



Catarina Raquel Ferreira Garcia

Cultura de segurança da criança hospitalizada num
centro hospitalar da zona Centro - percepção dos
enfermeiros

Março de 2015

Catarina Raquel Ferreira Garcia

Cultura de segurança da criança hospitalizada num centro hospitalar da zona Centro - percepção dos enfermeiros

Tese de Mestrado

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Trabalho efectuado sob a orientação de
Professora Doutora Ernestina Silva
Professor Doutor João Carvalho Duarte



Março de 2015

Pensamento

*“Talvez pareça estranho enunciar como primeiro dever de um hospital não causar mal ao
paciente”*

Florence Nightingale, 1859

Agradecimentos

Gostaria de deixar um especial agradecimento às pessoas que de modo imprescindível me apoiaram na realização deste trabalho, nomeadamente:

-À Professora Doutora Ernestina M^a Batoca Silva, pela sua orientação e supervisão, e por toda a disponibilidade e incentivo conferido;

-Ao Professor Doutor João Carvalho Duarte, pela co-orientação, disponibilidade e apoio na realização do tratamento estatístico dos dados;

-Aos enfermeiros que participaram no estudo;

-A todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para que este trabalho fosse possível.

A todos muito obrigada!

Resumo

Enquadramento: A segurança dos doentes é reconhecida como um dos pilares fundamentais da qualidade dos cuidados de saúde, sendo prioritário desenvolver uma cultura de segurança que vise minimizar a ocorrência de erros, favorecendo a aprendizagem com os mesmos.

Objetivo: Caracterizar a cultura de segurança da criança hospitalizada, percecionada pelos enfermeiros.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo-correlacional e transversal, efetuado numa amostra de 68 enfermeiros a exercer funções em serviços de pediatria/neonatologia (52,9%) e serviços de obstetrícia (47,1%) num centro hospitalar da zona Centro. Os participantes são maioritariamente do sexo feminino (98,5%), com idades entre os 27 e os 56 anos, tendo a maioria entre 3 a 7 anos de experiência na prestação de cuidados à criança (35,3%). Utilizámos uma versão adaptada do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture, (Agency for Healthcare Research and Quality, [AHRQ], 2014).

Resultados: Como pontos fortes da cultura de segurança salientaram-se as seguintes dimensões: “trabalho em equipa”, “expectativas do supervisor/ gestor e ações que promovam a segurança do doente”, “aprendizagem organizacional – melhoria contínua” e “*feedback* e comunicação acerca do erro”. Por outro lado, as dimensões que constituem oportunidades de melhoria foram: “trabalho entre unidades”, “apoio à segurança do doente pela gestão”, “resposta ao erro não punitiva” e “frequência da notificação de eventos”. Os enfermeiros licenciados, com idade \geq a 38 anos e que não possuem formação em segurança do doente e gestão do risco foram os que evidenciaram uma cultura de segurança superior.

Conclusão: Para obter melhores resultados nas áreas identificadas como oportunidades de melhoria é fundamental o envolvimento de todos, pois apenas com uma colaboração conjunta teremos uma cultura de segurança mais enraizada e fortalecida.

Palavras-chave: segurança do paciente; pediatria; qualidade dos cuidados de saúde.

Abstract

Background: Patient's safety is recognized as one of the pillars of the health care quality. Develop a safety culture that aims to minimize the occurrence of mistakes, and encourage people to learn with them is considered a priority.

Goal: Characterize the safety culture of the hospitalized child, from the nurses' perception.

Methodology: Quantitative, descriptive-correlational and transversal study, accomplished on a sample of 68 nurses working into pediatric/neonatology services (52,9%) and into obstetrics services (47,1%) of a hospital center in the Center zone. The participants are mostly females (98, 5%), with ages between 27 and 56 years old, having in majority about 3 to 7 years of experience in the care of children (35, 3%). We used an adapted version of the questionnaire Hospital Survey on Patient Safety Culture (Agency for Healthcare Research and Quality, [AHRQ], 2014).

Results: As strong points in the safety culture, stood out the following dimensions: "teamwork within units", "supervisor / manager's expectations and actions promoting patient safety", "organizational learning - continuous improvement", and "feedback and communication about the error". On the other hand, the dimensions that revealed themselves as opportunities to improve were: : "teamwork across units", "management support for patient safety", "non-punitive response to error" and "frequency of events reported". The licensed nurses, with age greater than or equal to 38 years old and that don't possess training on patient's safety and risk management, were the ones that showed a superior safety culture.

Conclusion: To obtain better results in the identified areas as improvement opportunities, it's fundamental everyone's involvement, because only with joint collaboration will we have a rooted and strengthened safety culture.

Keywords: patient's safety; pediatrics; quality of the healthcare.

Sumário

	Pág.
Lista de Figuras	15
Lista de Tabelas	17
Lista de Gráficos	18
Lista de Abreviaturas e Siglas	21
Introdução	23
PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	29
1. Cultura de segurança do doente e qualidade dos cuidados de saúde	31
2. Gestão do risco e notificação de incidentes e eventos adversos	41
PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPIRICA	51
3. Metodologia	53
3.1. Métodos.....	53
3.2. Participantes.....	55
3.2.1. Caracterização da Amostra	56
3.3. Instrumento de colheita de dados	56
3.4. Procedimentos.....	60
3.5. Análise dos dados	61
4. Resultados	63
4.1. Análise descritiva.....	63
4.1.1. Caracterização sociodemográfica	63
4.2. Análise Inferencial	79
5. Discussão dos Resultados	89
6. Conclusões e Propostas	99
Referências Bibliográficas	103
Anexos	111
Anexo I – Instrumento de colheita de dados	113
Anexo II – Pedido de autorização à autora do instrumento	121
Anexo III – Resposta da autora ao pedido de utilização do instrumento	125
Anexo IV – Pedido de parecer à Comissão de Ética	129
Anexo V – Parecer da Comissão de Ética	133
Anexo VI – Pedido de autorização para colheita de dados ao centro hospitalar	137
Anexo VII – Autorização do centro hospitalar para colheita de dados	141

Lista de Figuras

Figura 1-	Modelo de Queijo Suíço	43
Figura 2-	Modelo conceptual	55

Lista de Tabelas

	Pág.
Tabela 1- Estatísticas da caracterização da amostra relativamente à idade.....	56
Tabela 2- Dimensões e itens do Questionário “ Avaliação da cultura de segurança do doente em hospitais”	58
Tabela 3- Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros.....	64
Tabela 4- Trabalho em equipa - percentagem de respostas.....	66
Tabela 5- Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente - percentagem de respostas.....	67
Tabela 6- Aprendizagem organizacional - melhoria contínua - percentagem de respostas.....	68
Tabela 7- Feedback e comunicação acerca do erro - percentagem de respostas.....	69
Tabela 8- Abertura na comunicação - percentagem de respostas.....	70
Tabela 9- Profissionais - percentagem de respostas.....	71
Tabela 10- Resposta ao erro não punitiva - percentagem de respostas.....	72
Tabela 11- Apoio à segurança do doente pela gestão - percentagem de respostas.....	72
Tabela 12- Trabalho entre unidades - percentagem de respostas.....	73
Tabela 13- Transições - percentagem de respostas.....	74
Tabela 14- Perceções gerais sobre a segurança do doente - percentagem de respostas.....	75
Tabela 15- Frequência da notificação de eventos - percentagem de respostas.....	76
Tabela 16- Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> entre a idade e a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitaliza em 12 dimensões.....	80
Tabela 17- Teste de <i>Kruskal - Wallis</i> entre as habilitações académicas e a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada em 12 dimensões.....	81
Tabela 18- Teste de <i>Mann - Whitney</i> entre a experiência profissional e a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada em 12 dimensões.....	82

	Pág.
Tabela 19- Teste T de <i>student</i> entre a experiência na prestação de cuidados à criança e a percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada.....	83
Tabela 20- Teste T de <i>student</i> entre a frequência de formação em segurança do doente e gestão do risco e a percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada.....	84
Tabela 21- Teste de <i>Mann - Whitney</i> entre o conhecimento da CISD e a percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada.....	85
Tabela 22- Teste de <i>Mann - Whitney</i> entre o conhecimento do SNNIEA e a percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada.....	87
Tabela 23- Teste de <i>Mann - Whitney</i> entre a notificação de incidentes ou eventos adversos e a percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada.....	88

Lista de Gráficos

	Pág.
Gráfico 1- Trabalho em equipa - percentagem de respostas	66
Gráfico 2- Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente - percentagem de respostas	67
Gráfico 3- Aprendizagem organizacional - melhoria contínua - percentagem de respostas	68
Gráfico 4- <i>Feedback</i> e comunicação acerca do erro - percentagem de respostas.	69
Gráfico 5- Abertura na comunicação - percentagem de respostas	70
Gráfico 6- Profissionais - percentagem de respostas	71
Gráfico 7- Resposta ao erro não punitiva - percentagem de respostas	72
Gráfico 8- Apoio à segurança do doente pela gestão - percentagem de respostas.....	73
Gráfico 9- Trabalho entre unidades - percentagem de respostas	74
Gráfico 10- Transições - percentagem de respostas	75
Gráfico 11- Perceções gerais sobre a segurança do doente - percentagem de respostas	76
Gráfico 12- Frequência da notificação de eventos – percentagem de respostas.....	77
Gráfico 13- Perspetiva global da avaliação da cultura de segurança da criança hospitalizada: percentagem de respostas positivas nas 12 dimensões...	78

Lista de Abreviaturas e Siglas

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality

ANOVA- Análise de Variância a um Fator

CHBV - Centro Hospitalar do Baixo Vouga

CISD - Classificação Internacional sobre Segurança do Doente

DGS - Direção Geral da Saúde

ESSV - Escola Superior de Saúde de Viseu

JCAHO - Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations

JCI - Joint Commission International

MS - Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

SNNIEA - Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos

WHO - World Health Organization

Introdução

A segurança dos doentes visa a diminuição dos danos desnecessários e preveníveis e constitui uma componente essencial da qualidade dos cuidados de saúde, sendo atualmente considerada a nível mundial um problema de saúde pública. Cada vez mais os doentes estão conscientes dos seus direitos, exigindo qualidade na prestação de cuidados. A segurança assume assim uma relevância incontestável, tendo implicações a vários níveis, nomeadamente: na confiança na instituição de saúde e nos seus profissionais, na afetação de custos quer económicos quer sociais, bem como na influência a nível dos resultados esperados/desejados (Sousa, 2006a).

O risco associado aos cuidados de saúde tem sido motivo de preocupação desde a antiguidade. Hipócrates ficou célebre pela afirmação “*primum non nocere*” (primeiro (que tudo) não prejudicar), que desde então se tornou uma referência para a classe médica e para todos os profissionais de saúde. Contudo, apesar de todos os cuidados para não falhar, sabemos que em alguma altura o erro irá ocorrer pois este é inerente à condição humana, sendo a sua inevitabilidade e o sentimento de culpa que lhe está associado, as suas características fundamentais (Fragata, 2010).

As repercussões dos erros são várias, e para além das óbvias repercussões económicas, existem também as sociais, pois contribuem para a diminuição da confiança dos doentes no sistema com influência na autoestima dos profissionais de saúde (Abreu, 2009).

O erro não é resultado de uma ação individual, mas sim de uma sucessão de acontecimentos imprevistos num sistema imperfeito. Cada vez mais são conhecidas novas patologias muitas vezes associadas a um elevado grau de complexidade, tornando os doentes mais suscetíveis, dado que quanto maior for a complexidade associada à prestação de cuidados, maior será a probabilidade de ocorrência de eventos adversos. Torna-se assim necessário o desenvolvimento de uma cultura de segurança que vise minimizar a possibilidade de ocorrência de erros e favorecer a aprendizagem com os mesmos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a cultura de segurança de um serviço de saúde como sendo o conjunto de valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a gestão da segurança e da saúde desse serviço (Direção Geral da Saúde [DGS], 2013a).

A OMS e o Conselho da União Europeia consideram que a primeira fase para o desenvolvimento da cultura de segurança, consiste na avaliação da atual cultura de segurança do doente, recomendando aos Estados-Membros a avaliação da perceção dos

profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente, como condição fundamental para a introdução de mudanças nos comportamentos dos profissionais e nas organizações e, deste modo, se alcançarem melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados ao doente (DGS, 2013a).

A cultura de segurança traduz-se no modo como um grupo ou uma organização exercem a sua atividade, sendo importante que todos os profissionais orientem a sua prática de cuidados no sentido de construir e assegurar essa cultura.

É essencial perceber quais as *nuances* da cultura de segurança em cada organização e em cada departamento para se poderem implementar processos de melhoria que se traduzam em mais segurança para os doentes e profissionais. A disseminação de conhecimentos na área da segurança dos doentes torna-se assim fundamental, para que todos os agentes implicados na prestação de cuidados se tornem conscientes do seu papel na melhoria contínua da qualidade.

O conhecimento e compreensão dos eventos adversos e do seu impacto nos doentes, bem como da sua frequência, causas e determinantes, constituem uma parte fundamental do processo de avaliação e melhoria contínua da segurança do doente e da qualidade em saúde (Sousa, Uva & Serranheira, 2010). Para que este conhecimento seja possível é necessário que os eventos adversos ocorridos sejam notificados, e para tal, foi criado o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA), onde os utilizadores podem de uma forma anónima reportar os incidentes/ eventos ocorridos na prática, fornecendo uma interface que permite reunir, fornecer e recuperar dados de um modo fiável.

Este sistema de notificação foi apresentado em 2011, tendo sido a sua aplicabilidade testada e adaptada para a realidade portuguesa. Disponibilizar o sistema a todas as unidades de saúde, de todos os níveis de cuidados, motivando os profissionais para a notificação, constituem objetivos do SNNIEA. A notificação testemunha o compromisso com a segurança do doente, promovendo o desenvolvimento de uma cultura de segurança nas unidades de saúde e apoiando os profissionais na prestação de cuidados mais seguros (DGS, 2013c).

Pretende-se, a médio e longo prazo, alargar a rede ao maior número possível de instituições, a integração numa rede multinacional de notificação, partilhando todo o conhecimento originado por essa rede e criar uma cultura de segurança assente na partilha das melhores práticas a nível internacional (DGS, 2013c). Para que isto seja possível é fundamental que exista uma linguagem universal que possibilite a partilha de informação e a comparação de dados.

O projeto da OMS para desenvolver uma Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (CISD) foi reconhecido como uma das iniciativas chave do programa para 2005 da World Alliance for Patient Safety. Esta classificação, que ainda não se encontra completa, foi desenvolvida em janeiro de 2009 e compreende um conjunto de conceitos ligados por relações semânticas, fornecendo assim uma estrutura para organizar a informação a ser usada para vários objetivos, incluindo estatísticas nacionais, estudos descritivos e a investigação de avaliação. Deste modo, visa fornecer uma compreensão razoável de alguns conceitos de segurança do doente com a qual as classificações regionais e nacionais existentes possam relacionar-se (DGS, 2011b).

Em Portugal, esta classificação foi adotada, tendo sido traduzida e publicada em 2011 pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção Geral de Saúde.

Apesar de todos os esforços que a nível mundial têm vindo a ser desenvolvidos no sentido de se caminhar para níveis de segurança superiores, é do conhecimento geral que muito há ainda a fazer para garantir que todos os utilizadores das instituições de saúde recebam os cuidados que necessitam com a máxima segurança.

Nos últimos anos temos assistido à emergência de várias iniciativas internacionais que definem áreas prioritárias de investigação no sentido de se alcançar uma melhoria na segurança dos doentes. Neste âmbito, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, designada pelo Despacho n.º 14223/2009 do Ministério da Saúde, aponta a melhoria da cultura de segurança dos doentes, visando a promoção da melhoria contínua da qualidade como uma prioridade.

O relatório Global Priorities for Patient Safety Research (World Health Organization, [WHO], 2009) alerta também para esta temática, apontando a fraca implementação da cultura de segurança, nos países desenvolvidos, como uma área emergente de investigação.

Em Portugal, ainda não são conhecidos números concretos relativos à ocorrência de erros/eventos adversos, nem a verdadeira dimensão das suas consequências. Contudo, no relatório “Governança dos Hospitais: nos 30 anos do SNS”, estima-se que em cada 100 internamentos hospitalares 10 se compliquem devido a qualquer erro ou incidente, com dano para os doentes (Ministério da Saúde, [MS], 2009).

A nível da pediatria, esta realidade é ainda mais alarmante, existindo vários autores que afirmam que a existência de erros, nomeadamente erros terapêuticos, é mais frequente (Alves, 2009). As crianças encontram-se mais vulneráveis aos erros devido a fatores intrínsecos relacionados com as suas características anatómicas e fisiológicas e a fatores extrínsecos nomeadamente uma indústria farmacêutica que ainda não se encontra voltada para as especificidades da criança e a falta de políticas de saúde (Belela, Pedreira & Peterlini, 2011).

Em contexto pediátrico também não são conhecidos estudos relativos à cultura de segurança, realizados em Portugal. Posto isto, enveredamos por este estudo procurando responder à seguinte questão pivô: Qual a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada?

Para responder à questão formulada definimos como objetivo geral de investigação caracterizar a cultura de segurança da criança hospitalizada, percecionada pelos enfermeiros.

Como objetivos específicos, definimos os seguintes:

- Determinar a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais na perceção dos enfermeiros acerca da cultura de segurança da criança hospitalizada;
- Analisar a relação entre o conhecimento da classificação internacional sobre segurança do doente e do sistema nacional de notificação de incidentes e eventos adversos com a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada;
- Analisar a relação entre a taxa de notificação de incidentes e eventos adversos e a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada.

Realizamos um estudo descritivo, correlacional e transversal, de abordagem quantitativa que visa contribuir para a sensibilização dos enfermeiros para a necessidade de se melhorar a cultura de segurança na prestação de cuidados à criança/jovem. A população alvo da investigação é composta pela totalidade dos enfermeiros pertencentes aos serviços de pediatria, neonatologia, urgência pediátrica, bloco de partos e puerpério de um centro hospitalar da Zona Centro. Desta, obtivemos uma amostra do tipo não probabilística por conveniência, constituída por 68 enfermeiros a exercer funções nos referidos serviços e que colaboraram voluntariamente no estudo. Os dados foram colhidos durante os meses de março e abril de 2014 após o cumprimento dos procedimentos éticos inerentes a este tipo de estudos.

Como instrumento de recolha de dados, utilizámos um questionário de auto preenchimento. Trata-se de um instrumento adaptado da versão portuguesa do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture, (Agency for Healthcare Research and Quality, [AHRQ], 2014), composto por 42 itens que avalia a perceção sobre a cultura de segurança do doente em hospitais, composta por 12 dimensões.

O presente trabalho encontra-se estruturado em duas partes. Na primeira parte é apresentada a fundamentação teórica sobre a temática, contextualizando o assunto numa perspetiva teórica, onde se dá ênfase à cultura de segurança como chave para uma prestação de cuidados de saúde de qualidade. Na segunda parte, apresentamos a investigação empírica onde incluímos a descrição da metodologia utilizada para a

concretização do estudo, a análise descritiva e inferencial dos dados obtidos e a apresentação e discussão dos resultados.

Por último, são apresentadas as conclusões, as limitações do estudo, bem como algumas sugestões

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. Cultura de segurança do doente e qualidade dos cuidados de saúde

A segurança do doente tem vindo a ser parte integrante das políticas de saúde a nível mundial, sendo publicados vários estudos, recomendações e relatórios como o *To Err is Human* em 1999 e o *Seven Steps to Patient Safety* em 2004. Foram também criados movimentos e organizações como a *World Alliance for Patient Safety*, o *Institute of Health Improvement*, o *Patient Safety and Quality of Care Working Group*, a *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, a *National Patient Safety Agency*, a *Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)*, entre outros (Pimenta, 2013).

