhoria são “Resposta ao erro não punitiva” com 26,74%, “Apoio à segurança do doente pela gestão” com 49,09% e “Profissionais” com 52,75%. Verificamos que 58.2% dos inquiridos classificou o “Grau de segurança do doente” como muito bom, seguidos de 34.1% que o consideraram aceitável. Quanto ao “número de eventos/ocorrências notificadas” nos últimos 12 meses, 84.6% dos inquiridos referiram não preencherem nem terem entregue nenhum relatório.

Assim, a segurança do doente é percecionada, de uma forma geral e pelos profissionais da instituição, como favorável, sendo as dimensões que se revelam mais positivas o “Trabalho em equipa”, “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua” e “Feedback e comunicação acerca do erro”. Podemos inferir que existe, entre a instituição e os seus profissionais, um potencial humano e profissional para o desenvolvimento de estratégias de melhoria da cultura de segurança do doente pediátrico que deve ser explorado e incentivado, fundamentalmente nas áreas identificadas como oportunidades de melhoria.

A subnotificação é uma realidade nesta instituição, sendo transversal a muitos hospitais portugueses, pelo que é essencial sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da notificação de erros e eventos adversos com consequente identificação das causas das falhas ocorridas e implementação de estratégias corretivas, para que não voltem a repetir-se.

São várias as diferenças verificadas entre este estudo e os demais consultados, nomeadamente ao nível do contexto sociocultural, dimensão e tipo de amostragem, principalmente naqueles realizados noutros países. Não obstante, e apesar das expectáveis diferenças nos resultados, é possível identificar diversas semelhanças nos resultados alcançados, sendo sobreponíveis na grande maioria com os estudos consultados. Sendo semelhantes as dimensões da cultura de segurança do doente mais fortes e as mais fracas, são semelhantes também as necessidades de intervenção.

A melhoria da cultura de segurança do doente pediátrico poderá passar, na instituição em estudo, pela mudança de paradigma de culpabilização individual para um clima de aprendizagem, compreensão, justiça e flexibilidade, isenta de receio de punição. Importante será também o incentivo dos profissionais de saúde à notificação dos erros e eventos adversos ocorridos e à visualização dos mesmos enquanto oportunidades de aprendizagem e de melhoria da instituição. Apontamos ainda o reforço da dotação de profissionais, por parte dos órgãos de gestão, garantindo-se um rácio de profissionais/volume de trabalho promotor da segurança dos cuidados prestados.

No que diz respeito à questão “Qual a relação das variáveis sociodemográficas e profissionais e a cultura de segurança do doente pediátrico?”, verificamos que a perceção de cultura de segurança do doente pediátrico demonstrada pelos profissionais não varia em função do sexo e que os profissionais com mais idade tendem a perceber uma menor cultura de segurança do doente pediátrico.

Quanto à relação do grupo profissional e a cultura de segurança do doente pediátrico, apuramos diferenças estatisticamente significativas em cinco dimensões: “Trabalho em equipa”, “Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente”, “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua”, “Apoio à segurança do doente pela gestão” e “Transições”. Verificamos que os enfermeiros evidenciam perceção de melhor cultura de segurança do doente pediátrico ao nível do trabalho em equipa, das expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente e das transições. O grupo profissional dos enfermeiros e os assistentes operacionais percebem melhor cultura de segurança em termos de aprendizagem organizacional – melhoria contínua e os assistentes operacionais, por si só, apresentaram perceção de melhor segurança do doente ao nível do apoio dado pela gestão. Relativamente às transições, além dos enfermeiros, também os médicos perceberam boa cultura de segurança do doente pediátrico. Concluimos, deste modo, que os enfermeiros apresentaram, de uma forma geral uma perceção de melhor cultura de segurança do doente pediátrico que os médicos e assistentes operacionais. Podemos afirmar, portanto, que o grupo profissional influencia a perceção dos indivíduos face à cultura de segurança do doente pediátrico, embora se verifiquem variações nos diferentes estudos.

No que concerne à relação do tempo de experiência no serviço/unidade na cultura de segurança do doente pediátrico atestamos diferenças estatisticamente significativas ao nível das dimensões “Feedback e comunicações acerca do erro”, “Trabalho entre unidades”, “Abertura na comunicação” e “Resposta ao erro não punitiva”, embora não exista uma tendência nítida para a evolução dos valores em qualquer das dimensões. Concluimos, assim, que a perceção de cultura de segurança do doente pediátrico é influenciada pelo tempo de experiência no serviço/unidade sem que haja possibilidade de estabelecer um padrão

evolutivo, ou seja, os resultados não nos permitem afirmar se são os profissionais com mais tempo de experiência que apresentam percepção de menor segurança ou se são aqueles que têm maior tempo de experiência que percebem melhor cultura de segurança do doente pediátrico.

No que concerne à relação da unidade assistencial/serviço onde o profissional desempenha as suas funções e a cultura de segurança do doente pediátrico, verificamos que os profissionais que trabalham na UCINP perceberam melhor cultura de segurança nas dimensões “Percepções gerais sobre segurança do doente”, “Trabalho entre unidades” e “Transições”, sendo que na dimensão “Profissionais” esta tendência é partilhada com os profissionais da Urgência Pediátrica. De uma forma geral, constatámos que os profissionais da UCINP e da Urgência Pediátrica evidenciam percepção de melhor cultura de segurança do doente pediátrico que os que trabalham no serviço de Pediatria.

Concluimos, ainda, que a percepção da cultura de segurança do doente pediátrico não tem relação com as variáveis relativas ao tempo de experiência profissional em pediatria e na instituição, e à frequência de formação sobre segurança do doente e gestão do risco. Ou seja, os profissionais que trabalham há mais ou há menos tempo na área de pediatria e na instituição revelaram percepções semelhantes da cultura de segurança. O mesmo se verificou para aqueles que frequentaram formação relativa à segurança do doente em comparação com os que não frequentaram esse tipo de formação

No que se refere à questão de investigação “Qual a relação da notificação de eventos/ocorrências e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico?”, concluimos que os profissionais que não fizeram qualquer notificação de eventos/ocorrências evidenciaram percepção de melhor cultura de segurança do doente pediátrico.

Quanto à questão de investigação “Que relação existe entre o conhecimento acerca da Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente e do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos (SNNIEA) e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico?”, os dados obtidos não demonstram qualquer relação entre o conhecimento desta estrutura concetual e a percepção dos profissionais de saúde. Acerca da relação entre o conhecimento sobre o SNNIEA e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico, utilizando a frequência composta de respostas, verificamos que os profissionais que conhecem este sistema de notificação tendem a apresentar uma percepção de melhor cultura de segurança do doente pediátrico. No entanto, estudo idêntico, mas baseado nos

scores, revela que o conhecimento do SNNIEA parece ter pouca relação com a percepção da cultura de segurança do doente pediátrico.

Por fim, e no que diz respeito à última questão de investigação “Qual a relação entre a experiência na gestão do risco e a percepção dos profissionais de saúde acerca da cultura de segurança do doente pediátrico?”, concluímos que o facto de o profissional ter utilizado o SNNIEA ou ter notificado algum incidente ou evento adverso ao longo da sua prática profissional não tem relação com a percepção da cultura de segurança do doente pediátrico. Apurámos, também, que a percepção de cultura de segurança do doente pediátrico tende a aumentar com o aumento do grau de concordância dos profissionais com a afirmação “A notificação de incidentes e eventos adversos, de forma anónima, contribui para a participação dos profissionais de saúde na melhoria da segurança do doente”. Concluímos, ainda, que os profissionais que concordam fortemente com a afirmação “A segurança do doente é um dever ético dos profissionais de saúde” tendem a revelar uma percepção de melhor cultura de segurança do doente pediátrico.

Ao terminarmos este estudo reconhecemos algumas limitações na investigação, nomeadamente, tratar-se de uma amostra pequena e não probabilística e, também, o facto de o estudo apenas ter abrangido três serviços da instituição e não o hospital como um todo à semelhança de outros estudos mas, sendo o nosso foco a idade pediátrica, não poderia ter sido de outro modo. Além disso, esta opção é contemplada pelos autores do questionário. Estes fatores condicionaram, naturalmente, a generalização dos resultados e a sua comparação com os estudos existentes, com a agravante de poucos terem sido realizados na área pediátrica.