O comité de peritos em segurança e qualidade nos cuidados de saúde da União Europeia definiu segurança do doente como a liberdade de danos acidentais durante a prestação de cuidados de saúde; atividades que previnam e corrijam os eventuais resultados adversos derivados da prestação de cuidados de saúde; a identificação, gestão e análise de incidentes e riscos para o doente, de forma a tornar os cuidados mais seguros, reduzindo os danos para os doentes (Conselho da Europa, 2005).

A segurança do doente constitui uma das prioridades da OMS e não se pode centrar num serviço, numa pessoa ou num equipamento pois surge da interação de todos os elementos de um sistema, sendo a análise e compreensão desta interação essenciais (Gomes, 2012).

A criação da Aliança Mundial para a Segurança do Doente, em 2004, cujo principal objetivo é facilitar o desenvolvimento de práticas e políticas de segurança do doente a nível mundial, foi um importante passo na busca de mais segurança nos cuidados de saúde em todos os Estados-Membros (WHO, 2004).

A *Joint Commission International (JCI)* estabeleceu seis metas internacionais de segurança do doente, tendo como objetivo promover melhorias específicas em áreas problemáticas da prestação de cuidados, sendo a sua execução exigida nas instituições acreditadas ou em processo de acreditação, após 1 de janeiro de 2011. As seis metas estabelecidas pela JCI são:

Identificar os doentes corretamente; melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais de saúde; melhorar a segurança de medicações de alta vigilância (*high-alert medications*); assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e doente correto; reduzir o risco de infeções associadas aos cuidados de saúde e reduzir o risco de lesões ao doente, decorrentes de quedas (*Joint Commission International [JCI], 2010, p.31*).

As instituições de saúde definem normas para cada uma das metas referidas, que abrangem todo o sistema e cuja efetividade é mensurada a partir de indicadores de qualidade (Peralta, 2012).

No documento intitulado “*Seven steps to Patient Safety a guide for NHS staff*”, desenvolvido pela National Patient Safety Agency, (Lima, 2011), estão descritos sete passos, que ajudam a planear as atividades e a avaliar o desempenho e a efetividade das ações adotadas para a promoção da segurança dos doentes:

- (*Built a safety culture*) Estabelecer um ambiente de segurança com a criação de uma cultura aberta e justa;

- (*Lead and support your staff*) Liderança forte e apoio das equipas de saúde em torno da segurança dos doentes;

- (*Integrate your risk management activity*) Integrar as atividades de gestão do risco desde o reconhecimento das causas até à definição das ações corretivas e/ou preventivas;

- (*Promote reporting*) Promover a notificação dos eventos adversos ou *near misses*, motivando os profissionais;

- (*Involve and communicate with patients and the public*) Envolver os doentes e o público, promovendo a comunicação e considerando as suas opiniões. Desenvolver estratégias para comunicar aos doentes os eventos adversos;

- (*Learn and share safety lessons*) Aprender e partilhar lições de segurança. Incentivar os profissionais de saúde a analisar os problemas e as causas que lhe estão subjacentes de modo a perceber como e porquê o incidente ocorreu. A divulgação da informação acerca das causas dos incidentes é essencial para diminuir e evitar episódios recorrentes;

- (*Implement solutions to prevent harm*) Implementar soluções para prevenir a ocorrência de danos nos doentes, através de mudanças nas práticas, nos processos e na estruturada organização, sempre que tal for necessário.

Seguir estes sete passos não implica que os eventos adversos deixem de ocorrer, no entanto é assegurado que os cuidados de saúde são prestados de forma tão segura quanto possível, e em situações em que algo corra mal serão tomadas as medidas de correção adequadas num curto espaço de tempo baseadas na melhor evidência disponível (Sousa, 2006a).

Atualmente a segurança do doente constitui uma séria preocupação revelando-se a investigação sobre esta problemática extremamente importante. Estima-se que 8 a 12% dos doentes hospitalizados são afetados por eventos adversos resultantes dos cuidados de saúde e não da própria doença (RAND Corporation, 2008).

As implicações derivadas do baixo grau de segurança do doente afetam as instituições de saúde, os profissionais e sobretudo os doentes e refletem-se em três dimensões:

- Perda de confiança nas organizações de saúde e nos profissionais, deteriorando-se as relações entre estes e os doentes;

- Aumento dos custos quer sociais, quer económicos, cuja relevância varia na razão direta dos danos causados e da casuística dos mesmos;

- Redução da possibilidade de atingir os resultados (*outcomes*) esperados/desejados, com consequências diretas na qualidade dos cuidados prestados (Sousa, 2006a).

Deste modo é fundamental identificar áreas de atuação, hierarquizar intervenções, escolher indicadores que permitam a monitorização e avaliação dessas intervenções em termos de eficácia e efetividade. Importa definir uma estratégia que permita integrar e orientar a ação dos diversos atores envolvidos, tendo como principal objetivo reduzir ao máximo a probabilidade de ocorrência de erros, contribuindo assim para uma prestação de cuidados de saúde de qualidade, baseados na melhor evidência disponível (Sousa, 2006a). O desenvolvimento de uma cultura de segurança torna-se assim uma prioridade.

A cultura de segurança é um conceito complexo e multidimensional, tendo sido após o desastre nuclear de Chernobyl que o mesmo se tornou mais conhecido. A sua essência consiste num conjunto de expectativas, valores, atitudes e crenças que geram comportamentos quer a nível global na organização, quer a nível individual em cada unidade, com impacto numa *performance* segura (Pimenta, 2013). Esta descrição vai ao encontro da definição proposta pela OMS que considera a cultura de segurança de um serviço de saúde como sendo o conjunto de valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a gestão da segurança e da saúde desse serviço (Direção Geral da Saúde [DGS], 2013a).

Todos os profissionais devem orientar a sua prática construindo e assegurando uma cultura de segurança. Esta traduz-se no modo como um grupo ou uma organização exerce a sua atividade, sendo uma área a investir.

As características de uma cultura organizacional de segurança são as seguintes:

- Valores partilhados, individuais e de grupo (equipa);
- Perceções;
- Competências;
- Comportamentos e atitudes de segurança;
- Segurança como prioridade inculcada no comportamento diário e transversalmente na prática;

- Resiliência;
- Comunicação aberta;
- Revelação sem culpa;
- Aprendizagem em torno dos erros (Fragata, 2010).

De forma simples pode dizer-se que uma organização centrada na segurança é aquela que assegura que apenas acontece ao doente aquilo que era previsível acontecer e nada mais do que isso. Fragata (2010, p.566), acrescenta que:

O desenvolvimento desta cultura de segurança requer liderança em proximidade, no terreno, promovendo um conjunto de atitudes, valores partilhados sobre a segurança, o esforço de equipa; a revelação sem culpa e a aprendizagem em torno dos erros.

Os componentes necessários para a criação de uma cultura de segurança devem ser identificados por rotina pelas instituições de saúde e incluem:

- A identificação das intervenções cuja implementação trará benefícios à prevenção da ocorrência de eventos adversos;
- A discussão e acordo sobre as indicações para cada intervenção;
- A aprendizagem de procedimentos e técnicas para cada uma das intervenções;
- A avaliação periódica da aplicação dos procedimentos e suas consequências;
- A introdução de novas práticas consoante os resultados obtidos.

A identificação, notificação e posterior análise individual e em grupo dos eventos adversos ocorridos e das soluções encontradas são também essenciais para o desenvolvimento de uma cultura de segurança (WHO, 2004).

James Reason (Fragata, 2010) definiu três componentes da cultura de segurança: cultura justa: ao cometer erros, as pessoas não são punidas, apenas as violações daquilo que está estabelecido são punidas; cultura de notificação de eventos e cultura de aprendizagem com os erros. Para se estabelecer uma cultura de segurança, são portanto necessárias mudanças culturais. Estas são um processo complexo e moroso pois o ser humano tende a resistir a todos os processos de mudança, contudo, estas mudanças são essenciais.

Algumas das vias que irão permitir a mudança são: a análise dos erros na perspetiva do sistema e não das pessoas; encarar os erros como oportunidades conferindo tolerância zero à violação de regras; passar do secretismo para a transparência no que respeita aos erros; modificar os modelos de trabalho da dependência na excelência individual para o trabalho em equipa pois em equipa é mais fácil seguir normas e políticas de segurança (Fragata, 2010).

Sammer, Lykens, Singh, Mains e Lackan (2010) identificaram sete subculturas da cultura de segurança do doente: liderança, trabalho em equipa, base na evidência, formação, comunicação, justiça e centralidade no doente.

Em relação à subcultura liderança, os autores afirmam que a existência de líderes empenhados é essencial para o sucesso do desenvolvimento de uma cultura de segurança nas organizações, através da criação de estratégias e da construção de estruturas que orientam processos seguros e resultados.

O trabalho em equipa é destacado no estudo realizado por Lima, Leventhal, e Fernandes (2008), onde o comprometimento e o envolvimento da equipa são considerados indispensáveis para a melhoria da qualidade e segurança dos doentes.

A evidência suporta que os resultados que se obtêm nos cuidados aos doentes, nomeadamente a mortalidade e a morbilidade, se encontram fortemente relacionados com o modo como é organizado o trabalho dos profissionais (Fragata & Martins, 2008). As organizações de saúde que demonstrarem uma prática baseada na evidência, em protocolos, processos padronizados, listas de verificação, e *guidelines* foram classificadas como evidenciando melhor cultura de segurança (Peralta, 2012).

Atualmente, com o avanço do conhecimento científico, cada vez mais se idealiza a perfeição na formação dos profissionais de saúde e esta deveria integrar a perspetiva sistémica da gestão do risco e da segurança do doente. Esta formação iria contribuir para uma mudança cultural ou seja, permitiria passar da cultura da culpa, para a cultura da aprendizagem com os erros (Serranheira, Uva, Sousa & Leite, 2009).

A forma como se estabelece a comunicação numa organização reflete também a sua cultura de segurança. A linguagem assertiva e estruturada são técnicas de comunicação essenciais. A confirmação da informação transmitida é um exemplo de uma comunicação estruturada que assegura a exatidão daquilo que se pretende transmitir. A passagem de turno de enfermagem é também um método de comunicação estruturada, com o objetivo de assegurar que as informações são transmitidas de forma coesa entre turnos, entre diferentes departamentos e unidades (Sammer et al., 2010).

Os gestores não devem ignorar os canais de comunicação informal. Pelo contrário, devem tirar o máximo partido deles, sem esquecer que é indispensável fornecer informação atempada e correta aos colaboradores, evitando falhas de informação dado que estas tendem a minorar o desempenho da organização (Pinto, Rodrigues & Melo, 2006).

A cultura de aprendizagem está presente numa instituição quando se procura aprender com os erros, integrando processos de melhoria de desempenho nos processos de prestação de cuidados, sendo portanto um aspeto fulcral na cultura de segurança. Numa cultura de aprendizagem os eventos adversos são investigados através de análises de

causa-raiz. À medida que a cultura de segurança hospitalar amadurece, a cultura de aprendizagem torna-se mais pró-ativa no reconhecimento e melhoria dos processos potencialmente perigosos no sentido de evitar erros (Sammer et al., 2010).

Em relação à subcultura justa, deve ter-se em conta a responsabilização individual e a falha do sistema. A cultura justa é não punitiva e incentiva a notificação de erro.

Os cuidados centrados no doente constituem uma outra dimensão atribuída à cultura de segurança. Uma cultura centrada no doente considera o doente e a família o centro da prestação de cuidados e a única razão para a existência da instituição de saúde. Os líderes devem incentivar os profissionais de saúde da instituição a envidarem esforços no sentido de se focarem no doente, respondendo de forma adequada às expectativas do mesmo e incentivando-o a participar nas decisões sobre os seus cuidados (Sammer et al., 2010).

Num hospital, a cultura de segurança não é uniforme em todos os departamentos, permitindo-nos afirmar que existe uma cultura de segurança própria de um determinado setor. Descurar o estudo da segurança do doente ao nível dos setores de prestação direta de cuidados, poderá eliminar aspetos específicos importantes para a mesma (Deilkås & Hofoss, 2010).

A OMS e o Conselho da União Europeia consideram que a primeira fase para o desenvolvimento da cultura de segurança, consiste na avaliação da atual cultura de segurança do doente, recomendando aos Estados-Membros a avaliação da perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente, como condição fundamental para a introdução de mudanças nos comportamentos dos profissionais e nas organizações e deste modo se alcançarem melhores níveis de segurança de qualidade nos cuidados ao doente (DGS, 2013a).

Os resultados obtidos da avaliação da atual cultura de segurança do doente permitem aos hospitais ter a possibilidade de:

- Diagnosticar a sua cultura de segurança, para identificar áreas a melhorar;
- Avaliar o impacto de intervenções e programas na segurança dos doentes e monitorizar mudanças ao longo do tempo;
- Realizar *benchmarking* interno e externo;
- Elaborar e/ou complementar relatórios, para os processos de certificação e acreditação na área da qualidade e segurança dos serviços de saúde;
- Cumprir diretivas, nomeadamente, as recomendações da União Europeia;
- Identificar indicadores que auxiliem a implementação, no hospital, de projetos centrados na segurança dos doentes;
- Reconhecer problemas na cultura de segurança dos doentes, a partir dos quais se possam determinar métodos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados;

- Identificar e aperfeiçoar formas de cruzar dados sobre a cultura de segurança com outras fontes de dados sobre a segurança dos doentes e qualidade dos serviços (DGS, 2011).

É fundamental perceber quais as nuances da cultura de segurança em cada organização e em cada departamento para se poderem implementar processos de melhoria que se traduzam em mais segurança para os doentes e profissionais.

Em Portugal, foi realizado um estudo piloto denominado “Avaliação da cultura de segurança do doente numa amostra de hospitais portugueses” cujos resultados demonstram que são várias as dimensões da cultura de segurança do doente a necessitar de intervenção nos hospitais, nomeadamente, a resposta ao erro não punitiva, a frequência da notificação, a dotação de profissionais, o apoio à segurança do doente pela gestão, o trabalho entre unidades, a abertura na comunicação, a comunicação e *feedback* acerca do erro, as perceções gerais sobre a segurança do doente e as transições. Estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos em outros estudos realizados em 2004, nos Estados Unidos da América, em 2008 em Espanha, e em 2010 no Reino Unido (DGS, 2011a).

Os enfermeiros estão 24 horas por dia em contacto direto com o doente tendo uma intervenção clínica determinante. O seu comportamento e atitudes influenciam a cultura de segurança do doente. Daí a importância desta ser avaliada na perspetiva destes profissionais possibilitando assim a identificação de áreas problemáticas que necessitam de intervenção (Fernandes & Queirós, 2011).

A Agencia Norte Americana para a Qualidade e Investigação em Saúde (AHRQ) elaborou um instrumento para ser aplicado nos hospitais com o objetivo de desenvolver a investigação em torno da segurança do doente. Desde então, vários países, incluindo Portugal, validaram este instrumento para a sua população, possibilitando deste modo disponibilizar dados importantes na orientação dos processos de melhoria contínua nas organizações (Peralta, 2012).

O instrumento que utilizámos neste estudo, considera doze dimensões da cultura de segurança do doente, nomeadamente: frequência da notificação de eventos, perceções gerais sobre a segurança do doente, grau de segurança do doente, número de eventos/ocorrências notificadas, expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente, aprendizagem organizacional - melhoria contínua, trabalho em equipa, abertura na comunicação, *feedback* e comunicação acerca do erro, respostas não punitivas aos erros, dotação de profissionais e apoio à segurança do doente pela gestão.

A questão central numa cultura de segurança não é “quem cometeu este erro?” mas sim “porquê e como é que este erro aconteceu?” (Fragata, 2010). Neste sentido, deve abandonar-se a cultura de culpabilização com foco no indivíduo que possivelmente apenas

conduzirá a melhorias temporárias e adotar uma cultura de aprendizagem com foco no sistema, procurando reconhecer e analisar todos os fatores que estiveram na origem do erro. Torna-se assim urgente uma cultura positiva face ao erro que possibilite a aprendizagem com consequente modificação de comportamentos que permitam a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (Abreu, 2009).

A prestação de cuidados de saúde de qualidade e a segurança do doente estão fortemente relacionadas sendo esta última encarada como uma componente da qualidade em saúde visando a diminuição dos danos desnecessários e preveníveis.

A questão da qualidade tem percorrido a história e é um conceito em constante evolução. Já Florence Nightingale em 1850 se preocupava em garantir a qualidade procurando através de registos daquilo que observava, avaliar o nível de cuidados prestados no sentido de os melhorar. Mais tarde, terá sido Avedis Donabedian quem melhor definiu o conceito de qualidade, no final dos anos 60 (Fragata, 2009).

Donabedian (2005, como citado em Peralta, 2012) considera que são aceitáveis diferentes definições de qualidade, consoante o contexto, a natureza e o alcance das responsabilidades de quem a define. De facto, o conceito de qualidade pode ser analisado de diferentes perspetivas. A JCAHO (Sousa, 2006a, p.310), define qualidade em saúde como “o modo como os serviços de saúde, com o atual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejados”.

Atualmente os doentes apresentam um perfil mais informado, mais conhecedor dos problemas de saúde que lhes dizem respeito e exigem mais e melhores cuidados.

Cada vez mais a qualidade se define pelo encontro entre o serviço prestado e a expectativa dos utentes, não sendo mais a qualidade um *standard* abstrato mas a gestão do desejável encontro entre o nível dos serviços e o teor das expectativas geradas (Fragata & Martins, 2004, p.18).

Na Carta de Tallinn aprovada em 27 de junho de 2008 pelos Estados-Membros da Região Europeia da OMS, podemos ler:

Os doentes querem ter acesso a cuidados de qualidade, e a que lhes garantam que os prestadores utilizam nas suas decisões a melhor informação factual disponível que a ciência médica pode oferecer e a tecnologia mais apropriada para assegurar a eficiência e a segurança clínica aumentada (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p.59).

A estratégia nacional para a qualidade em saúde criada pelo despacho da ministra a 8 de junho de 2009 (nº 14223/2009) contribuiu decisivamente para uma filosofia de melhoria contínua da qualidade, processando-se o desenvolvimento de normas e orientações

clínicas, indicadores nacionais de qualidade, a notificação de eventos adversos, a criação do observatório da segurança do doente, entre outras medidas (Costa, 2013).

Donabedian propôs a medição da qualidade dos cuidados de saúde através da avaliação da sua estrutura, processos e resultados. Um dos fundamentos deste autor foi o de que uma boa estrutura conduz ao aumento da probabilidade de um bom processo, e um bom processo ao aumento da probabilidade de um bom resultado. Esta metodologia proposta por Danabedian, para avaliar e descrever a qualidade dos cuidados, tem sido largamente aceite, constituindo um dos poucos consensos nesta área (Peralta, 2012).

Nos últimos anos, a investigação na área da qualidade tem crescido, resultando na publicação de vários estudos.

Um estudo realizado por (Vincent, Neale e Woloshynowych, 2001, como citado em Sousa, 2006a), estimou que cerca de 10% dos doentes admitidos nos hospitais do National Health Service Inglês sofreram um incidente, dos quais se estimam que 44000 a 98000 resultaram em morte, podendo ter sido evitados mais de 50% desses casos. Na Austrália um estudo realizado por Wilson e colaboradores verificou que o erro médico provoca mais de 18000 mortes e mais de 50000 doentes incapacitados por ano (Fragata & Martins, 2004).

Em 2004, um estudo sobre os erros de medicação desenvolvido por Parsons, conclui que 36% dos doentes hospitalizados sofriam lesões iatrogénicas, das quais 25% eram graves ou fatais (Landeiro, 2005, como citado em Alves, 2009).

Em Portugal ainda não existem muitos estudos sobre esta temática, contudo Fragata e Martins (2004, p.29) estimam que “considerando como hipótese, que os nossos hospitais têm o mesmo nível de fiabilidade das instituições congéneres americanas, seria possível estimar entre 1300 e 2900o número de mortes anuais, provocados por erros médicos”, sendo portanto estes dados presumidos a partir daquilo que se observa a nível internacional.

Dado que a qualidade em saúde e a segurança do doente são um binómio indissociável, torna-se fundamental que os processos de melhoria contínua da qualidade desenvolvidos pelas instituições prestadoras de cuidados de saúde contemplem a questão da cultura de segurança. Neste âmbito, Carneiro (2010) refere que o papel da segurança do doente na área da qualidade constitui uma prioridade em todos os sistemas de saúde interessados na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

2. Gestão do risco e notificação de incidentes e eventos adversos

A prestação de cuidados de saúde envolve riscos, quer para os doentes, quer para os profissionais, não se podendo negligenciar nenhum desses riscos seja qual for a sua escala (Fragata, 2011).

A gestão do risco é da responsabilidade da organização no seu todo e implica intervir na probabilidade de ocorrência de um incidente, analisando os eventos adversos ocorridos e aprendendo com os mesmos (Pedroto, 2006). Encontra-se dependente do conhecimento da interação de todos os componentes do sistema e apresenta-se como um instrumento de controlo da qualidade sustentada em três pilares, que visam a prevenção da ocorrência de acidentes: “ (...) a declaração obrigatória de todos os eventos negativos; a realização de auditorias clínicas com a avaliação da *performance* individual e a revisão periódica de protocolos, normas de segurança e programas de treino” (Fragata & Martins 2008, p. 131).

Fragata (2009) defende que o risco é uma questão de comportamento dentro da equipa, sugerindo que se atue ao nível da comunicação, standardização e controle dos procedimentos, gestão de equipas e da cultura de segurança, sendo fundamental, para uma gestão eficaz do risco, envolver doentes e profissionais, proporcionando segurança para todos os intervenientes.

O risco associado aos cuidados de saúde tem sido motivo de preocupação desde a antiguidade. Hipócrates ficou célebre pela afirmação “*primum non nocere*”, que desde então se tornou uma referência para a classe médica e para todos os profissionais de saúde. Contudo, apesar de todos os cuidados para não falhar, sabemos que em alguma altura o erro irá ocorrer pois este é inerente à condição humana, sendo a sua inevitabilidade e o sentimento de culpa que lhe está associado, as suas características fundamentais. Contudo apresenta também um aspeto positivo: a mitigação e a aprendizagem em torno dele (Fragata, 2010).

Os erros não provêm de uma só causa, mas sim de interações complexas de pequenas falhas latentes no sistema (Silva, 2009) e quanto mais complexo este for, maior será a probabilidade da sua ocorrência.

As infeções associadas aos cuidados de saúde, os erros de diagnóstico, os atrasos no início do tratamento adequado, a lesão devido à inadequada utilização de dispositivos médicos, e os eventos adversos relacionados com erros de medicação, são as causas mais comuns de danos evitáveis nos doentes (WHO, 2009).

As repercussões dos erros são várias, e para além das óbvias repercussões económicas, existem também as sociais, pois contribuem para a diminuição da confiança

dos doentes no sistema com influência na autoestima dos profissionais de saúde (Abreu, 2009).

A definição de erro médico, evento adverso, incidente e acidente é importante para todos os que interessam e preocupam com a segurança do doente, pois contribuirá para a melhoria da comunicação (Ribas, 2010). Entre os profissionais de saúde existem noções conceptuais diversas sobre o que constituem os diferentes eventos adversos, incidentes ou eventos *nearmiss* (erro potencial) na área da segurança do doente (Raimundo, 2012). A DGS (2011) divulgou um documento da OMS, que veio dar resposta a esta lacuna, intitulado Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (CISD).

O projeto da OMS para desenvolver uma CISD foi reconhecido como uma das iniciativas chave do programa para 2005 da World Alliance for Patient Safety. Esta classificação, que ainda não se encontra completa, foi desenvolvida em janeiro de 2009 e compreende um conjunto de conceitos ligados por relações semânticas, fornecendo assim uma estrutura para organizar a informação a ser usada para vários objetivos, incluindo estatísticas nacionais, estudos descritivos e a investigação de avaliação. Deste modo, visa fornecer uma compreensão razoável de alguns conceitos de segurança do doente com a qual as classificações regionais e nacionais existentes possam relacionar-se (DGS, 2011b).

Segundo a CISD (DGS, 2011), um evento adverso é definido como um dano não intencional resultante da prestação de cuidados (e não pela doença subjacente), sendo um evento indesejável que produz uma alteração mensurável no estado do doente.

O evento adverso surge assim de uma forma imprevista, alterando o normal funcionamento do sistema. Os *nearmiss* ou quase-falhas acontecem quando após um erro se tomam atitudes que evitam que ocorra um acidente (Alves, 2009).

Fragata (2010, p.565) define erro como uma “falha em atingir uma ação planeada ou o uso de um plano errado para atingir um dado objetivo, quando o autor atuou segundo as regras, ou seja, de modo razoável”. Este autor considera ainda poder distinguir-se o erro honesto e erro por negligência. O erro honesto verifica-se quando os “ (...) profissionais e organizações falham um plano mas cumpriram as regras de atuação, a *leges artis professional*”. A ocorrência de (...) erro por negligência dá-se quando “são violadas normas de conduta, com afastamento ou desvio do que seria esperado, fruto de uma atuação imprudente e violadora de regras” (Fragata, 2010, p. 565).

O “Modelo do Queijo Suíço” (ver figura 1) foi apresentado por James Reason, e apesar de ter sido projetado para se aplicar em acidentes de aeronáutica e nas centrais nucleares, também se pode aplicar aos acidentes ocorridos nos sistemas de saúde. Segundo este modelo, os acidentes podem resultar de uma sequência de falhas por parte do sistema, dos profissionais de saúde ou até dos doentes, que em certa altura se podem alinhar propiciando a ocorrência do erro. Neste âmbito, Fragata e Martins (2004, p.68)

referem que “quando uma trajetória de erro se alinha devido à infeliz coincidência de atos pouco seguros e de falhas latentes do sistema e sempre que neste alinhamento de trajetórias as defesas pré-estabelecidas não conseguem barrar a trajetória acidente, este acontece.”



Figura 1- Modelo do Queijo Suíço (adaptado de Reason, 2000)

Segundo Fragata (2006, p.115), os erros ocorrem “tendo como responsáveis em 60% dos casos, atividades mediadas por humanos e em cerca de 40% mediadas por mecanismos organizacionais” portanto, o erro humano deve ser encarado de duas formas: o do indivíduo e o da organização. É tradicional na prática clínica, associar o erro ao indivíduo, levando a que a falha seja isolada do sistema onde ocorreu. Interpretar o erro deste prisma torna-se um processo mais fácil e menos comprometedor para a instituição.

Contudo, a natureza dos erros e o seu impacto não depende apenas das características individuais de cada profissional, como por exemplo a experiência profissional, mas depende também de aspetos organizacionais (Costa, 2013).

Encarando o erro na perspetiva da organização, não é excluída a responsabilidade do fator humano, mas a ocorrência do erro deve-se a uma falha no processo organizacional, em que a dada altura ocorre o alinhamento de uma série de falhas, provocando o mesmo (Silva, 2009). Esta forma de analisar e interpretar o erro é mais complexa, procurando descobrir todas as causas que contribuíram para a sua ocorrência, tendo como principal objetivo a construção de um sistema mais seguro. Podemos assim dizer que esta abordagem do erro promove a cultura de segurança (Alves, 2009). Estas são duas formas opostas de analisar o erro, influenciando o entendimento das causas e das consequências do mesmo.

Vários autores referem que os erros de medicação são um fenómeno mais frequente na população pediátrica dado que esta faixa etária comporta um conjunto de riscos específicos, existindo já diversos estudos sobre o erro de medicação em pediatria. Como

condicionantes do risco pode considerar-se a complexidade do doente, a complexidade da tarefa, *performance* humana, da equipa e da organização e o acaso (Fragata, 2009).

Um estudo realizado pela US Pharmacopeia entre 1995 e 1999, demonstrou um expressivo aumento dos erros de medicação com consequência em mal ou morte em doentes pediátricos (31%) comparado com doentes adultos (13%) (Committe on Drugs and Committe on Hospital Care, 2003, como citado em Alves, 2009).

Wilson, McArtney R., Newcombe, Gracie, McArtney J., Kirk e Stuart (1998), realizaram um estudo no Reino Unido envolvendo 682 crianças admitidas no Centro de Doenças Cardíacas Congénitas num total de 5315 dias de internamento. Os resultados revelaram 441 de erros de medicação notificados, sendo a sua probabilidade de ocorrência sete vezes superior em ambiente de cuidados intensivos.

Walsh, Kaushal e Chessare (2005) referem que os erros de medicação potencialmente perigosos podem ser três vezes mais comuns na população pediátrica do que nos adultos.

Um estudo transversal realizado por Otero, Leyton, Mariani e Ceriani, (2008) entre 2002 e 2004 onde se pretendeu avaliar a prevalência dos erros de medicação no departamento de pediatria do hospital italiano de Buenos Aires, em doentes pediátricos e neonatais concluiu que a mesma se situa entre 7,3% e 11,4%.

A JCAHO (2008) realça que as crianças estão mais vulneráveis a erros de medicação devido a vários fatores de entre os quais:

- Grande parte dos fármacos utilizados na pediatria é destinada a adultos, pelo que a sua preparação para serem administrados à criança exige diferentes volumes e concentrações, sendo necessários cálculos, por vezes complexos aumentando a probabilidade de erro;

- Situações de emergência podem conduzir ao acréscimo do risco de erro na pediatria;

- Quanto menor for a idade da criança, menos apta esta se encontra a nível fisiológico, para responder a uma situação de erro uma vez que ainda há imaturidade das suas funções renais, hepáticas e imunitárias;

- Crianças pequenas, ainda não têm a capacidade para comunicar os possíveis efeitos adversos que a medicação possa provocar.

Dado que o erro de terapêutica em pediatria é caracterizado por contornos específicos, também as medidas para a sua prevenção devem ser específicas e direcionadas para este grupo etário. A JCAHO recomenda algumas estratégias para reduzir o erro de terapêutica em pediatria, nomeadamente:

- Normalizar e identificar os fármacos, bem como todo o processo de administração de medicamentos;

- Limitar o número de concentrações e as doses altas de medicação;

- No caso em que a criança necessite de medicação oral após a alta, ou de nutrição parentérica total, certificar-se que as doses são iguais, aquelas que são administradas no hospital;

- Utilizar seringas doseadas na preparação da medicação oral;

- Pesar sempre a criança no momento da admissão e expressar o peso em quilogramas;

- Não administrar fármacos de alto risco a crianças salvo em situações de urgência;

- As prescrições devem de conter a dose calculada e a dose por quilo ou por área corporal, de forma a ser possível a dupla confirmação por outros profissionais;

- Utilizar fármacos em formulações destinadas a crianças sempre que for possível;

- Colocar em locais separados a medicação pediátrica e a medicação para adultos;

- Facultar programas de formação aos profissionais de saúde da área da pediatria. Estes devem ser profissionais treinados e experientes; Esta formação e educação deve incluir informação sobre notificação de eventos adversos;

- Informar os pais/cuidadores de forma verbal e escrita acerca de toda a medicação da criança e seus possíveis efeitos secundários, assegurando-se que a informação foi compreendida e encorajando-os a esclarecer dúvidas;

- Ter sempre disponível um pediatra experiente;

- Estabelecer e implementar procedimentos relativamente à medicação.

A prevenção do erro de medicação em pediatria implica necessariamente a colaboração de todas as partes envolvidas nos cuidados à criança, nomeadamente médicos, farmacêuticos, enfermeiros e pais/cuidadores. Também as instituições que prestam cuidados ao doente pediátrico têm um papel fundamental, devendo desenvolver programas multidisciplinares que permitam o envolvimento de todos os profissionais na prevenção do erro de terapêutica (Alves, 2009).

Nos últimos anos, surgiram vários estudos relacionados que têm revelado que a morbilidade e a mortalidade associadas aos erros podem ser prevenidas e/ou minimizadas. Deste modo, é fundamental que sejam desenvolvidas estratégias por parte dos intervenientes dos sistemas de saúde, no sentido de minimizar a ocorrência de falhas. Assim, a implementação de processos de acreditação em hospitais, em que várias normas incidem na área da segurança do doente, a elaboração de protocolos, a criação de gabinetes ou departamentos de gestão do risco, entre outros são exemplos do esforço que

se faz atualmente para reduzir ao mínimo possível a ocorrência de erros e consequentes danos causados aos doentes (Sousa, 2006b).

Para evitar o erro é necessário implementar uma cultura de segurança, isto é, uma cultura de gestão do imprevisto, das oscilações, dos incidentes e das relações interpessoais e, onde a preocupação com o erro deve estar sempre presente decorrente da complexidade dos procedimentos clínicos (Silva, 2009). A organização deve monitorizar os procedimentos dos trabalhadores, seguir uma cultura de desculpabilização do erro, fomentar a discussão dos erros, dos eventos adversos e das queixas, atuando sempre sobre o sistema e apenas sobre o indivíduo, se houver violação de regras ou de procedimentos (Silva, 2009).

Fragata e Martins (2008) consideram a prevenção do erro como uma estratégia na gestão do risco. Estes autores afirmam que é possível prevenir o erro médico atuando a nível superior, nos circuitos e sistemas seguros, e ao nível clínico e da prática individual, através do desenvolvimento de uma cultura de notificação voluntária de eventos adversos, por um sistema de eventos de declaração obrigatório e pela realização de auditorias periódicas.

A identificação, registo, análise e discussão das queixas dos doentes, bem como da má prática clínica e a formação contínua de todos os colaboradores, permitem a gestão dos eventos adversos numa cultura de responsabilidade em detrimento de uma cultura de culpabilização (Silva, 2009). Analisar implica refletir e avaliar, sendo essencial usar o pensamento crítico. O enfermeiro ao refletir sobre um eventual erro ocorrido, está a identificar a falha podendo direta ou indiretamente, contribuir para que um eventual erro não volte a repetir-se (Alves, 2009). Apenas através de uma abordagem assertiva, sistémica e transparente do erro é possível promover a efetiva segurança do doente prestando deste modo cuidados de qualidade (Raimundo, 2012).

A divulgação dos erros é fundamental para a segurança do doente, sendo uma obrigação ética e um desígnio para a acreditação (Garbutt et al., 2007). Desde 2001 que a JCAHO requer como critério para a acreditação a divulgação dos eventos adversos através de relatórios (Raimundo, 2012). A mudança de cultura para uma cultura de notificação é pois essencial. Estimular a comunicação entre os colaboradores para que haja transmissão de conhecimentos em determinadas áreas e a melhoria dos métodos de trabalho são também importantes.

Neste âmbito, Fragata (2011) considera que um sistema de notificação de eventos é fundamental para a cultura de segurança, devendo possibilitar o anonimato, sem culpabilização dos profissionais envolvidos, compreendendo uma componente facultativa, sendo os eventos mais graves/sentinela (*never events*) obrigatoriamente notificados.

A notificação dos “quase erros” é igualmente importante na medida em que torna possível a identificação das falhas dos sistemas atempadamente, possibilitando a prevenção de futuros acidentes (Alves, 2009).

O SNNIEA foi implementado em vários países, incluindo Portugal, sendo o seu principal objetivo o registo e análise da raiz dos erros no sentido de se poder aprender com os mesmos, divulgar essa informação e introduzir mudanças no sistema que evitem que os mesmos erros possam ocorrer futuramente (Sousa, 2006b).

Este sistema de notificação foi apresentado em 2011, tendo sido a sua aplicabilidade testada e adaptada para a realidade portuguesa. Disponibilizar o sistema a todas as unidades de saúde, de todos os níveis de cuidados, motivando os profissionais para a notificação, constituem objetivos do SNNIEA. A notificação testemunha o compromisso com a segurança do doente, promovendo o desenvolvimento de uma cultura de segurança nas unidades de saúde e apoiando os profissionais na prestação de cuidados mais seguros (DGS, 2013c).

Pretende-se, a médio e longo prazo, alargar a rede ao maior número possível de instituições, a integração numa rede multinacional de notificação, partilhando todo o conhecimento originado por essa rede e criar uma cultura de segurança assente na partilha das melhores práticas a nível internacional (DGS, 2013c).

A notificação constitui assim uma ferramenta que promove a melhoria contínua da qualidade em saúde. As notificações feitas neste sistema devem ser voluntárias, confidenciais, anónimas e não punitivas.

O SNNIEA possibilita à DGS a recolha de informação relevante a nível nacional relativa à tipologia dos incidentes e eventos adversos no sentido de serem desenvolvidas estratégias de intervenção prioritárias. Por seu lado, as instituições recebem informação relativa aos incidentes e eventos adversos nelas ocorridos, possibilitando a implementação de medidas corretoras e o *feedback* a todos os envolvidos (DGS, 2012).

O processo de relato dos erros é composto por 4 etapas básicas que incluem o reconhecimento do erro, a perceção da importância do ato de relatar, a elaboração do relatório do incidente e posteriormente, a receção administrativa do relato (Raimundo, 2012).

Apesar do processo parecer simples, múltiplos fatores impedem o seu curso. O relato de erros nos sistemas de saúde é ainda, grande parte das vezes, um ato complexo e pouco confidencial e o predomínio da cultura da culpa onde prevalece o clima de censura e represálias conduz a que os profissionais evitem ficar associados ao cometimento de erros favorecendo a ocultação. A ausência de anonimato facilmente conduz ao rótulo de incompetência e baixa qualificação provocando o receio de se ser alvo de críticas. A reação dos colegas e das chefias, o receio de causar impressões negativas nos doentes, ou de ser

alvo de processos disciplinares são também fatores descritos como obstáculos ao relato (Raimundo, 2012). A percepção de inutilidade, sobretudo se não existir informação de retorno adequada e em tempo útil, a falta de tempo disponível e a dificuldade em entender o que constitui um evento adverso podem igualmente constituir barreiras à notificação (Benn et al., 2009, como citado em Lage, 2012).

Deste modo, muitos erros ocorridos são desvalorizados, passando despercebidos ou encobertos, verificando-se a tendência para se pensar que sua ocorrência é muito baixa, não sendo no entanto isto que corresponde á realidade. É comum comparar este problema a um *iceberg*, cuja zona visível é inferior à zona submersa (Alves, 2009). Este facto impossibilita a caracterização da verdadeira dimensão do problema reduzindo as hipóteses de prevenção da repetição futura dos erros.

Para que o registo dos erros ocorridos funcione, deve ter-se em conta as seguintes estratégias:

- Estimular uma cultura de responsabilização e não de culpabilização;
- Colocar ênfase no sistema e não no indivíduo;
- Centrar o relato na ocorrência, mantendo o anonimato;
- Incutir o auto-relato de eventos nefastos, permitindo o retorno de informação;
- Simplificar o sistema de relato (Silva, 2009).

Como medidas facilitadoras do aumento da taxa de relato dos erros e da diminuição da sua incidência, podemos ainda referir a redefinição de espaços e procedimentos de trabalho, a implementação de documentos orientadores de procedimentos e instruções técnicas, bem como a promoção de boas relações de trabalho entre profissionais de diferentes equipas (Karow, 2002, como citado em Raimundo, 2012).

Entre os vários benefícios da notificação dos erros destacamos:

- O aumento da segurança;
- A melhoria da imagem da organização;
- A redução das queixas dos doentes por má prática, sendo fundamental antecipar-se à queixa do doente, informando-o da falha e dos procedimentos a seguir para a corrigir ou atenuar (Silva, 2009).

A notificação permite a análise dos erros, a identificação dos fatores causais e das mudanças necessárias e a implementação das medidas corretoras que permitam a prevenção da repetição dos eventos adversos. Mais do que uma necessidade, a notificação deve transformar-se numa cultura seguida por todos os profissionais de saúde (Ribas, 2010).