Não obstante, o presente estudo traz vantagens, nomeadamente, para o investigador pela aprendizagem individual e pelo desenvolvimento de competências e capacidades de investigação e para a instituição, pela identificação de oportunidades de melhoria da cultura de segurança do doente pediátrico. Além disso, pensamos que os resultados obtidos permitirão prosseguir para futuras pesquisas nesta área. Assim, consideramos que os objetivos aos quais nos propusemos com a realização do presente estudo foram, de uma forma geral, atingidos.

Por fim, e considerando o atual contexto global de preocupação com a cultura de segurança do doente, torna-se fundamental progredir nos métodos de estudo e investigação desta temática. Desta forma, apresentam-se algumas sugestões para futuras investigações, tais como, o alargamento do estudo à totalidade dos serviços da instituição em causa pois permitiria obter uma amostra representativa e conhecer a cultura de segurança do doente existente no hospital em questão. Acresce ainda a sugestão da realização de estudos mais

alargados sobre a cultura de segurança do doente pediátrico, envolvendo vários hospitais e serviços de pediatria.

Não podemos também deixar de referir a intenção de dar a conhecer estes dados nos serviços que colaboraram com este estudo, dando o nosso contributo na formação dos profissionais, na sensibilização dos gestores e procurando envolver todos na procura da melhoria da segurança do doente.

Referências Bibliográficas

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2014). *International use of the surveys on patient safety culture*. Acedido em <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/pscintusers.html>
- American Academy of Pediatrics. (2011). Principles of pediatric patient safety: Reducing harm due to medical care. *Pediatrics*, 127(6), 1199-1212. doi: 10.1542/peds.2011-0967
- Bruno, P. (2010). *Registo de incidentes e eventos adversos: Implicações jurídicas da implementação em Portugal*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Campos, L., Saturno, P., & Carneiro, A. V. (2010). *Plano nacional de saúde 2011-2016: A qualidade dos cuidados e dos serviços*. Lisboa: DGS, Alto Comissariado da Saúde. 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>
- Conferência Europeia Segurança do Doente. (2005). Segurança do doente: Torná-la realidade: Declaração de Luxemburgo sobre a segurança do doente. *Ordem dos Enfermeiros*, 17, 47-49. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_17_julho_2005.pdf
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2006). *Dotações seguras, salvam vidas: Instrumentos de informação e acção*. Genebra: International Council of Nurses. Acedido em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx>
- 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. *Jornal*

Oficial da União Europeia, C 151/1, 1-6. Acedido em

http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_ro.pdf

Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729. doi: <http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1468-0009.2005.00397.x>

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

Faria, P. L. (2010). Perspectivas do direito da saúde em segurança do doente com base na experiência norte-americana. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 81-88. Acedido em <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/9-Perspectivas%20do%20Direito%20da%20Saude%20em%20Seguranca%20do%20Doente.pdf>

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/vserlIn4/serlIn4a04.pdf>

Fragata, J. (2009). Shall we publish our error rates? In J. D. Chiche, R. Moreno, C. Putensen, & A. Rhodes (Eds.), *Patient safety and quality of care in intensive care medicine*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

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: Edições Técnicas, Lda.

- Fragata, J., & Martins, L. (2004). *O erro em medicina: Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra: Almedina.
- 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>
- Institute of Medicine. (1990). *To err is human: Building a safer health system*. Acedido em <http://malnutrition.andjrnl.org/Content/articles/To-Err.pdf>
- 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
- Lima, S. S. (2011). *Sistema de notificação de eventos adversos: Contributos para a melhoria da segurança do doente* (Dissertação de mestrado, Universidade Nova de Lisboa). Acedido em <http://run.unl.pt/bitstream/10362/9417/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Mestrado%20-%20Sara%20Lima.pdf>
- Mardon, R. E., Khanna, K., Sorra, J., Dyer, N., & Famolaro, T. (2010). Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events. *J Patient Saf*, 6(4), 226-232. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21099551>
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística: Com utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- 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.
- National Health System. (2014). *About patient safety*. Acedido em <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/about-us/>
- National Patient Safety Agency. (2004). *Seven steps to patient safety: An overview guide for NHS staff*. Acedido em <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?allId=59970>

- Nieva, V. F., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*, 12(Suppl. 2), ii17-ii23. Acedido em http://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii17.full
- Nygren, M., Roback, K., Öhrn, A., Rutberg, H., Rahmqvist, M., & Nilsen, P. (2013). Factors influencing patient safety in Sweden: perceptions of patient safety officers in the county councils. *BMC Health Services Research*, 13 (52), 1-10. doi:10.1186/1472-6963-13-52
- 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>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pimenta, L.C. (2013). *Avaliação da cultura de segurança do doente e propostas de melhoria* (Dissertação de mestrado, 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>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma nº 025/2013 de 25/12/2013: Avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais*. Lisboa: DGS. Acedido em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0252013-de-24122013.aspx>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2014a). *Norma nº 015/2014 de 25/09/2014: Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - NOTIFICA*. Lisboa: DGS. Acedido em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152014-de-25092014.aspx>

Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. (2014b). *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, Direcção-Geral da Saúde. (2014c). *Sistema nacional de notificação de incidentes e de eventos adversos: Possíveis questões dos profissionais durante a notificação*. Lisboa: DGS. Acedido em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de.../snniea-questoes-profissionais-pdf.aspx>

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). *Estrutura concetual da classificação internacional sobre a segurança do doente: Relatório técnico final*. 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, Departamento da Qualidade na Saúde. (2014a). *Sistema nacional de notificação: Manual do profissional notificador*. Lisboa: DGS. Acedido em <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/sistema-nacional-de-notificacao-de-incidentes-notifica.aspx>

Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde. (2014b). *Sistema nacional de notificação de incidentes e de eventos*

adversos: Guia para profissionais notificadores. Lisboa: DGS. Acedido em <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/sistema-nacional-de-notificacao-de-incidentes-notifica.aspx>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde. (2014c). *Relatório de progresso de monitorização: Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos*. Lisboa: DGS. Acedido em <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/sistema-nacional-de-notificacao-de-incidentes-notifica.aspx>

Ramos, S. & Trindade, L. (2011, Nov/Dez). Gestão do risco: Segurança do doente em ambiente hospitalar. *Tecno Hospital*, 16-20. Acedido em <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1597/1/SusanaRamos.pdf>

Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *Western Journal of Medicine*, 172, 393-396. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070929/>

Regulamento n.º 533/2014. (2014, Dezembro 2). Norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. [Portugal]. *Diário da República*, 2(233), pp. 30247-30254. Acedido em <http://www.aenfermagemeasleis.pt/wp/wp-content/uploads/2014/12/A-Enfermagem-e-as-Leis-DR-Norma-para-o-c%C3%A1lculo-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_RevPortCliGera.pdf

Santos, M. C., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010), Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 47-57. Acedido em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-depublicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do->

doente/6-

Comunicacao%20em%20saude%20e%20a%20seguranca%20do%20doente.pdf

SESARAM. (2013). *Circular informativa nº 20 de 13/05/2013: Apresentação do novo projecto de acreditação do HCF e centros de saúde*. Acedido em <http://www.sesaram.pt/>

Silva, A. E. B. C. (2010). Segurança do paciente: Desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2(3), 422.

doi:10.5216/ree.v12i3.11885

Silva, C. A., Saraiva, M., & Teixeira, A. (2010). *TMQ: A qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar, qualidade e saúde: Perspectivas e práticas*, 1.