Quanto maior for o número de eventos notificados, mais informação será disponibilizada acerca dos erros e consequentemente, mais ações podem ser tomadas no

sentido de aumentar a segurança dos cuidados de saúde (Pimenta, 2013). Assim, a deteção e o relato de eventos adversos são essenciais para a prevenção do erro em qualquer organização complexa. Não menos importante é a conduta em presença do erro ocorrido ou potencialmente ocorrido. Uma culpabilização e repressão sistemática conduzem possivelmente a melhoria transitória mas fugaz, não eliminando as causas individuais e sobretudo as causas decorrentes do sistema, perpetuando o ciclo do erro (Fragata & Martins, 2008).

Existem estudos que demonstram uma associação positiva entre maior adesão ao relato do erro e grupos de profissionais onde prevalecem valores como apoio, confiança e cuidados centrados no doente *versus* estruturas com culturas demasiado formais, hierarquizadas e racionais (visando a produção e eficácia) (Raimundo, 2012).

Uma baixa ou ausente taxa de notificação de eventos adversos, usualmente está associada ao paradigma da punição e ocultação do erro e ao medo de represálias e sanções profissionais (Faria, 2010). Torna-se assim necessário implementar mudanças que impulsionem uma cultura de segurança prevenindo a ocorrência de eventos adversos, promovendo a segurança e a eficácia dos cuidados de saúde.

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPIRICA

3. Metodologia

Neste capítulo, pretendemos descrever e analisar os métodos utilizados ao longo da investigação científica.

Inicialmente apresentamos um breve enquadramento do estudo, seguindo-se a descrição das questões e objetivos de investigação, dos participantes, da caracterização da amostra, do instrumento e de todos os procedimentos necessários para a colheita de dados.

3.1. Métodos

A segurança do doente e a qualidade são alvo de atenção desde a antiguidade, sendo temas cada vez mais debatidos a nível global. Para que sejam prestados cuidados de saúde de qualidade, vários requisitos devem ser cumpridos, sendo para isso fundamental que os cuidados sejam prestados de modo seguro. A segurança do doente constitui uma preocupação, e a sua melhoria contínua é uma obrigação ética e legal de todos os profissionais de saúde.

Estima-se que em todo o mundo milhões de doentes sofram lesões ou morte devido à insegurança na prestação de cuidados (WHO, 2009). Também a criança hospitalizada se encontra vulnerável aos eventos adversos, acrescendo o facto das suas características anatómicas e fisiológicas e do grau de complexidade dos cuidados a nível pediátrico, a exporem a uma maior probabilidade de sofrer danos associados aos cuidados de saúde.

O estabelecimento de uma cultura de segurança contribui de forma indiscutível para a melhoria da segurança do doente em geral e da criança em particular, sendo portanto uma prioridade.

A avaliação da cultura de segurança do doente permite a colheita de informações sobre perceções e comportamentos dos colaboradores e da gestão relativamente à segurança (Pimenta, 2013). Esta avaliação constitui assim o primeiro passo para conhecer as áreas em que é urgente intervir.

Os enfermeiros encontram-se em contacto permanente com o doente e todas as suas atitudes e comportamentos têm influência na cultura de segurança (Fernandes & Queirós, 2011). Neste contexto, consideramos importante debruçarmo-nos sobre a perceção dos enfermeiros acerca da cultura de segurança da criança hospitalizada num centro hospitalar da zona Centro.

Como ponto de partida para este estudo, delineamos a seguinte questão de investigação:

-Qual a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada?

Para além desta questão pivô, traçamos também as seguintes questões:

-Qual a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais na cultura de segurança da criança hospitalizada?

-Que relação existe entre o conhecimento da classificação internacional sobre segurança do doente e do sistema nacional de notificação de incidentes e eventos adversos e a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada?

-Qual a relação entre a taxa de notificação de incidentes e eventos adversos e a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada?

No sentido de obter respostas às questões anteriores, definimos como objetivo geral de investigação:

-Caracterizar a cultura de segurança da criança hospitalizada, percecionada pelos enfermeiros.

Como objetivos específicos, foram definidos os seguintes:

- Determinar a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais na perceção dos enfermeiros acerca da cultura de segurança da criança hospitalizada;

- Analisar a relação entre o conhecimento da classificação internacional sobre segurança do doente e do sistema nacional de notificação de incidentes e eventos adversos com a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada;

- Analisar a relação entre a taxa de notificação de incidentes e eventos adversos e a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada.

Para a consecução das questões e objetivos formulados, delineamos um estudo de natureza descritivo-correlacional pois visa caracterizar o fenómeno em estudo, explorar a existência de relações entre variáveis e descrever essas relações. Em relação à dimensão temporal é transversal pois o estudo do fenómeno decorre num período de tempo definido. A abordagem é quantitativa consistindo num processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, tendo como principais características a objetividade, a predição, o controlo e a generalização (Fortin, 2009).

Com o esquema do estudo de investigação representado pela figura 2 pretendemos descrever a interligação estabelecida entre as variáveis independentes e a variável dependente.

Figura 2 - Modelo Conceptual

A variável dependente do nosso estudo é a cultura de segurança da criança hospitalizada e as variáveis independentes foram subdivididas em três grupos: variáveis de caracterização sociodemográfica onde incluímos a idade e o sexo, variáveis profissionais, onde incluímos as habilitações académicas, a experiência profissional (em anos), a experiência na prestação de cuidados à criança (em anos) e a formação em segurança do doente e gestão do risco; e as variáveis relativas ao conhecimento e notificação, onde se incluem o conhecimento da CISD e do SNNIEA, o uso do SNNIEA e a notificação.

3.2. Participantes

Os elementos que constituem a população do nosso estudo são os enfermeiros que em diferentes serviços prestam cuidados à criança/ jovem, nomeadamente nos serviços de pediatria, neonatologia, urgência pediátrica, bloco de partos e puerpério de um Centro Hospitalar da Zona Centro, num total de 98 elementos. Foram recolhidos 71 questionários, pelo que a taxa de adesão ao estudo se situa nos 72,4%

Na impossibilidade da participação da totalidade dos enfermeiros, recorremos a uma amostra do tipo não probabilística por conveniência. Na determinação da amostra utilizaram-

se como critérios de inclusão: exercer atividade nos serviços anteriormente referidos, participação voluntária no estudo e encontrar-se a exercer funções durante o período de recolha de dados. Excluíram-se todos os que se encontravam de férias ou ausentes temporariamente do serviço por outros motivos.

3.2.1. Caracterização da Amostra

Os participantes são maioritariamente do sexo feminino, (98,5%), com idades entre os 27 e os 56 anos (cf. Tabela 1).

Tabela 1 – Estatísticas da caracterização da amostra relativamente à idade.

Idade	Min.	Máx.	Méd.	Dp	CV	SK/erro	K/erro	SW
Total	27	56	36,13	8,14	22,53	3,56	0,13	,000

A maioria dos enfermeiros é licenciada (52,9%), sendo que 30,9% possuem uma pós-licenciatura e 16,2% um mestrado.

Quanto à unidade assistencial, 52,9% exerce funções em serviços de pediatria/neonatologia e 47,1% em serviços de obstetrícia, tendo a maioria dos enfermeiros entre 3 a 7 anos de experiência profissional na prestação de cuidados à criança (35,3%).

3.3. Instrumento de colheita de dados

A seleção do instrumento de colheita de dados foi realizada a partir da pesquisa bibliográfica efetuada no âmbito do tema em estudo, tendo em conta os objetivos definidos o local de realização do estudo, as características da amostra, bem como a sua facilidade de aplicação.

Deste modo, optámos por utilizar uma versão adaptada do questionário “ Avaliação da cultura de segurança do doente em hospitais” traduzido e validado para a população portuguesa, por Eiras (2008), do original Hospital Survey on Patient Safety Culture, (Agency for Healthcare Research and Quality, [AHRQ], 2014).

Este questionário constitui uma das ferramentas recomendada aos Estados Membros pelo projeto European Network for Patient Safety no âmbito da “Avaliação da

cultura de segurança” (DGS, 2013b). Após a sua divulgação, tem vindo a ser implementado em centenas de hospitais por todo o mundo.

É composto por oito secções: secção A “identificação”, constituída por doze questões onde se incluem os dados sociodemográficos; secção B “o seu serviço/unidade de trabalho”, constituída por 18 itens; secção C “o seu superior hierárquico”, constituída por quatro itens; secção D “comunicações”, constituída por seis itens; secção E “frequência da notificação”, constituída por três itens; secção F “grau de segurança do doente”, constituída por item único; secção G “o seu hospital” constituída por onze itens e secção H “número de eventos/ ocorrências” constituída por item único. Em síntese, estas secções englobam 42 itens, incluindo ainda duas variáveis com item único.

Apresenta-se sob a forma de escala tipo *Likert*, graduada em cinco níveis para os 42 itens, desde “discordo fortemente” ou “nunca” (1) até “concordo fortemente” ou “sempre” (5) (DGS, 2011a). Possibilita a avaliação de 12 dimensões da cultura de segurança do doente, permitindo a monitorização das alterações ao longo do tempo, a avaliação do impacto de intervenções nesta área e a realização de exercícios internacionais de *benchmarking*, dado que está traduzido em pelo menos 23 línguas e está a ser utilizado em cerca de 41 países (DGS, 2013a).

Para proceder à validação de cada questionário, foram consideradas as recomendações dos autores da escala original (Sorra e Nieva, 2004, como citado em DGS, 2011a), sendo excluídos os questionários que apresentem:

- Todos os itens da mesma secção, excetuando a secção E, com a mesma resposta;
- Secção B, D ou G em branco;
- Secção C e E simultaneamente em branco;
- Mais de metade dos itens por responder, ao longo de todo o inquérito, em diferentes secções.

Para uma melhor compreensão da análise e interpretação dos dados seguimos a metodologia recomendada pela AHRQ (Sorra e Nieva, 2004, como citado em DGS, 2011a). Deste modo, procedemos à inversão das questões formuladas negativamente e à recodificação da escala de cinco para três categorias.

Em cada item as duas categorias menos positivas (discordo fortemente/discordo ou nunca/raramente) foram combinadas numa só e considerada negativa – categoria 1. Os pontos médios das escalas (não concordo nem discordo ou por vezes) representam uma segunda categoria considerada neutra – categoria 2. As duas respostas mais positivas (concordo/concordo fortemente ou maioria das vezes/sempre) formaram também uma só categoria, considerada positiva – categoria 3.

O percentual de respostas positivas específicas na dimensão ou item passou a ser o principal indicador de análise (DGS, 2011a). Deste modo, com a percentagem de respostas

positivas nos diferentes itens, podemos identificar os pontos fortes da cultura de segurança da criança hospitalizada e também os pontos mais problemáticos, onde é prioritário intervir. Seguindo o critério definido pela AHRQ, o item ou dimensão com uma percentagem de respostas positivas igual ou superior a 75% (concordo/concordo fortemente ou maioria das vezes/sempre) classifica-se de fortaleza. O item ou dimensão com uma percentagem de respostas positivas igual ou inferior a 50% classifica-se como oportunidade de melhoria.

Para valores intermédios (respostas positivas superiores a 51% e inferiores a 74% a AHRQ não definiu orientações e decidimos seguir os critérios definidos por Fernandes e Queirós (2011), considerando os itens e dimensões deste intervalo como aceitáveis sendo contudo aspetos que carecem de melhorias.

Relativamente às respostas dos itens que se apresentam formulados pela negativa, procedeu-se à sua inversão, ou seja, as respostas que se enquadram na categoria um passam a enquadrar-se na categoria três e vice-versa. As respostas pertencentes à categoria dois mantêm-se nessa categoria. Assim, a percentagem de respostas positivas é baseada nos participantes cuja resposta se enquadra na categoria um, (discordo fortemente/discordo ou nunca/raramente), pois uma resposta negativa num item com carácter negativo, indica uma resposta positiva. Os itens que foram invertidos são os seguintes: Secção B itens: 5, 7,8, 10,12, 14,16,17; Secção C: itens 3 e 4; Secção D item 6; Secção G itens 2,3,5,6,7,9,11.

O questionário inclui ainda uma segunda parte, elaborada para o efeito, intitulada “Conhecimento dos enfermeiros e notificação de incidentes e eventos adversos” em que se avalia se os enfermeiros conhecem a CISD e o SNNIEA, contemplando a temática da notificação de incidentes e eventos adversos, bem como a segurança do doente como dever ético.

Em síntese, as questões que compõem o questionário são apresentadas e agrupadas por dimensão e itens, conforme se observa na tabela 2:

Tabela 2 – Dimensões e itens do Questionário Avaliação da cultura de segurança do doente em hospitais (adaptado de DGS (2011a))

Item	Dimensão
1. Trabalho em Equipa	
B1	Neste serviço/unidade os profissionais entreejudam-se
B3	Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer
B4	Neste serviço/unidade as pessoas tratam-se com respeito
B11	Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio
2. Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	
C1	O meu supervisor hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos
C2	O meu supervisor hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos

	profissionais para melhorar a segurança do doente
C3	Sempre que existe pressão, o meu supervisor hierárquico quer que trabalhemos mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos
C4	O meu supervisor hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente
3. Apoio à segurança do doente pela gestão	
G1	A Direção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente
G8	As ações da Direção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades
G9	A Direção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente, quando acontece alguma adversidade
4. Aprendizagem organizacional - melhoria contínua	
B6	Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente
B9	Aqui, os erros conduzem a mudanças positivas
B13	Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente
5. Perceções gerais sobre a segurança do doente	
B10	É apenas por sorte que os erros mais graves não ocorrem neste serviço/unidade
B15	Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho
B17	Neste serviço/unidade, temos problemas com a segurança do doente
B18	Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer
6. Feedback e Comunicação acerca do erro	
D1	É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências
D3	Somos informados acerca de erros/ocorrências que aconteçam neste Serviço/unidade
D5	Neste Serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer
7. Abertura na comunicação	
D2	Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente
D4	Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos
D6	Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo
8. Frequência da notificação de eventos	
E1	Quando ocorre um evento/ocorrência, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é notificado?
E2	Quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado?
E3	Quando ocorre um evento/ocorrência é cometido, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é notificado?
9. Trabalho entre as unidades	
G2	Os serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros
G4	Existe boa colaboração entre os serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente
G6	É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros serviços/unidades do Hospital
G10	Os serviços/unidades do Hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente
10. Profissionais	
B2	Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido
B5	Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados

B7	Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados do que seria desejável
B14	Trabalhamos em "modo crise", tentando fazer muito, demasiado depressa
11. Transições	
G3	A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um serviço/unidade para outro
G5	É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno
G7	Ocorrem frequentemente problemas na segurança do doente aquando da troca de informação entre os vários serviços/unidades do Hospital
G11	As mudanças de turno neste hospital são problemáticas para o doente
12. Resposta ao erro não punitiva	
B8	Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles
B12	Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si
B16	Os profissionais preocupam-se se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal

3.4. Procedimentos

À recolha de dados precedeu um conjunto de procedimentos, a saber:

- Pedido de autorização para a aplicação do instrumento de colheita de dados, à autora da escala que o traduziu e validou para a população portuguesa que foi concedida por correio eletrónico em 21 de janeiro de 2014 (Anexos 2 e 3).

- Pedido de parecer sobre o estudo à Comissão de Ética da ESSV, tendo sido favorável (Anexos 4 e 5).

- Envio de um ofício ao Presidente do Conselho de Administração do centro hospitalar da zona Centro, alvo do nosso estudo, onde constava pedido de autorização/colaboração, a finalidade do estudo, os seus objetivos e o instrumento e colheita de dados proposto, tendo sido obtido um parecer igualmente favorável (Anexos 6 e 7).

Os questionários foram entregues nos serviços anteriormente referidos, tendo sido solicitada a colaboração dos enfermeiros chefes de serviço ou seu representante no sentido de divulgarem a realização do estudo a todos os enfermeiros. Assim em cada serviço foi distribuído um número de questionários correspondente ao número total de enfermeiros do mesmo.

Todos os participantes preencheram a declaração de consentimento informado que foi anexa a cada um dos questionários juntamente com uma nota explicativa acerca da natureza e finalidade do estudo, focando o seu carácter voluntário. Foi explicado que após o preenchimento, esta declaração era desanexada do questionário.

Foram distribuídos juntamente com os questionários envelopes individuais sem qualquer identificação, onde os enfermeiros colocaram cada um dos inquéritos preenchidos, e posteriormente colocaram os envelopes na caixa identificada para o efeito.

Os questionários estiveram disponíveis para preenchimento nos serviços onde se realizou a colheita de dados, durante os meses de março e abril de 2014. A recolha dos questionários preenchidos foi feita pela investigadora.

3.5. Análise dos dados

Após a colheita de dados, efetuamos a depuração dos questionários preenchidos de modo a eliminar aqueles que não se enquadravam nas recomendações dos autores da escala original anteriormente referidas, e procedemos à sua codificação.

Realizadas estas etapas iniciamos a análise dos dados com recurso à análise descritiva e inferencial no sentido de obter respostas para as questões de investigação definidas, sendo possível analisar as relações entre as variáveis independentes e a cultura de segurança da criança hospitalizada.

Através da estatística descritiva, efetuamos a análise exploratória dos dados: frequências absolutas (N) e percentuais (%); medidas de tendência central (médias e o limite mínimo e máximo); medidas de variabilidade ou dispersão (desvio padrão e coeficiente de variação) e medidas de forma (*skwness* e *kurtosis*).

Na análise inferencial, recorreremos a testes paramétricos e não paramétricos de acordo com as características das variáveis em estudo, determinando a relação entre as variáveis independentes e a variável dependente, de forma a comprovar ou não as questões formuladas.

Recorremos ao teste de *U Mann-Whitney* para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais. O teste t de *Student* permitiu-nos a comparação de médias amostrais em dois grupos independentes. O teste de *Levene* foi utilizado para averiguar a igualdade de variâncias.

Com recurso ao teste de *Kruskall-Wallis* procedemos à comparação de médias nas situações em que existe uma variável quantitativa e uma variável qualitativa com mais de 3 grupos.

Através da análise de variância a um fator (ANOVA) foi-nos possível determinar a existência ou não de diferenças de médias entre os grupos, mas para localizar essas diferenças, tivemos necessidade de recorrer aos testes *Post-Hoc*.

Utilizámos também o teste de qui quadrado que sendo um teste de proporções, permite analisar em simultâneo duas variáveis de natureza nominal ou ordinal. Aplica-se a uma amostra em que a variável tem duas ou mais categorias, comparando as frequências observadas com as que se esperam obter na população, inferindo-se a relação existente entre as variáveis.

Na análise inferencial, utilizámos os seguintes níveis de significância:

$p < 0.05$ - diferença estatística significativa

$p < 0.01$ - diferença estatística bastante significativa

$p < 0.001$ - diferença estatística altamente significativa

$p \geq 0.05$ n.s. – diferença estatística não significativa

O tratamento estatístico foi efetuado com recurso ao programa informático de estatística IBM SPSS *Statistics* versão 22 para *windows*.

No próximo capítulo apresentamos os dados em tabelas e gráficos, dos quais se exclui a fonte, dado que os mesmos foram obtidos através de um estudo em corte transversal, conforme referido, e reportam-se aos mesmos participantes.

4. Resultados

Neste capítulo apresentamos a análise dos dados. Numa primeira fase, procedemos à análise da estatística descritiva, sendo os dados descritos e analisados por itens (indicadores de funcionalidade) e por dimensão da escala (domínio de funcionalidade) (DGS, 2011a). Seguidamente, em resposta às nossas questões de investigação, apresentamos a análise inferencial realizada.

4.1. Análise descritiva

A estatística descritiva refere-se à análise exploratória dos dados obtidos. Destacamos aqueles que se encontram directamente relacionados com os objetivos e questões de investigação formuladas neste estudo.