Silva, F. M., & Porto, T. P. (2010). A segurança do paciente pediátrico por meio da higienização das mãos e da identificação do paciente (Trabalho de conclusão de curso, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis). Acedido em <http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0589.pdf>

Silva, T., Wegner, W., & Pedro, E. N. R. (2012). Segurança da criança hospitalizada na UTI: compreendendo os eventos adversos sob a ótica do acompanhante. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 14(2), 337-44. Acedido em http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n2/v14n2a14.htm

Sorra, J. S., & Nieva, V. F. (2004). Hospital survey on patient safety culture. *Agency for Healthcare Research and Quality*, 04(0041). Acedido em <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>

Sorra, J., Famolaro, T., Yount, N. D., Smith, S. A., Wilson, S. & Liu, H. (2014). *Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2014 User Comparative Database Report*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Acedido em <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2014/>

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%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20Cultura%20Seguran%C3%A7a%20do%20doente.pdf>

Sousa, P., Uva, A., & Serranheira, F. (2010) Investigação e inovação em segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 89-95. Acedido em

<https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/10-Investigacao%20e%20inovacao%20em%20seguranca%20do%20doente.pdf>

Sousa, P., Uva, A. S., Serranheira, F., Leite, E. & Nunes, C. (2011). *Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: Estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Acedido em

http://www.ensp.unl.pt/invest-desenvolv-inov/projectos/brochura_estudo_ea2011.pdf

Vogus, T. J., Sutcliffe, K. M., & Weick, K. E. (2010). Doing no harm: Enabling, enacting, and elaborating a culture of safety in health care. *Academy of Management Perspectives*, 60-77. Acedido em http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1904620

Waterson, P. Griffiths, P. Stride, C. Murphy, & J. Hignett, S. (2010). Psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: Findings from the UK. *Qual Saf Health Care*, 19(2), 1-5. doi:10.1136/qshc.2008.031625

Wegner, W. (2011). *A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: Prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil* (Tese de doutoramento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre). Acedido em

<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/29132>

World Health Organization. (2004). *World alliance for patient safety: Forward programme*.

Acedido em http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf

World Health Organization. (2007). *WHO launches 'Nine patient safety solutions*. Acedido

em <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/en/>

World Health Organization. (2008). *Global priorities for research in patient safety*. Acedido em

http://www.who.int/patientsafety/research/priorities/global_priorities_patient_safety_research.pdf

World Health Organization. (2014). *10 facts on patient safety*. Acedido em

http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/en/

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 Andrea Leça, sou enfermeira e encontro-me a realizar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem 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 - **Experiência no serviço/unidade:**

- < 6 meses 6 a 11 meses
 1 a 2 anos 3 a 7 anos
 8 a 12 anos 13 a 20 anos
 ≥ 21 anos

8 - **Qual é a sua unidade assistencial ou serviço neste hospital?**

- Pediatria
 Urgência Pediátrica
 UCINP

9 - **Experiência profissional em pediatria**

- < 6 meses 6 a 11 meses 1 a 2 anos 3 a 7 anos 8 a 12 anos 13 a 20 anos ≥ 21 anos

10- **Experiência na Instituição**

- < 6 meses 6 a 11 meses 1 a 2 anos 3 a 7 anos 8 a 12 anos 13 a 20 anos ≥ 21 anos

11 – **Alguma vez frequentou formação relativa à 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 entreajudam-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 trabalhem 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 afetar 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)

- Nenhum
 1 a 2 relatórios de eventos/ocorrências
 3 a 5 relatórios de eventos/ocorrências
 6 a 10 relatórios de eventos/ocorrências
 11 a 20 relatórios de eventos/ocorrências
 21 ou mais relatórios de eventos/ocorrências

SEGUNDA PARTE: CONHECIMENTO SOBRE SEGURANÇA E GESTÃO DO RISCO

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

B – Relativamente à gestão do risco

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

1 – Já utilizou alguma vez o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos? Sim Não

2 – Já notificou algum incidente ou evento adverso ao longo da sua prática profissional? Sim Não

3 – 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

4 – 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!

Anexo II – Pedido de autorização ao autor do instrumento

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 – perceção 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 parecer à Comissão de Ética



Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER

Nº 07/2014

ASSUNTO: PARECER SOBRE O ESTUDO "CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE PEDIÁTRICO - PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE"

Tendo a estudante Andrea Patrícia Correia de Leça sob a orientação da Profª Doutora Ernestina Maria V. Batoca Silva, solicitado emissão de parecer sobre o estudo a realizar no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, incluindo como participantes os profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, assistentes técnicos, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica, técnicos superiores) dos Serviços de Pediatria, Urgência Pediátrica e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital Dr. Nélio Mendonça do SESARAM - EPE, a Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu apresenta o seguinte parecer:

- Considerando que o estudo se reveste de importância para caracterizar a cultura de segurança do doente pediátrico percecionada pelos profissionais de saúde, revertendo-se em benefícios por contribuir para identificar quais os pontos fortes e pontos fracos relativos à cultura de segurança do doente pediátrico e constituir uma oportunidade para reflectir e propor estratégias de melhoria ao nível da qualidade dos cuidados; nesse sentido, recomendamos que os dados sejam divulgados e que o relatório final seja disponibilizado à instituição;
- Considerando que a participação no estudo consiste na aplicação de um questionário aos profissionais de saúde e que a sua participação é voluntária, tendo garantia de ter sido fornecido o consentimento informado a todos os sujeitos participantes;
- Considerando que no questionário não há identificação nominal e que será garantida a anonimização dos sujeitos; recomendamos, contudo, o cumprimento do segredo profissional por parte das investigadoras na recolha de informação e administração dos questionários;
- Considerando que os dados colhidos não são considerados sensíveis;

Somos de parecer que este estudo cumpre os requisitos éticos referentes à anonimização e autonomia dos participantes e tem uma adequada metodologia científica para ser realizado.

Viseu, 18 de fevereiro de 2014

Suzana Duda

R.

A presidente da CE da ESSV

Anexo IV – Pedido de autorização para aplicação do instrumento



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Exmo. Sr.
Presidente do Conselho de Administração do
Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE
Avenida Luís de Camões, nº 57
9004-514 FUNCHAL

VOSSA REFERÊNCIA:

VOSSA DATA:

NOSSA REFERÊNCIA

ESSV 0228 20-FEB-'14

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

Na ... esta indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar só de um ass...

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) e a estudante Andrea Patrícia Correia de Leça, 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*".

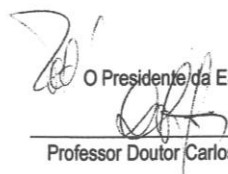
Pretende-se com este estudo caracterizar a Cultura de Segurança do Doente Pediátrico percecionada pelos profissionais de saúde, identificar quais os fatores e indicadores que se revelam fortes relativamente à Cultura de Segurança do Doente Pediátrico, identificar quais os fatores e indicadores que se 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 exercer funções nos Serviços de Pediatria, Urgência Pediátrica e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos (UCINP) do Hospital Dr. Nélio Mendonça 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

EB/NC

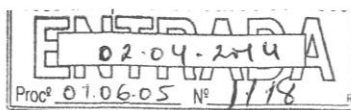
Tel. +351 232 419 100

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º102, 3500-843 Viseu, PORTUGAL
Fax. +351 232 428 343

E-mail essvgeral@essv.ipv.pt

Web. www.essv.ipv.pt

Anexo V – Autorização do Conselho de Administração para aplicação do questionário



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS

C/Conhecimento à Direcção
Clínica

Exm.º Senhor
Prof.º Doutor Carlos Pereira
Presidente da Escola Superior de Saúde
de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes de
Almeida, n.º 102
3500-843 VISEU

Serviço de Saúde da RAM, E.P.E.

SAÍDA

S.1406931 2014/03/31
Classificação: 18.69

Sua referência

Sua comunicação

N/Ofício

Assunto: **Pedido de Autorização para efectuar Colheita de Dados**

Relativamente ao V/ pedido sobre o assunto mencionado em epígrafe, datado de 2014.02.20, informo V. Ex.ª que o mesmo foi autorizado pelo Conselho de Administração em 2014.03.28, após parecer da Comissão de Ética para a Saúde do qual se junta fotocópia.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

(Miguel Ferreira)

IS



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
SERVIÇO DE SAÚDE DA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA, E.P.E.