Na secção A denominada “Identificação” foi questionado aos participantes se já tinham respondido anteriormente ao questionário e se no âmbito das tarefas e funções inerentes à profissão, usualmente interagem directamente com doentes. Verificámos que nenhum dos enfermeiros tinha respondido anteriormente a este questionário e que todos têm contacto direto com doentes.

Foi também questionado se possuíam ou não formação relativamente à segurança do doente e gestão do risco, tendo-se verificado que 47,1% dos enfermeiros já frequentou formação sobre esta temática, enquanto 52,9% nunca fez formação neste âmbito, no entanto 94,1% dos enfermeiros frequentariam este tipo de formação, se tivessem oportunidade. Ainda na secção A, procedemos à colheita de dados para a caracterização sociodemográfica dos participantes.

4.1.1. Caracterização sociodemográfica

Pela análise da tabela 3 verificámos que a maioria dos participantes no estudo é do sexo feminino (98,5%). Quanto à idade, 36,8% da amostra têm idade igual ou inferior a 31 anos, 29,4% entre os 32 e os 37 anos e 33,8% igual ou superior a 38 anos, sendo a idade mínima é de 27 anos e a idade máxima de 56 anos.

A maioria dos enfermeiros é licenciada (52,9%), sendo que 30,9% possuem uma pós-licenciatura e 16,2% um mestrado.

Em relação à experiência de serviço a maioria dos elementos têm entre 3 e 7 anos de experiência (47,1%), 14,7% apresentam 1 a 2 anos de experiência, 16,2% de 8 a 12anos, 13,2% de 13 a 20 anos e 8,8% mais de 21 anos de experiência profissional.

Relativamente à unidade assistencial, 52,9% exerce funções em serviços de Pediatria/Neonatologia (Neonatologia, Pediatria I/II, Urgência Pediátrica) e 47,1% em serviços de Obstetria (Puerpério e Bloco de Partos).

A maioria dos enfermeiros tem entre 3 a 7 anos de experiência profissional na prestação de cuidados à criança (35,3%). Apenas 3% têm menos de um ano de experiência profissional na prestação de cuidados à criança, enquanto 14,7% têm 1 a 2 anos, 19,1% de 8 a 12 anos, 13,2% de 13 a 20 anos e 14,7% 21 ou mais anos.

Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	67	98,5
Masculino	1	1,5
Total	68	100%
Idade		
≤ 31 anos	25	36,8
32-37 anos	20	29,4
≥ 38 anos	23	33,8
Total	68	100%
Habilitações Académicas		
Licenciatura	36	52,9
Pós- Licenciatura	21	30,9
Mestrado	11	16,2
Total	68	100%
Experiência de Serviço		
1 a 2 anos	10	14,7
3 a 7 anos	32	47,1
8 a 12 anos	11	16,2
13 a 20 anos	9	13,2
> 21 anos	6	8,8
Total	68	100%
Unidade Assistencial		
Neonatologia	7	10,3
Pediatria I/II	11	16,2
Urgência Pediátrica	11	16,2
Puerpério	22	32,4
Bloco de Partos	10	14,7
Neonatologia/Pediatria I/II	7	10,3
Total	68	100%
Experiência profissional na prestação de cuidados à criança		
< 1 ano	2	3
1 a 2 anos	10	14,7
3 a 7 anos	24	35,3
8 a 12 anos	13	19,1
13 a 20 anos	9	13,2
>21 anos	10	14,7
Total	68	100%

Grau de segurança do doente e notificação de eventos/ ocorrências nos últimos 12 meses

Na secção F, foi solicitado aos participantes para atribuírem um grau sobre a segurança do doente no seu serviço/unidade. Verificamos que a maioria dos respondentes (57,4%) considerou a segurança do doente como muito boa. Um elemento da amostra considerou a segurança do doente no seu serviço/unidade como excelente (1,5%) e os restantes classificaram-na como aceitável (41,2%).

Na secção H, foi questionado acerca do número de relatórios de eventos/ocorrências preenchidos e entregues nos últimos 12 meses sendo que a esmagadora maioria dos enfermeiros (95,6%) responderam nenhum, 2,9% responderam de 1 a 2 relatórios e 1,5% de 3 a 5 relatórios.

Perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada

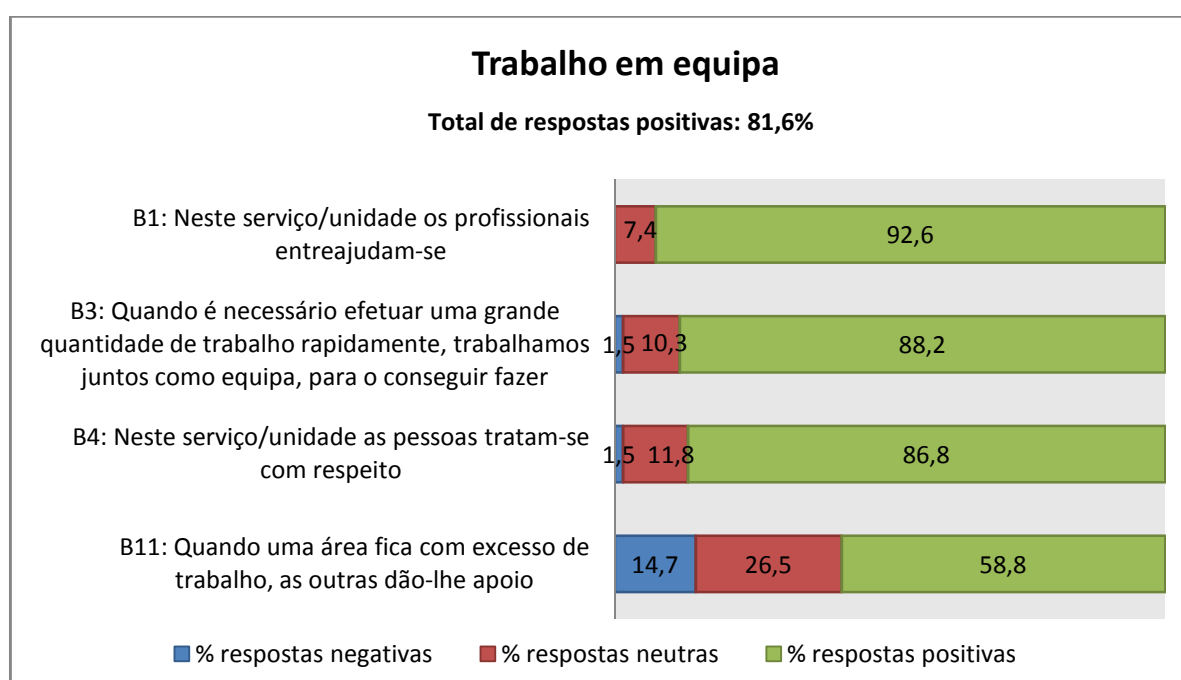
Começamos por analisar a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança através dos dados obtidos nas secções B, C, D, E e G do questionário. Para tal, considerámos a percentagem de respostas positivas para cada item e dimensão, identificando assim os pontos fortes bem como as oportunidades de melhoria, obtendo no final uma perceção global acerca da cultura de segurança da criança hospitalizada.

Trabalho em equipa:

Verificamos que esta dimensão apresenta uma percentagem de respostas positivas de 81,6%. Sendo superior a 75%, considera-se a dimensão trabalho em equipa um ponto forte na cultura de segurança da criança hospitalizada. Os itens B1 - “Neste serviço/unidade os profissionais entreadjudam-se”, B3 - “Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer”, B4 “Neste serviço/unidade as pessoas tratam-se com respeito”, também apresentam um percentual de respostas positivas superior a 75%, constituindo assim fortalezas da cultura de segurança da criança (cf. Gráfico 1, Tabela 4).

Tabela 4 – Trabalho em equipa - percentagem de respostas

Itens	Respostas negativas (%)	Respostas neutras (%)	Respostas positivas (%)
B1	0,0	7,4	92,6
B3	1,5	10,3	88,2
B4	1,5	11,8	86,8
B11	14,7	26,5	58,8
Média	4,43%	14,0%	81,6%

Gráfico 1 – Trabalho em equipa – percentagem de respostas

Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente:

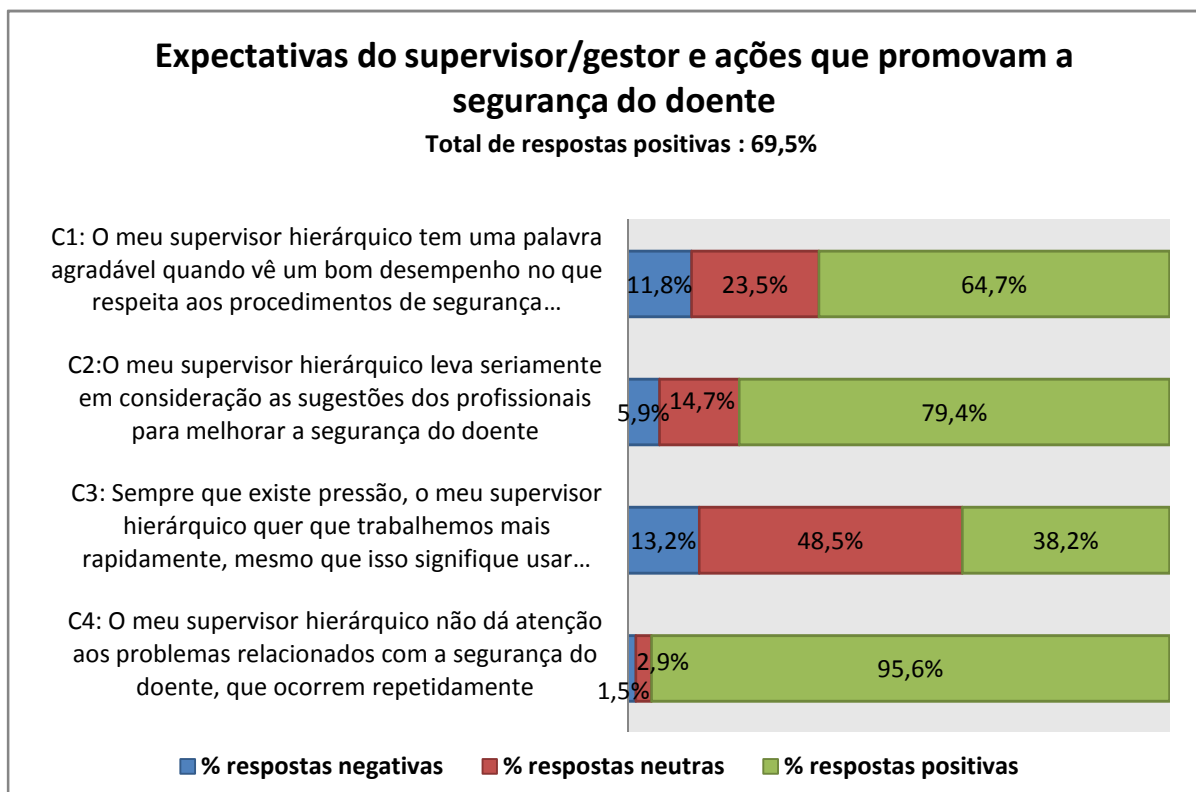
Constatamos que esta dimensão se classifica como aceitável, carecendo no entanto de melhorias ao obter um percentual de respostas positivas de 69,5 % (51% <percentagem de respostas positivas <74%). Os itens C2 - “o meu supervisor hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente” e C4 - “o meu supervisor hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente” obtiveram um percentual de respostas positivas superior a 75%, constituindo assim fortalezas, enquanto o item C3 - “sempre que existe pressão, o meu supervisor hierárquico quer que trabalhem mais rapidamente,

mesmo que isso signifique usar atalhos”obteve uma percentagem de respostas positivas inferior a 50%,sendo uma oportunidade de melhoria (cf. Gráfico 2, Tabela 5).

Tabela 5 – Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente - percentagem de respostas

Itens	Respostas negativas (%)	Respostas neutras (%)	Respostas positivas (%)
C1	11,8	23,5	64,7
C2	5,9	14,7	79,4
C3	13,2	48,5	38,2
C4	1,5	2,9	95,6
Média	8,1%	22,4%	69,5%

Gráfico 2 – Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente - percentagem de resposta



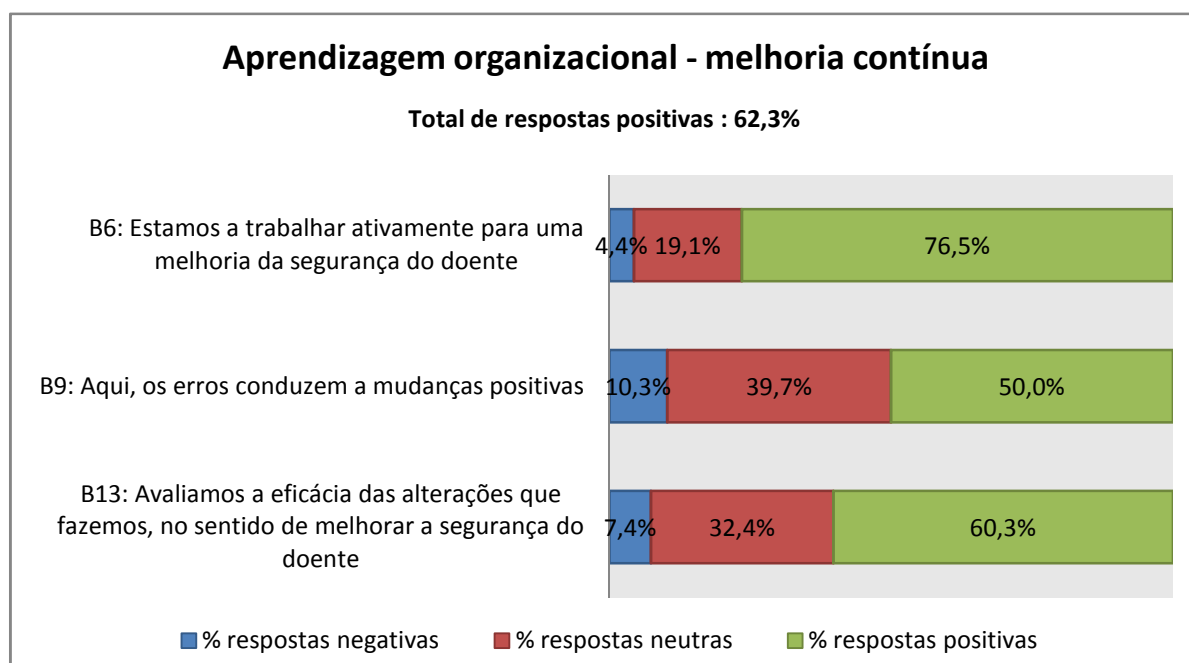
Aprendizagem organizacional- melhoria contínua

Verificamos que a percentagem de respostas positivas na dimensão é de 62,3%, sendo aceitável, assim como o item B13 - “avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente”. O item B9 - “aqui, os erros conduzem a mudanças positivas”, constitui uma oportunidade de melhoria alertando-nos para uma área onde é prioritário intervir. Existe contudo um aspeto positivo que diz respeito ao item B6 – “estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente”, que com uma percentagem de respostas positivas de 76,5%, constitui uma fortaleza (cf. Gráfico 3, Tabela 6).

Tabela 6 – Aprendizagem organizacional – melhoria contínua – percentagem de respostas

Itens	Respostas negativas (%)	Respostas neutras (%)	Respostas positivas (%)
B6	4,4	19,1	76,5
B9	10,3	39,7	50,0
B13	7,4	32,4	60,3
Média	22,1%	30,4%	62,3%

Gráfico 3 – Aprendizagem organizacional – melhoria contínua – percentagem de respostas



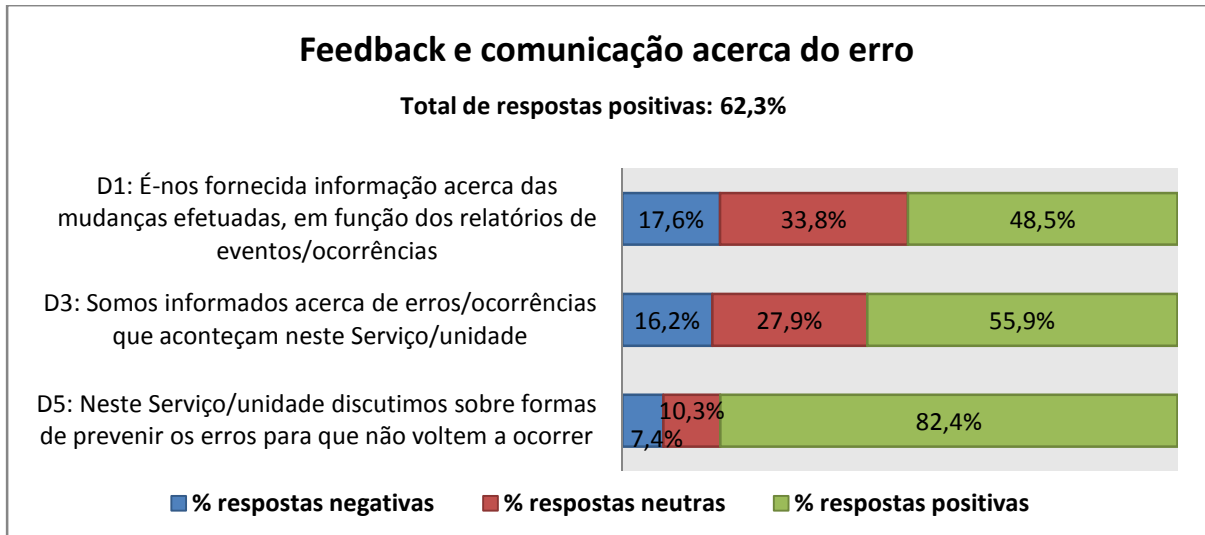
Feedback e comunicação acerca do erro

Esta dimensão apresenta uma percentagem de respostas positivas de 62,3%, sendo aceitável. O item D1 - “é-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências”, constitui uma oportunidade de melhoria e o item D5 - “neste serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer”, uma fortaleza da cultura de segurança da criança (cf. Gráfico 4, Tabela 7).

Tabela 7 – Feedback e comunicação acerca do erro - percentagem de respostas

Itens	Respostas negativas (%)	Respostas neutras (%)	Respostas positivas (%)
D1	17,6	33,8	48,5
D3	16,2	27,9	55,9
D5	7,4	10,3	82,4
Média	13,7%	24,0%	62,3%

Gráfico 4 – Feedback e comunicação acerca do erro - percentagem de respostas



Abertura na comunicação

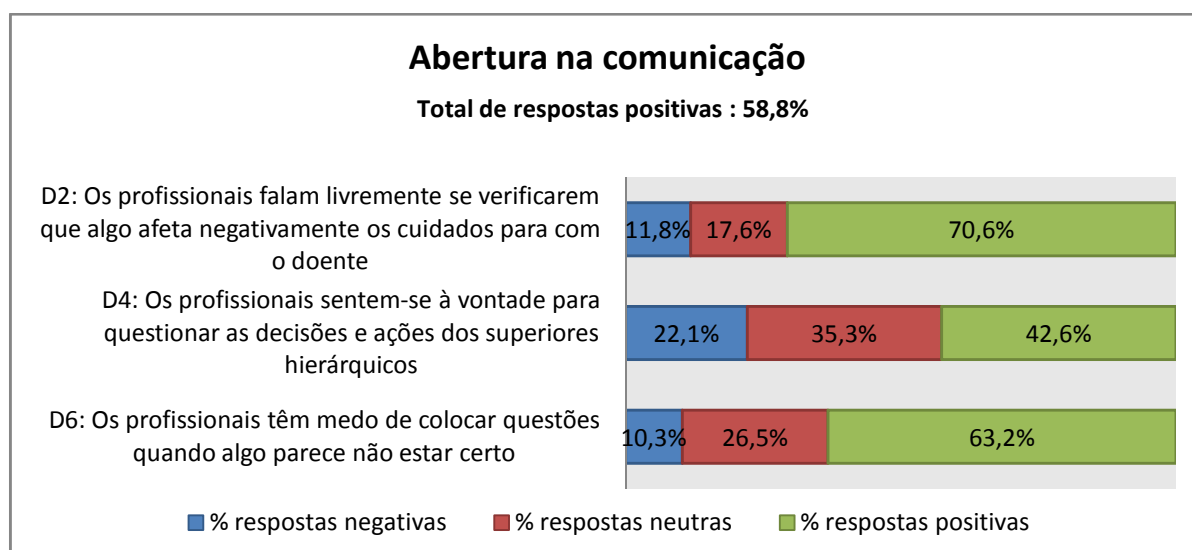
Verificamos que esta dimensão é aceitável ao apresentar uma percentagem de respostas positivas de 58,8%. Os itens D2 – “os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente” e D6 – “os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo”, constituem igualmente áreas aceitáveis. Destaca-se pela negativa o item D4 – “os

profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos”, com apenas 42,6% de respostas positivas, sendo uma oportunidade de melhoria, constituindo uma prioridade de intervenção, no sentido de se melhorar a cultura de segurança da criança hospitalizada (cf. Gráfico 5, Tabela 8).

Tabela 8 – Abertura na comunicação - percentagem de respostas

Itens	Respostas negativas (%)	Respostas neutras (%)	Respostas positivas (%)
D2	11,8	17,6	70,6
D4	22,1	35,3	42,6
D6	10,3	26,5	63,2
Média	14,8%	26,5%	58,8%

Gráfico 5 – Abertura na comunicação – percentagem de respostas

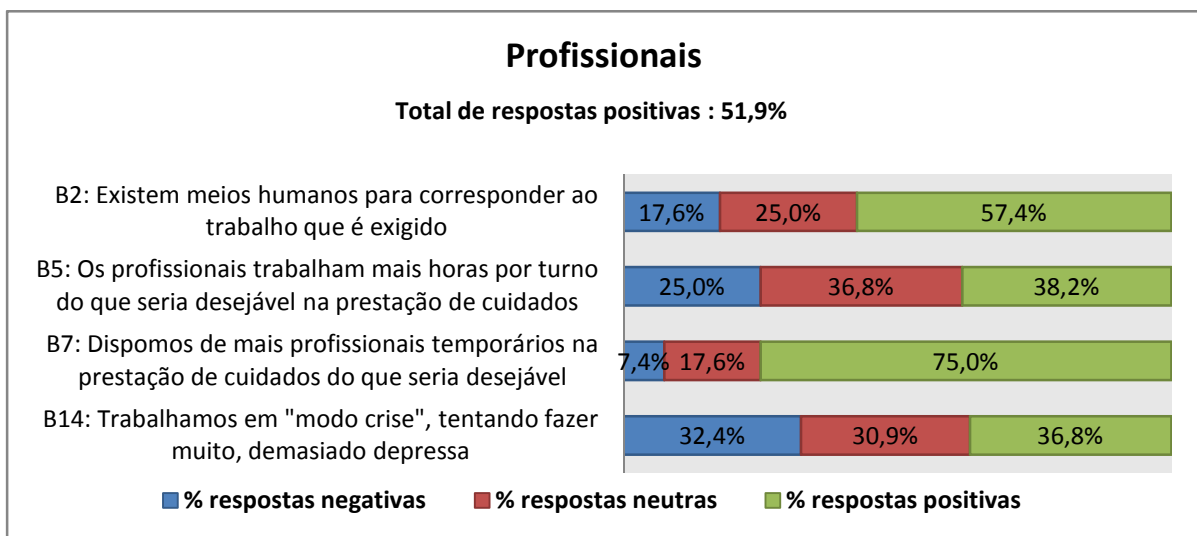


Profissionais

Verificamos que esta dimensão é aceitável, assim como o item B2 – “existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido”. Os itens B5 – “os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados” e B14 - trabalhamos em "modo crise", tentando fazer muito, demasiado depressa” obtiveram percentagens de respostas positivas inferiores a 50%, sendo pois áreas onde é prioritário intervir (cf. Gráfico 6, Tabela 9).

Tabela 9 – Profissionais - percentagem de respostas

Itens	Respostas negativas (%)	Respostas neutras (%)	Respostas positivas (%)
B2	17,6	25,0	57,4
B5	25,0	36,8	38,2
B7	7,4	17,6	75,0
B14	32,4	30,9	36,8
Média	20,6%	27,6%	51,9%

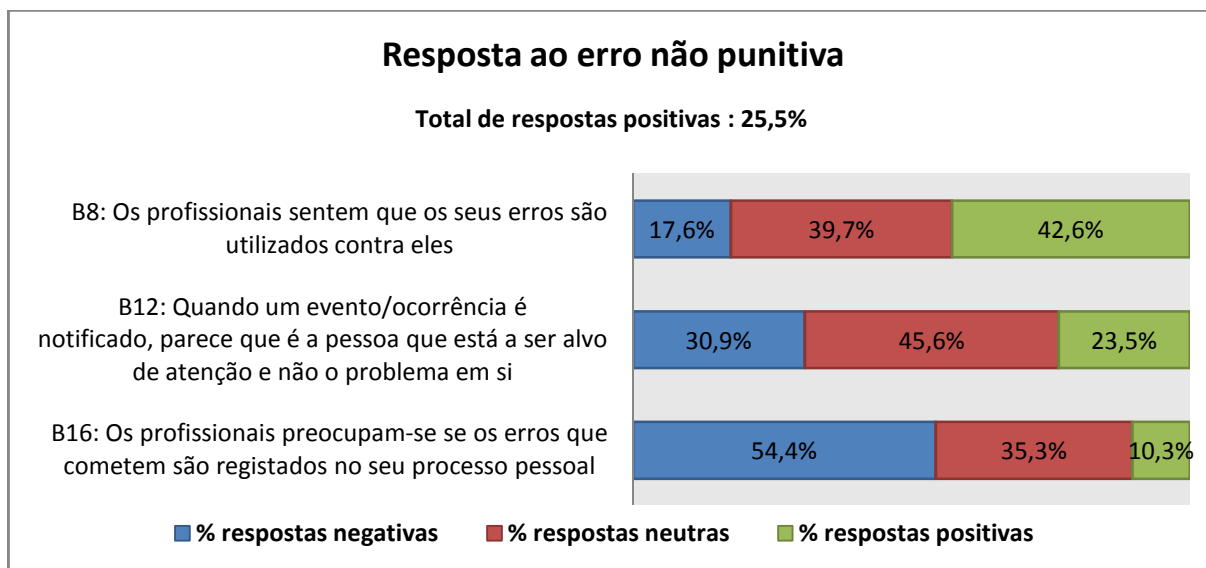
Gráfico 6 – Profissionais - percentagem de respostas

Resposta ao erro não punitiva

Verificamos que esta dimensão obteve apenas 25,5% de respostas positivas constituindo uma oportunidade de melhoria, onde é urgente intervir, sendo altamente prioritário que se desenvolva uma estratégia no sentido de obter melhores resultados. Todos os itens apresentam uma percentagem de respostas positivas inferiores a 50%, o que vem reforçar a necessidade de intervenção (cf. Gráfico 7, Tabela 10).

Tabela 10 – Resposta ao erro não punitiva - percentagem de respostas

Itens	Respostas negativas (%)	Respostas neutras (%)	Respostas positivas (%)
B8	17,6	39,7	42,6
B12	30,9	45,6	23,5
B16	54,4	35,3	10,3
Média	34,3%	40,2%	25,5%

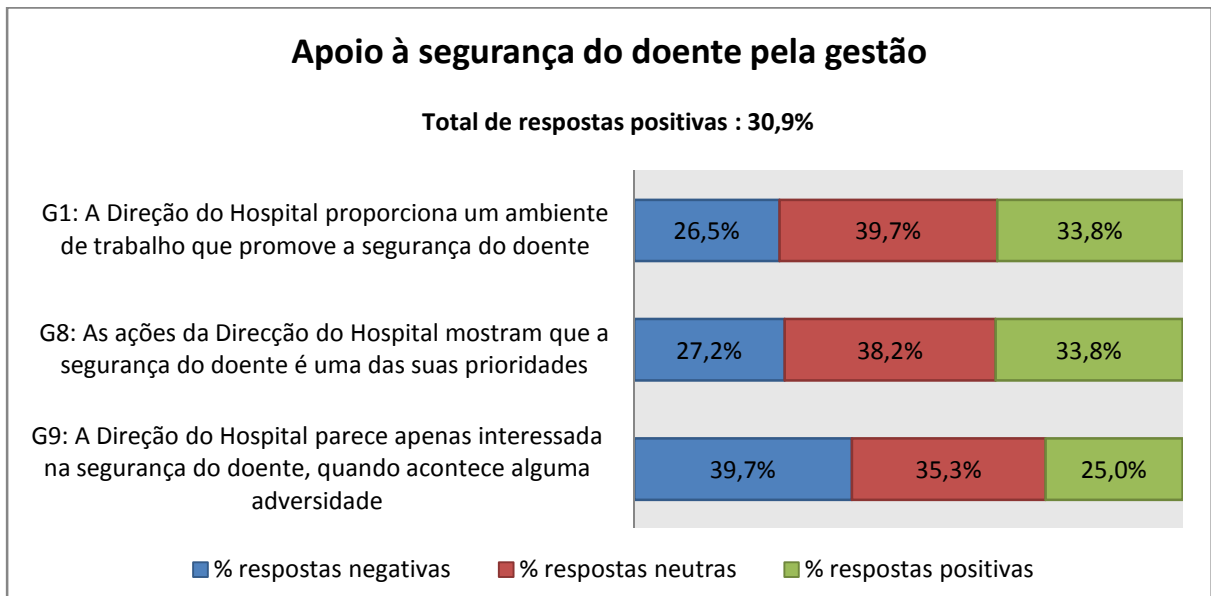
Gráfico 7 – Resposta ao erro não punitiva – percentagem de respostas

Apoio à segurança do doente pela gestão

Verificámos que esta é uma dimensão que constitui uma oportunidade de melhoria exigindo rápida intervenção pois obteve apenas 30,9% de respostas positivas, com todos os seus itens bastante abaixo do limiar de intervenção prioritária (cf. Gráfico 8, Tabela 11).

Tabela 11 – Apoio à segurança do doente pela gestão – percentagem de respostas

Itens	Respostas negativas (%)	Respostas neutras (%)	Respostas positivas (%)
G1	26,5	39,7	33,8
G8	27,2	38,2	33,8
G9	39,7	35,3	25,0
Média	31,1%	37,7%	30,9%

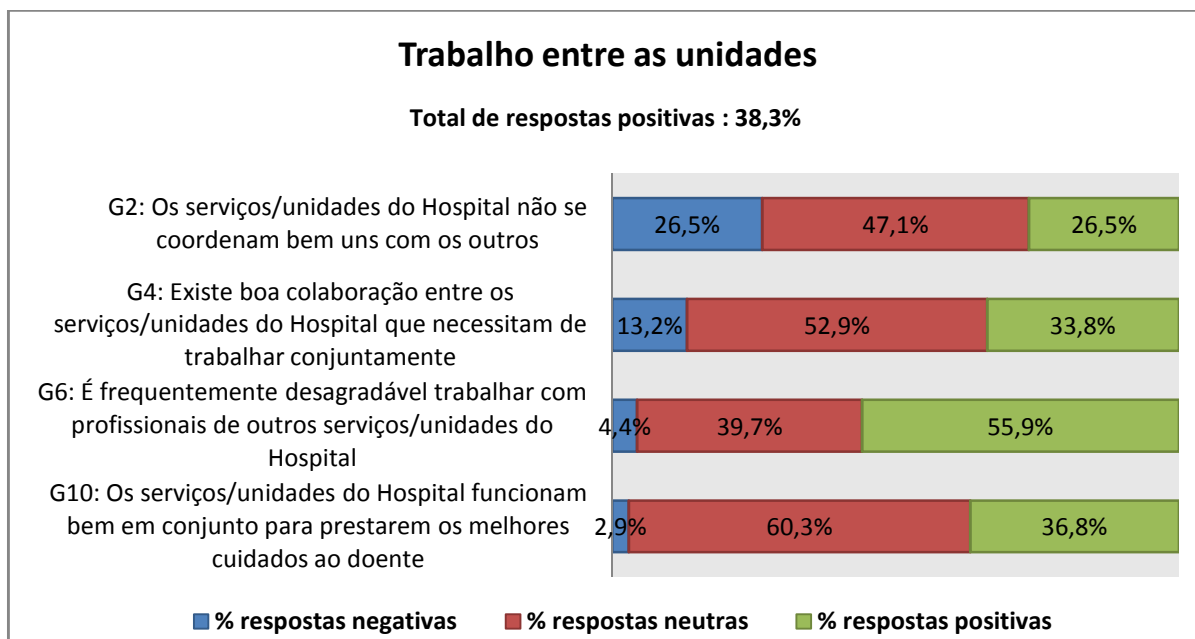
Gráfico 8 – Apoio à segurança do doente pela gestão - percentagem de respostas

Trabalho entre as unidades

Verificamos que esta dimensão constitui uma oportunidade de melhoria, obtendo só 38,3% de respostas positivas. O item G6 – “é frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros serviços/unidades do Hospital”, é aceitável e os restantes 3 itens carecem de intervenção urgente ao apresentarem uma percentagem de respostas positivas bastante abaixo do desejável (cf. Gráfico 9, Tabela 12).

Tabela 12 – Trabalho entre unidades - percentagem de respostas

Itens	Respostas negativas (%)	Respostas neutras (%)	Respostas positivas (%)
G2	26,5	47,1	26,5
G4	13,2	52,9	33,8
G6	4,4	39,7	55,9
G10	2,9	60,3	36,8
Média	11,8%	50,0%	38,3%

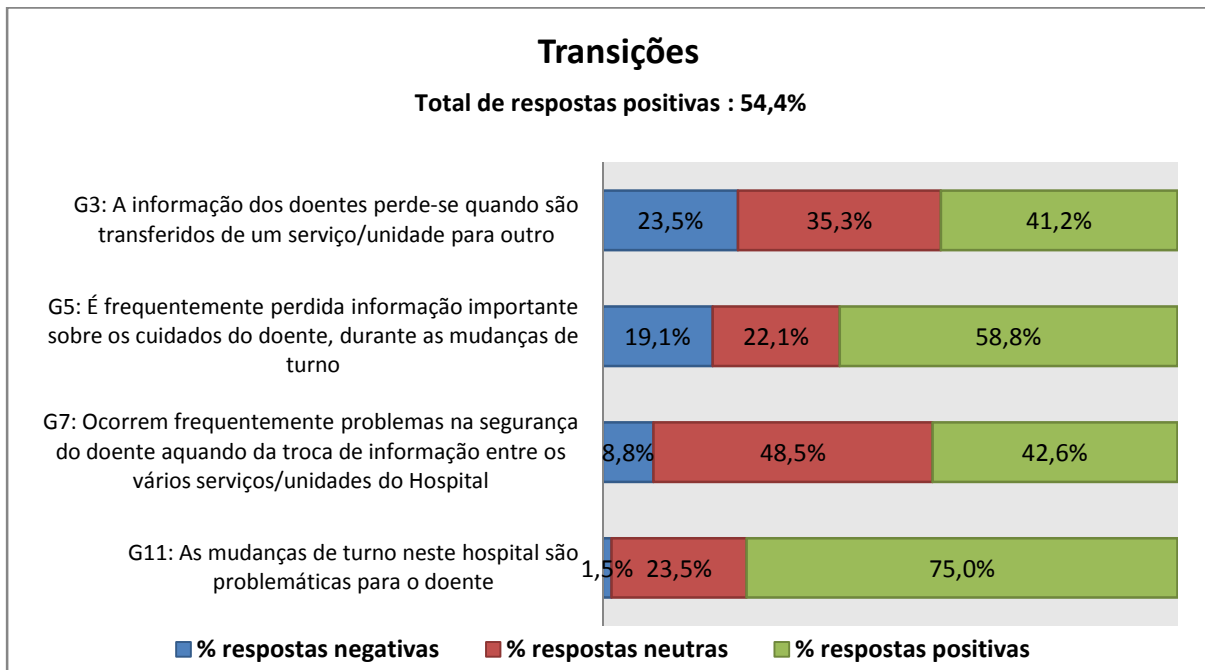
Gráfico 9 – Trabalho entre unidades - percentagem de respostas

Transições

Verificámos que a dimensão se enquadra dentro das aceitáveis (percentagem de respostas positivas de 54,4%). Os itens G3 – “a informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um serviço/unidade para outro” e G7 – “ocorrem frequentemente problemas na segurança do doente aquando da troca de informação entre os vários serviços/unidades do Hospital”, com percentagem de respostas positivas inferior a 50% são oportunidades de melhoria. O item G11 “as mudanças de turno neste hospital são problemáticas para o doente” destaca-se com uma percentagem de respostas positivas de 75%, sendo uma fortaleza (cf. Gráfico 10, Tabela 13).

Tabela 13 – Transições - percentagem de respostas

Itens	Respostas negativas (%)	Respostas neutras (%)	Respostas positivas (%)
G3	23,5	35,3	41,2
G5	19,1	22,1	58,8
G7	8,8	48,5	42,6
G11	1,5	23,5	75,0
Média	13,2%	32,4%	54,4%

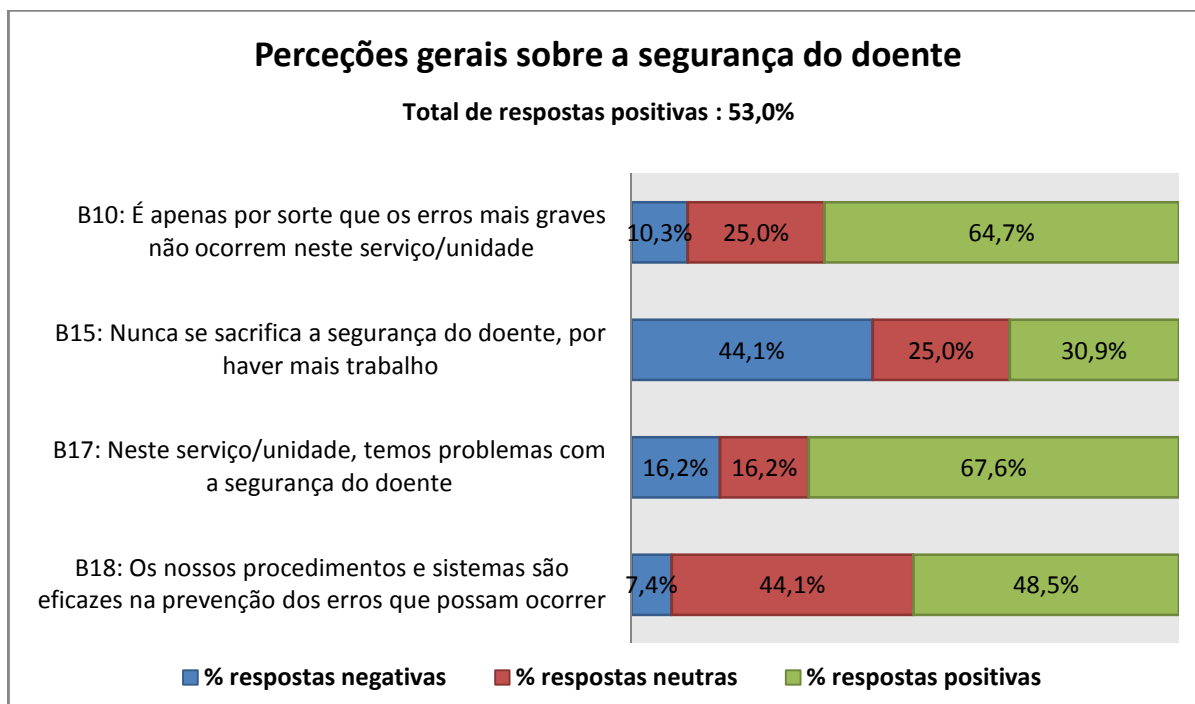
Gráfico 10 – Transições – percentagem de respostas

Perceções gerais sobre a segurança do doente

Verificámos que esta dimensão é aceitável, assim como os itens B10 – “é apenas por sorte que os erros mais graves não ocorrem neste serviço/unidade” e B17 – “neste serviço/unidade, temos problemas com a segurança do doente”, com percentagem de respostas positivas entre os 51 e 74%. Destacam-se pela negativa os itens B15 – “nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho” e B18 – “os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros” que possam ocorrer” a evidenciarem necessidade de intervenção prioritária (cf. Gráfico 11, Tabela 14).