**Comissão de Ética para a Saúde do SESARAM,EPE
(CES/SESARAM,EPE)**

PARECER Nº 05 /2014

Sobre o Pedido/Estudo: **"Cultura de Segurança do Doente Pediátrico – Perceção dos Profissionais de Saúde"**

A – RELATÓRIO

A.1 ~~A Comissão de Ética para a Saúde (CES) do Serviço de Saúde da~~ Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM,EPE) iniciou a análise do Documento Nº 02 da reunião de 24 de Março de 2014, enviado pela Direção Clínica para parecer, relativo a pedido de autorização do **Professor Doutor Carlos Pereira**, Presidente da Escola Superior de Saúde de Viseu, para que **Andrea Patrícia Correia de Leça**, aluna do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria, sob a orientação da Professora Doutora Ernestina Batoca, possa fazer recolha de dados / informação junto dos profissionais de saúde a exercer funções nos Serviços de Pediatria, Urgência Pediátrica e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos (UCINP) do HNM, no âmbito do estudo subordinado ao tema **"Cultura de Segurança do Doente Pediátrico – Perceção dos Profissionais de Saúde"**.

A.2 O documento em análise é composto por: ofício ao Presidente do Conselho de Administração do SESARAM,EPE, Parecer N.º 07/2014 da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu, e Projeto de Investigação que inclui Questionário sobre Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais.

A.3 Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo-correlacional e transversal que tem por objetivos: caracterizar a Cultura de Segurança do Doente Pediátrico percebida 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



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
SERVIÇO DE SAÚDE DA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA, E.P.E.

que se revelan 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. A população do estudo é constituída por profissionais de saúde a exercerem funções nos serviços de Pediatria, Urgência Pediátrica e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos (UCINP) do Hospital Dr. Nélio Mendonça. São critérios de inclusão: encontrar-se a exercer funções no período estipulado para a colheita de dados; e aceder livre e esclarecidamente à participação no estudo. O estudo decorrerá de Janeiro a Julho de 2014, estando a colheita de dados prevista para o mês de Março. O método de colheita de dados será um questionário, constituído por duas partes: a primeira terá por base o Questionário Hospitalar sobre a Cultura de Segurança do Doente, traduzido do original Hospital Survey on Patient Safety Culture, da Agency for Health Research and Quality (AHRQ) (Sorra e Nieva, 2004) e validado para a população portuguesa pela Dr.^a Margarida Eiras em 2008 (Portugal, MS, DGS; DQS, 2011); a segunda parte aborda a opinião do profissional de saúde acerca da Cultura de Segurança do Doente Pediátrico no seu hospital, indagando, igualmente, se perspetiva a segurança do doente como um dever ético. Os questionários serão entregues nos serviços previamente estabelecidos, sendo solicitada a colaboração dos enfermeiros chefes / diretores de serviço ou seu representante. A quando da colheita de dados será distribuído um envelope individual sem qualquer identificação, no qual deve ser colocado cada um dos inquéritos após preenchidos, devendo o profissional fechar o envelope e introduzi-lo em caixa identificada para o efeito, garantindo-se, deste modo, o anonimato. A recolha dos questionários preenchidos será feita pelo investigador. Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição do SESARAM,EPE, caso se coadunem com os interesses da Instituição.



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
SERVIÇO DE SAÚDE DA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA, E.P.E.

B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

B.1 Trata-se de um questionário de auto-preenchimento e é anónimo, pelo que estão dadas garantias de confidencialidade e anonimato dos dados.

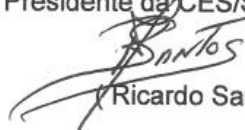
B.2 Reconhece-se a pertinência do estudo e o interesse prático nos resultados esperados.

C – CONCLUSÃO

A CES/SESARAM,EPE deliberou emitir **Parecer Favorável** ao presente Estudo, nos termos em que o mesmo foi submetido, por não se levantarem quaisquer questões de ordem ética.

Aprovado em reunião do dia 24 de Março de 2014, por unanimidade.

O Presidente da CES/SESARAM,EPE


(Ricardo Santos)