Tabela 14 – Perceções gerais sobre a segurança do doente - percentagem de respostas

Itens	Respostas negativas (%)	Respostas neutras (%)	Respostas positivas (%)
B10	10,3	25,0	64,7
B15	44,1	25,0	30,9
B17	16,2	16,2	67,6
B18	7,4	44,1	48,5
Média	19,5%	27,6%	53,0%

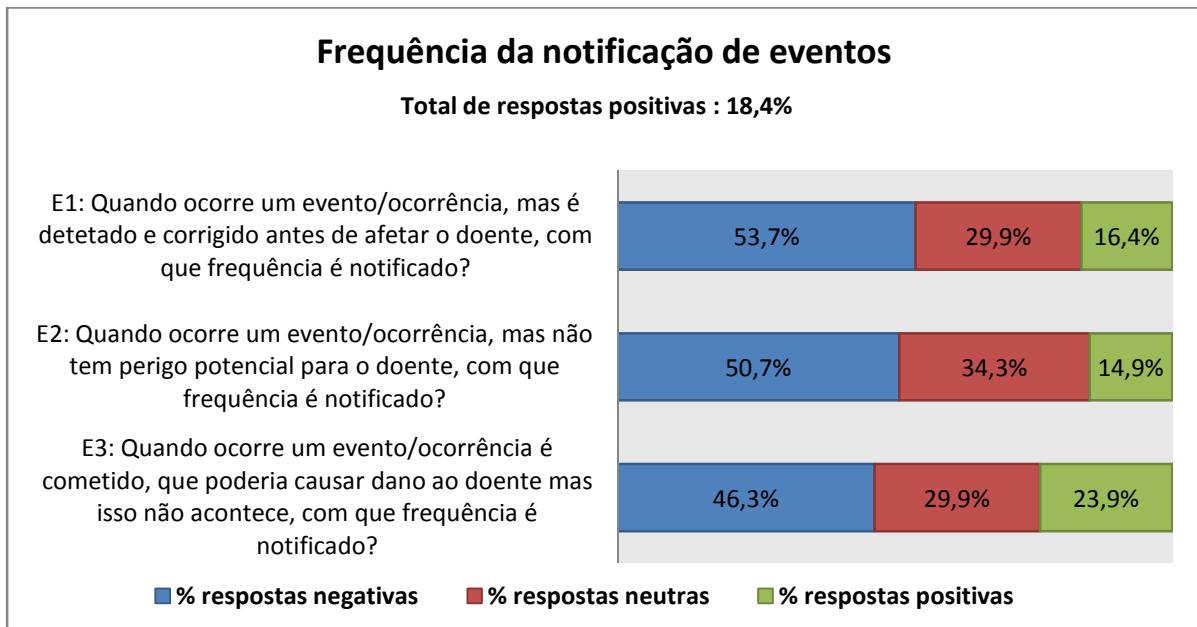
Gráfico 11 – Percepções gerais sobre a segurança do doente - percentagem de respostas

Frequência da notificação de eventos

Esta dimensão constitui uma área emergente de intervenção, com apenas 18,4% de respostas positivas, sendo portanto a dimensão da cultura de segurança mais frágil no nosso estudo. Todos os seus itens revelam uma percentagem de respostas positivas criticamente baixas (cf. Tabela 15; Gráfico 12).

Tabela 15 – Frequência da notificação de eventos - percentagem de respostas

Itens	Respostas negativas (%)	Respostas neutras (%)	Respostas positivas (%)
E1	53,7	29,9	16,4
E2	50,7	34,3	14,9
E3	46,3	29,9	23,9
Média	50,2%	31,4%	18,4%

Gráfico 12 – Frequência da notificação de eventos - percentagem de respostas

Analisadas as 12 dimensões da cultura de segurança da criança hospitalizada, apresentamos seguidamente a perspetiva global desta avaliação, visto ser fundamental para a instituição saber quais os seus pontos fortes e quais as suas oportunidades de melhoria, reveladas através da identificação das dimensões com a percentagem de respostas positivas mais elevadas e das dimensões que revelam percentagem de respostas positivas mais baixas, respetivamente.

Neste estudo, podemos constatar que na perceção dos enfermeiros, apenas a dimensão trabalho em equipa, com uma percentagem de respostas positivas superior a 75%, constitui um ponto forte da cultura de segurança da criança hospitalizada. Por outro lado, verificámos a existência de 4 dimensões, nomeadamente a “resposta ao erro não punitiva”, o “apoio à segurança do doente pela gestão”, o “trabalho entre unidades” e a “frequência da notificação de eventos”, com percentagem de respostas positivas bastante inferior a 50%, constituindo oportunidades de melhoria com necessidade de intervenção prioritária. A percentagem de respostas positivas das restantes dimensões situa-se entre os 51 e 74%, sendo consideradas aceitáveis, contudo a necessitar de melhoria (cf. Gráfico 13).

Gráfico 13 – Perspetiva global da avaliação da cultura de segurança da criança hospitalizada: percentagem de respostas positivas nas 12 dimensões



Conhecimento dos enfermeiros e notificação de incidentes e eventos adversos

Numa segunda parte do questionário, procurámos saber acerca do conhecimento dos enfermeiros e notificação de incidentes e eventos adversos. Assim, verificámos que 29,4% dos enfermeiros conhecem a CISD enquanto a maioria (70,6%) a desconhece.

Relativamente ao conhecimento do SNNIEA, verificámos que 39,7% dos respondentes conhecem este sistema enquanto 60,3% o desconhecem. Constatamos que ainda nenhum dos respondentes utilizou o referido sistema. Quando questionados se já notificaram algum incidente ou evento adverso ao longo da sua prática profissional, 94,1% responderam que não e 5,9% responderam que sim. A maioria dos enfermeiros considera que a notificação de eventos/ ocorrências de forma anónima contribui para a participação dos profissionais de saúde na melhoria da segurança do doente (80,9%),

14,7% não concorda nem discorda e 4,4% discorda. Verificámos que a totalidade dos enfermeiros considera que a segurança do doente é um dever ético dos profissionais de saúde (14,7% concordam e 85,3% concordam fortemente).

4.2. Análise Inferencial

Após a análise da perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada, quisemos saber qual a influência das variáveis sociodemográficas, profissionais e relativas ao conhecimento e notificação na cultura de segurança.

Relação entre a idade e a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada

Para saber se a idade influencia a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada, efetuamos o teste de *Kruskal – Wallis*. Analisando a tabela 16, verificámos que os resultados apontam para níveis mais elevados de cultura de segurança no grupo de enfermeiros com idade ≥ 38 anos, excetuando-se as dimensões “aprendizagem organizacional – melhoria contínua”, “*feedback* e comunicação acerca do erro”, “trabalho entre unidades”, nas quais os enfermeiros com idade ≤ 31 anos evidenciam níveis superiores de perceção da cultura de segurança e as dimensões “abertura na comunicação” e “frequência da notificação de eventos” onde os enfermeiros com idade entre 32 e 37 anos demonstram uma perceção superior da cultura de segurança.

As diferenças encontradas apresentam significância estatística para a dimensão “aprendizagem organizacional – melhoria contínua”, ($p = 0,021$). Este resultado é confirmado pela realização de testes *Post Hoc*, onde verificámos a existência de relação estatisticamente significativa entre a idade e a dimensão “aprendizagem organizacional – melhoria contínua, sendo que a diferença de médias entre grupos se situa no grupo de enfermeiros com idade ≤ 31 anos e no grupo de enfermeiros com idade entre 32-37 anos ($p = 0,024$).

Podemos portanto afirmar que há relação entre a idade e a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada na dimensão “aprendizagem organizacional – melhoria contínua”.

Tabela 16 – Teste de *Kruskal -Wallis* entre a idade e a percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada em 12 dimensões.

Idade	≤ 31 anos	32-37 anos	≥ 38 anos	X ²	p
	OM	OM	OM		
1-Trabalho em equipa	31,92	32,68	38,89	2,103	0,349
2-Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	32,74	32,73	37,96	1,157	0,561
3-Apoio à segurança do doente pela gestão	35,38	32,18	35,57	0,402	0,818
4-Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	39,36	24,60	37,83	7,703	0,021
5-Perceções gerais sobre a segurança do doente	33,02	33,75	36,76	0,483	0,785
6-Feedback e comunicação acerca do erro	35,80	34,78	32,85	0,291	0,865
7-Abertura na comunicação	32,44	37,20	34,39	0,684	0,711
8-Frequência da notificação de eventos	32,86	38,29	31,70	1,522	0,467
9-Trabalho entre unidades	35,12	33,05	35,09	0,157	0,925
10-Profissionais	33,44	35,05	35,17	0,119	0,942
11-Transições	30,80	34,45	38,57	1,910	0,385
12-Resposta ao erro não punitiva	28,98	34,30	40,67	4,405	0,111

Relação entre as habilitações académicas e a percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada

Para estudar a relação entre as habilitações académicas e a percepção dos enfermeiros sobre cultura de segurança da criança hospitalizada, recorreremos também ao teste de *Kruskal- Wallis*.

Analisando a tabela 17, verificamos que os enfermeiros com licenciatura apresentam níveis mais elevados na percepção da cultura de segurança do doente, com exceção das dimensões “trabalho em equipa”, “aprendizagem organizacional – melhoria contínua”, “trabalho entre unidades”, “profissionais” e “resposta ao erro não punitiva”, onde é o grupo de enfermeiros com mestrado que evidenciam perceber maior cultura de segurança.

Encontramos significância estatística para a dimensão “*feedback* e comunicação acerca do erro” ($p = 0,030$). Esta análise foi confirmada pelos testes *Post Hoc* que indicam

que a diferença se situa entre o grupo de enfermeiros com licenciatura e o grupo de enfermeiros com pós-licenciatura ($p = 0,031$), pelo que se pode afirmar que existe relação entre as habilitações académicas e a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada na dimensão “*feedback* e comunicação acerca do erro”.

Tabela 17 – Teste de *Kruskal -Wallis* entre as habilitações académicas e a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada em 12 dimensões

Habilitações Académicas	Licenciatura	Pós-Licenciatura	Mestrado	X ²	p
	OM	OM	OM		
Dimensões da CSD					
1-Trabalho em equipa	34,22	33,81	36,83	0,209	0,901
2-Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	37,60	29,31	34,27	2,541	0,281
3-Apoio à segurança do doente pela gestão	35,86	32,86	33,18	0,373	0,830
4-Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	36,50	29,00	38,45	2,612	0,271
5-Perceções gerais sobre a segurança do doente	38,04	29,76	31,95	2,615	0,270
6-Feedback e comunicação acerca do erro	40,24	27,12	29,82	7,022	0,030
7-Abertura na comunicação	39,01	28,79	30,64	4,292	0,117
8-Frequência da notificação de eventos	35,31	30,15	30,73	1,327	0,515
9-Trabalho entre unidades	35,94	29,38	39,55	2,385	0,303
10-Profissionais	33,58	34,86	36,82	0,246	0,884
11-Transições	36,36	30,88	35,32	1,076	0,584
12-Resposta ao erro não punitiva	33,81	34,14	37,45	0,312	0,856

Relação entre a experiência profissional e a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada

Para estudar a relação entre a experiência profissional e a percepção dos enfermeiros sobre cultura de segurança da criança hospitalizada, utilizámos o teste de *U Mann - Whitney*.

Analisando a tabela 18, verificámos que os enfermeiros com experiência profissional ≥ 8 anos apresentam níveis mais elevados de percepção da cultura de segurança, com exceção das dimensões “percepções gerais sobre a segurança do doente” e “frequência da notificação de eventos”, onde é o grupo de enfermeiros com experiência profissional ≤ 7 anos que evidenciam maior percepção sobre a cultura de segurança.

Não foi encontrada significância estatística para nenhuma das dimensões, podendo-se portanto afirmar que não existe relação entre a experiência profissional e a percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada.

Tabela 18 – Teste de *Mann - Whitney* entre a experiência profissional e a percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada em 12 dimensões

Experiência Profissional	≤ 7 anos	≥ 8 anos	Mann – Whitney U	p
	OM	OM		
1-Trabalho em equipa	33,79	35,65	516000	0,676
2-Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	34,23	34,94	534500	0,880
3-Apoio à segurança do doente pela gestão	32,25	38,13	451500	0,227
4-Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	33,71	35,77	513000	0,666
5-Percepções gerais sobre a segurança do doente	35,56	32,79	501500	0,569
6-Feedback e comunicação acerca do erro	33,90	35,96	521000	0,744
7-Abertura na comunicação	31,81	38,85	433000	0,142
8-Frequência da notificação de eventos	35,23	31,94	473500	0,475
9-Trabalho entre unidades	33,31	36,42	496000	0,522
10-Profissionais	33,49	36,13	503500	0,584
11-Transições	33,87	35,52	519500	0,734
12-Resposta ao erro não punitiva	32,94	37,02	480500	0,397

Relação entre a experiência na prestação de cuidados à criança e a percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada

Para estudar a relação entre a experiência na prestação de cuidados à criança e a percepção dos enfermeiros sobre a percepção da cultura de segurança da criança hospitalizada, recorremos ao teste t de *student* para amostras independentes.

Analisando a tabela 19, verificámos que os enfermeiros com experiência na prestação de cuidados à criança ≤ 7 anos apresentam níveis mais elevados de percepção sobre a cultura de segurança do doente com exceção das dimensões “trabalho em equipa”, “apoio à segurança do doente pela gestão”, “profissionais”, “transições” e “resposta ao erro não punitiva”, onde os enfermeiros com experiência na prestação de cuidados à criança ≥ 8 anos evidenciam maior cultura de segurança. Contudo, as diferenças não são significativas para nenhuma das dimensões, isto é, não há relação entre a experiência na prestação de cuidados à criança e a percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada.

Tabela 19 – Teste t de *student* entre a experiência na prestação de cuidados à criança e a percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada

Experiência na prestação de cuidados à criança	≤ 7 anos		≥ 8 anos		Levene <i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	Média	Dp	Média	Dp			
1-Trabalho em equipa	11,06	1,33	11,12	1,34	0,953	-0,214	0,831
2-Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	10,58	1,25	10,31	1,67	0,050	0,761	0,449
3-Apoio à segurança do doente pela gestão	5,97	2,02	6,00	1,97	0,780	-0,057	0,957
4-Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	7,67	1,47	7,63	1,10	0,146	0,131	0,896
5-Perceções gerais sobre a segurança do doente	9,69	1,92	8,94	2,12	0,545	1,542	0,128
6-Feedback e comunicação acerca do erro	7,69	1,72	7,19	1,60	0,894	1,255	0,214
7-Abertura na comunicação	7,61	1,61	7,00	1,90	0,121	1,436	0,156
8-Frequência da notificação de eventos	5,36	2,15	4,68	2,14	0,948	1,301	0,198
9-Trabalho entre unidades	9,25	1,93	8,84	1,74	0,793	0,906	0,368
10-Profissionais	9,11	2,16	9,40	1,52	0,014	-0,657	0,514
11-Transições	9,56	1,78	9,75	1,81	0,989	-0,446	0,657
12-Resposta ao erro não punitiva	5,61	1,59	5,88	1,36	0,321	-0,730	0,468

Relação entre a formação em segurança do doente e gestão do risco e a percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada

Para investigar a relação entre a formação em segurança do doente e gestão do risco sobre a percepção da cultura de segurança da criança hospitalizada, recorremos ao teste t de *student* para amostras independentes.

Analisando a tabela 20, verificámos que os enfermeiros que não possuem formação em segurança do doente e gestão do risco apresentam níveis mais elevados de percepção sobre a cultura de segurança do doente com exceção das dimensões “apoio à segurança do doente pela gestão”, “frequência da notificação de eventos” e “trabalho entre unidades”, onde foram os enfermeiros com formação na referida temática que evidenciaram níveis superiores de percepção sobre a cultura de segurança.

Apenas na dimensão “percepções gerais sobre a segurança do doente” ($p = 0,033$), foram encontradas diferenças estatísticas. Podemos portanto afirmar que existe relação de dependência entre a formação em segurança do doente e gestão do risco e a percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada na dimensão “percepções gerais sobre a segurança do doente”.

Tabela 20 – Teste t de *student* entre a frequência de formação em segurança do doente e gestão do risco e a percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada

Formação em segurança do doente e gestão do risco	Sim		Não		Levene p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
1-Trabalho em equipa	11,03	1,36	11,14	1,31	0,867	-0,332	0,741
2-Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	10,38	1,64	10,53	1,30	0,165	-0,428	0,670
3-Apoio à segurança do doente pela gestão	6,03	1,94	5,94	2,04	0,622	0,179	0,858
4-Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	7,62	1,31	7,67	1,31	0,881	-0,131	0,896
5-Percepções gerais sobre a segurança do doente	8,78	2,25	9,83	1,72	0,071	-2,180	0,033
6-Feedback e comunicação acerca do erro	7,22	1,84	7,67	1,49	0,157	-1,106	0,273
7-Abertura na comunicação	7,19	1,87	7,44	1,68	0,610	-0,596	0,553
8-Frequência da notificação de eventos	5,06	2,34	5,03	2,01	0,186	0,064	0,949

9-Trabalho entre unidades	9,34	1,89	8,81	1,78	0,907	1,206	0,232
10-Profissionais	9,09	1,99	9,39	1,79	0,567	-0,643	0,522
11-Transições	9,53	1,90	9,75	1,70	0,091	-0,502	0,618
12-Resposta ao erro não punitiva	5,72	1,55	5,75	1,44	0,796	-0,086	0,932

Relação entre o conhecimento da CISD e a percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada

Para estudar a relação entre o conhecimento da CISD com a percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada, recorreremos ao teste *U Mann – Whitney*.

Analisando a tabela 21, verificámos que os enfermeiros que não conhecem a CISD apresentam níveis mais elevados de percepção da cultura de segurança do doente, com exceção das seguintes dimensões “trabalho em equipa”, “apoio à segurança do doente pela gestão”, “aprendizagem organizacional – melhoria contínua”, “profissionais” e “resposta ao erro não punitiva”, onde se verifica que enfermeiros que conhecem a CISD evidenciam nível superior de percepção da cultura de segurança.

Encontramos significância estatística para as dimensões “percepções gerais sobre a segurança do doente”, ($p = 0,018$) e “*feedback* e comunicação acerca do erro”, ($p = 0,026$), pelo que podemos afirmar que existe relação entre o conhecimento da CISD e a percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada, relativamente a estas duas dimensões.

Tabela 21 – Teste de *U Mann - Whitney* entre o conhecimento da CISD e a percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada

Conhecimento da CISD	Sim	Não	Mann – Whitney U	p
	OM	OM		
1-Trabalho em equipa	37,00	33,46	430000	0,458
2-Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	31,70	35,67	424000	0,431
3-Apoio à segurança do doente pela gestão	35,43	34,11	461500	0,801
4-Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	36,08	33,84	448500	0,660
5-Percepções gerais sobre a segurança do doente	25,85	38,10	307000	0,018

6-Feedback e comunicação acerca do erro	26,53	37,82	320500	0,026
7-Abertura na comunicação	30,33	36,24	396500	0,247
8-Frequência da notificação de eventos	27,98	36,56	349500	0,077
9-Trabalho entre unidades	33,78	34,80	465500	0,843
10-Profissionais	37,70	33,17	416000	0,379
11-Transições	34,35	34,56	477000	0,967
12-Resposta ao erro não punitiva	38,28	32,93	404500	0,298

Relação entre o conhecimento do SNNIEA e a percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada

Para investigar a relação entre o conhecimento do SNNIEA com a percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada, recorreremos também ao teste *U Mann – Whitney*.

Analisando a tabela 22, verificámos que os enfermeiros que conhecem o SNNIEA apresentam níveis mais elevados de percepção da cultura de segurança do doente, com exceção das seguintes dimensões: “percepções gerais sobre a segurança do doente”, “*feedback* e comunicação acerca do erro”, “ abertura na comunicação”, “frequência da notificação de eventos” e “profissionais”, onde é o grupo de enfermeiros que não conhece o SNNIEA a evidenciar níveis superiores de percepção da cultura de segurança.

Não foi encontrada significância estatística para nenhuma das dimensões, inferindo-se assim que não existe relação entre o conhecimento do SNNIEA e a percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada.

Tabela 22 – Teste de *U Mann - Whitney* entre o conhecimento do SNNIEA e a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada

Conhecimento da SNNIEA	Sim	Não	<i>Mann – Whitney U</i>	<i>p</i>
	OM	OM		
1-Trabalho em equipa	37,20	32,72	480500	0,313
2-Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	34,96	34,20	541000	0,870
3-Apoio à segurança do doente pela gestão	36,26	33,34	506000	0,547
4-Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	38,76	31,70	438500	0,135
5-Perceções gerais sobre a segurança do doente	32,04	36,12	487000	0,398
6-Feedback e comunicação acerca do erro	32,13	36,06	489500	0,407
7-Abertura na comunicação	33,54	35,13	527500	0,737
8-Frequência da notificação de eventos	33,59	34,28	529000	0,880
9-Trabalho entre unidades	34,76	34,33	546500	0,929
10-Profissionais	33,30	35,29	521000	0,677
11-Transições	36,59	33,12	497000	0,472
12-Resposta ao erro não punitiva	35,17	34,06	535500	0,817

Em relação à variável uso do SNNIEA, verificámos que ainda nenhum enfermeiro da nossa amostra utilizou o este sistema de notificação ao longo da sua prática profissional.

Relação entre a notificação de incidentes e eventos adversos e a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada

Por fim, utilizámos o teste de *U Mann – Whitney* para analisar a relação entre a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada e a taxa de notificação de incidentes e eventos adversos.

Analisando a tabela 23, verificámos que os enfermeiros que ainda não notificaram incidentes ou eventos adversos ao longo da sua prática profissional apresentam uma perceção superior sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada, com exceção das

seguintes dimensões: “expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente”, “frequência da notificação de eventos” e “resposta ao erro não punitiva”, onde se constata que são os enfermeiros que já notificaram a evidenciar níveis superiores de perceção da cultura de segurança.

Não foi encontrada significância estatística para nenhuma das dimensões, inferindo-se que não existe evidência de associação entre a notificação de incidentes e eventos adversos e a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada.

Tabela 23 – Teste de *U Mann - Whitney* entre a notificação de incidentes ou eventos adversos e a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada

Notificação de incidentes e eventos adversos	Sim	Não	<i>Mann – Whitney U</i>	<i>p</i>
	OM	OM		
Dimensões da CSD				
1-Trabalho em equipa	31,75	34,67	117000	0,752
2-Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	40,88	34,10	102500	0,488
3-Apoio à segurança do doente pela gestão	23,00	35,22	82000	0,225
4-Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	19,75	35,42	69000	0,111
5-Perceções gerais sobre a segurança do doente	25,13	35,09	90500	0,322
6-Feedback e comunicação acerca do erro	30,50	34,75	112000	0,666
7-Abertura na comunicação	24,50	35,13	88000	0,283
8-Frequência da notificação de eventos	37,38	33,79	112500	0,702
9-Trabalho entre unidades	25,38	35,07	91500	0,334
10-Profissionais	26,63	34,99	96500	0,402
11-Transições	30,50	34,75	112000	0,672
12-Resposta ao erro não punitiva	40,25	34,14	105000	0,539

5. Discussão dos Resultados

Neste capítulo pretendemos comparar os resultados obtidos com os de outros estudos realizados anteriormente e refletir sobre os mesmos.

Através da pesquisa bibliográfica efetuada, não nos foi possível encontrar outros estudos que tenham avaliado a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do doente no âmbito da pediatria. Deste modo, para efetuar a discussão dos resultados, recorreremos a estudos que avaliaram a cultura de segurança do doente percecionada pelos profissionais de saúde a nível hospitalar, incluindo as várias especialidades.

Relativamente à detenção ou não de formação em segurança do doente e gestão do risco, verificámos que 47,1% dos enfermeiros já frequentou formação sobre esta temática, enquanto 52,9% nunca fez formação neste âmbito, no entanto 94,1% dos enfermeiros frequentaria este tipo de formação, se tivesse oportunidade. No estudo de Peralta (2012), também se verificou um elevado interesse dos participantes em frequentar este tipo de formação, com 89,9% a responderem que a frequentariam se tivessem oportunidade.

Em relação ao conhecimento dos enfermeiros e notificação, verificámos que uma elevada percentagem de enfermeiros desconhece a CISD e o SNNIEA (70,6% e 60,3% respetivamente), sendo portanto fundamental atuar no sentido de divulgar a sua existência e características a todos os profissionais. Constatamos que ainda nenhum dos respondentes utilizou este sistema de notificação. É pois importante apostar na formação dos profissionais no sentido de aumentar os conhecimentos nesta temática, proporcionando mais competência neste âmbito.

Relativamente à possibilidade de notificar eventos/ocorrências adversas de forma anónima, no sentido de contribuir para a participação dos profissionais de saúde na melhoria da segurança do doente, constatamos que a maioria dos participantes concordam (60,3%), 20,6% concordam fortemente, 4,4% discordam e 14,7% não concordam nem discordam. No estudo de Peralta (2012), também se verificou que a maioria dos profissionais concorda com esta possibilidade (54,1%). Contudo, apesar de uma das características de um sistema de notificação ideal ser o seu anonimato, no sentido de não desencorajar quem reporta um evento anormal, ainda não é consensual se o sistema de notificação deve ou não garantir o anonimato, sendo certo que o mais importante é a aprendizagem e o conhecimento obtido com o erro (Fragata, 2011).

No que se refere ao grau de segurança do doente atribuído pelos enfermeiros ao serviço/unidade, verificamos que apenas um enfermeiro o considerou excelente (1,5%), a maioria dos participantes (57,4%) considerou-o muito bom e os restantes classificaram-no como aceitável (41,2%). É de salientar que no nosso estudo, nenhum dos participantes

considerou a segurança do doente fraca nem muito fraca, o que é um aspeto bastante positivo.

No estudo de Fernandes & Queirós (2011) que avaliou a cultura de segurança do doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses, verificaram-se resultados ligeiramente mais positivos, do que no nosso estudo, dado que 46% dos respondentes considerou o grau de segurança do doente no seu serviço/unidade muito bom, 44% aceitável e 10% fraco. No estudo de Eiras et al. (2011), realizado em 8 hospitais portugueses, 6% dos participantes consideraram a segurança do doente excelente, 45% muito boa, 42% aceitável, 5% fraca e 1% muito fraca.

Um outro estudo realizado por Sousa (2013) que avaliou a cultura de segurança do doente num Centro Hospitalar da Região Centro, revela que 5,8% dos participantes consideraram a segurança do doente excelente, 35,6% muito boa, 40,6% aceitável, 14,2% fraca e 3,2% muito fraca.

A nível internacional, nos Estados Unidos da América, o estudo de Sorra et al. (2012), revelou resultados mais positivos pois 30% dos participantes consideraram o grau de segurança excelente e 45% muito bom.

Foi também questionado aos participantes acerca do número de relatórios de eventos/ocorrências preenchidos e entregues nos últimos 12 meses sendo que, no nosso estudo, a esmagadora maioria dos enfermeiros (95,6%) responderam nenhum, 2,9% responderam de 1 a 2 relatórios e 1,5% de 3 a 5 relatórios.

Estes resultados evidenciam fragilidades no nosso sistema de notificação, em que a subnotificação dos erros é uma realidade e vão ao encontro dos resultados obtidos em outros estudos que têm sugerido que a notificação de eventos/ocorrências na área da saúde não alcança o seu pleno potencial devido a graves barreiras na comunicação e ao facto de por vezes os profissionais se sentirem alienados pelo processo (Sujan, 2012).

Outros estudos realizados neste âmbito são sobreponíveis, como o estudo de Fernandes & Queirós (2011), onde a maioria dos enfermeiros (80%) não relataram qualquer evento/ocorrência e o estudo de Eiras et al. (2011), onde 73% não efetuaram nenhuma notificação nos últimos 12 meses. Também o estudo de Sousa (2013) revela que a maioria dos participantes, (68,7%), não notificaram quaisquer eventos/ocorrências.

Num estudo realizado por Saturno et al. (2009) que avaliou a cultura de segurança em hospitais espanhóis verificou-se que 77,8% dos participantes não fizeram nenhuma notificação nos últimos 12 meses. No estudo de Sorra et al., (2012), realizado nos Estados Unidos da América e relativamente a este aspeto, constatou-se que 55% dos participantes referiram não ter notificado eventos/ocorrências nos últimos 12 meses. Comparativamente aos estudos realizados em Portugal, estes dados revelam percentagens inferiores, o que

denota que em Portugal ainda temos um caminho a percorrer na melhoria do sistema de notificação de eventos/ocorrências.

No âmbito da avaliação da perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada, procedemos à avaliação da percentagem de respostas positivas para cada item e dimensão, identificando assim os pontos fortes bem como as oportunidades de melhoria. Assim, a dimensão “trabalho em equipa” foi a que obteve uma percentagem de respostas positivas superior (81,6%), revelando-se um ponto forte a nível da organização hospitalar. Nesta dimensão, os itens com maior percentagem de respostas positivas foram o B1 – “neste serviço/unidade as pessoas entreadjudam-se” com 92,6% e o B3 – “quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer” com 88,2% de respostas positivas.

Estes resultados são mais positivos comparativamente aos obtidos por outros estudos, nomeadamente, o estudo realizado por Eiras et al. (2011), que obteve 73% de respostas positivas para a dimensão “trabalho em equipa”, 85% de respostas positivas para o item B1 e 80% para o item B3. O estudo realizado por Peralta (2012) revelou 72,7% de respostas positivas para esta dimensão, com 82,5% para o item B1 e 80% para o item B3. O estudo de Sousa (2013) revelou 68,1% de respostas positivas para a dimensão em análise, sendo 79,4% para o item B1 e 71,6% para o item B3. A nível internacional o estudo de Saturno et al. (2009) revelou 71,8% e o de Sorra et al. (2012) revelou 80% de respostas positivas.

Enquanto dimensão da cultura de segurança, o trabalho em equipa engloba a comunicação, a divisão de tarefas, a interajuda e uma boa supervisão (Fragata, 2009). Apraz-nos evidenciar no nosso estudo um resultado bastante positivo para esta dimensão, o que revela que o trabalho em equipa constitui um ponto forte na organização e prestação de cuidados à criança/jovem no Centro Hospitalar onde se realizou o estudo.

Relativamente à dimensão “expectativas do supervisor/ gestor e ações que promovam a segurança do doente” obtivemos uma percentagem de respostas positivas de 69,5%. Os itens mais pontuados pela positiva foram o item C2 – “o meu supervisor hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente”, (79,4%) e o item C4 “o meu supervisor hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente”, com 95,6% de respostas positivas.

No estudo realizado por Eiras et al. (2011), esta dimensão teve uma média de respostas positivas inferior (62%), o mesmo acontecendo no estudo realizado por Peralta (2012) que apresentou média positiva de 63,6% e no estudo realizado por Sousa, (2013) com 58% de respostas positivas para a dimensão em análise. Contudo, os resultados obtidos por Sorra et al. (2012), apresentaram melhores resultados, tendo obtido 75% de

respostas positivas. Destes resultados podemos concluir que os profissionais têm em consideração o importante papel que os líderes desempenham no que diz respeito à segurança do doente. Neste âmbito, Fragata (2011) refere que a liderança é a chave para se alcançar o sucesso e é um elemento chave para a segurança dos doentes.

A dimensão “aprendizagem organizacional - melhoria contínua, obteve uma média de repostas positivas de 62,3%, sendo o item B6 - “Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente” aquele que obteve um percentual mais elevado de respostas positivas (76,5%). Dado que este item atingiu uma percentagem de respostas positivas superior a 75%, considera-se um ponto forte a nível da cultura de segurança da criança hospitalizada. Estes resultados encaminham-nos para a reflexão sobre a importância atribuída à melhoria contínua como fundamental para a qualidade em saúde. Esta avaliação positiva denota a capacidade para desenvolver estratégias no sentido de se alcançar melhores resultados.

O estudo realizado por Eiras et al. (2011) obteve melhores resultados com uma percentagem de respostas positivas para esta dimensão de 68%. Também o estudo de Peralta (2012) obteve uma percentagem de respostas positivas superior para esta dimensão (71,1%). Por outro lado, no estudo de Sousa (2013), verificou-se uma percentagem inferior de respostas positivas (55%).

Saturno et al. (2009) obteve 54,4% de respostas positivas para esta dimensão. Os resultados obtidos por Sorra et al. (2012), são mais uma vez superiores ao demonstrarem 72% de respostas positivas para a referida dimensão, o que não nos surpreende dadas as exigências necessárias de aprendizagem e melhoria para se poder acompanhar o desenvolvimento dos meios técnicos e procedimentos ligados aos cuidados de saúde.

Em relação à dimensão “*feedback* comunicação acerca do erro”, obtivemos uma percentagem de respostas positivas de 62,3%. Destaca-se o item D5 – “Neste Serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer” com uma percentagem de respostas positivas de 82,4%, o que traduz uma fortaleza. Dialogar acerca dos erros ocorridos é fundamental para que em equipa seja possível o desenvolvimento de estratégias para a sua prevenção futura. Este aspeto parece estar bem patente nos enfermeiros que participaram no nosso estudo.

Peralta (2012) obteve uma percentagem de respostas positivas sobreponível para esta dimensão (62,4%). Nos estudos de Eiras et al. (2011) e de Sousa (2013), foram obtidas percentagens de respostas positivas mais inferiores (54% e 47% respetivamente). Saturno et al. (2009) obteve 43,8% de respostas positivas nesta dimensão. O estudo de Sorra et al. (2012) obteve um resultado ligeiramente superior (64% de respostas positivas).

Na dimensão “abertura na comunicação”, obtivemos 58,8% de respostas positivas, sendo o item D2 – “os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta

negativamente os cuidados para com o doente” o que obteve uma percentagem superior de respostas positivas (70,6%). Estes resultados são ligeiramente superiores aos obtidos por Eiras et al. (2011) e Peralta (2012), em que se verificam 52% e 57,9% de respostas positivas, respetivamente. São bastante superiores aos resultados obtidos por Sousa (2013) que apenas obteve 44% de respostas positivas para esta dimensão. Saturno et al. (2009) obteve 47,9% de respostas positivas. Contudo, Sorra et al. (2012) obteve uma percentagem superior de respostas positivas (62%).

Relativamente à dimensão “profissionais”, obtivemos uma percentagem de respostas positivas de 51,9%, sendo o item B7- “dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados do que seria desejável”, aquele que obteve média positiva superior (75%). As dimensões B5- “os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados” e B7 – “dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados do que seria desejável” revelaram baixa percentagem de respostas positivas (38,2% e 36,8% respetivamente), o que indica que constituem oportunidades de melhoria, sendo prioritário intervir a este nível. Contudo, nos estudos de Eiras et al. (2011), Peralta (2012) e Sousa (2013) obtiveram-se valores médios de respostas positivas mais baixos (47%, 38,78% e 35%, respetivamente). No estudo de Saturno et al. (2009) obtiveram-se apenas 27,6% de respostas positivas. Novamente no estudo de Sorra et al. (2012) são atingidos valores superiores (56%).

Os profissionais consideram que trabalham mais horas do que seria esperado e dispõem de mais profissionais temporários do que o desejável. Verificámos que em todos os estudos referidos, se observam baixas percentagens de respostas positivas nesta dimensão, o que revela uma necessidade de intervenção generalizada a nível das organizações.

Na dimensão “ resposta ao erro não punitiva”, obtivemos 25,5% de respostas positivas, o que revela um resultado preocupante. Todos os itens desta dimensão evidenciam baixas percentagens de respostas positivas, sendo o item B16 – “os profissionais preocupam-se se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal” o que representa a percentagem mais baixa de 10,3% de respostas positivas.

Peralta (2012) apenas obteve 23,1% de respostas positivas e Sousa (2013) obteve 21,2%.

Nos estudos realizados por Eiras et al. (2011), e Sorra et al. (2012), obtiveram-se valores superiores (41% e 44% de respostas positivas, respetivamente), contudo são percentagens bastante baixas que ficam aquém do desejável. Nesta dimensão é o estudo de Saturno et al. (2009) que obtém a percentagem mais elevada (52,9%).

Estes resultados suportam a teoria ao revelar que os profissionais sentem que os seus erros podem ser usados contra eles, percebem que quando um erro acontece é a

pessoa que é alvo de atenção e não o problema ocorrido e, sobretudo, têm receio que os seus erros possam ser registados no seu processo pessoal. Face a esta realidade, é urgente que ocorra uma mudança de mentalidades, que permita transitar da tradicional cultura da culpa para a cultura da notificação e de aprendizagem com os erros ocorridos.

Na dimensão “apoio à segurança do doente pela gestão”, obtivemos 30,9% de respostas positivas, sendo o item G9 – “a Direção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente, quando acontece alguma adversidade”, aquele que revela uma percentagem de respostas positivas inferior (25%).

Nos estudos de Eiras et al. (2011), Peralta (2012) e Sorra et al. (2012), obtiveram-se resultados bastante superiores nesta dimensão (48%, 51,03% e 72% respetivamente). Nos estudos de Sousa (2013), e Saturno et al. (2009) verificaram-se piores resultados com apenas 24% e 23,8% de respostas positivas respetivamente. Esta é uma área a necessitar de intervenção urgente no sentido de se obter uma melhoria de resultados.

A dimensão “trabalho entre as unidades”, obteve 38,3% de respostas positivas, constituindo pois uma oportunidade de melhoria. O item G2 – “os serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros” foi o que obteve um percentual de respostas positivas mais baixo (26,5%), o que torna urgente uma reflexão acerca dos motivos que possam estar a contribuir para este facto, no sentido de se efetuarem as mudanças necessárias para a melhoria contínua neste âmbito.

Nos estudos de Eiras et al. (2011), Peralta (2012), Sorra et al. (2012) e Saturno et al. (2009) obtiveram-se valores médios de respostas positivas mais elevados (51%, 46,98%, 58% e 42,5%, respetivamente). No estudo de Sousa (2013), foram verificados piores resultados com 35% de respostas positivas. Em todos estes estudos, o percentual de respostas positivas é baixo, o que sublinha a necessidade de intervenção.

Relativamente à dimensão “transições”, obtivemos 54,4% de respostas positivas, destacando-se o item G11 – “as mudanças de turno neste hospital são problemáticas para o doente” com uma percentagem de respostas positivas de 75%, constituindo uma fortaleza, e ao mesmo tempo revela que os profissionais têm consciência que há determinadas regras a cumprir para que as mudanças de turno não impliquem ameaças à segurança dos doentes. No estudo de Peralta (2012) e Eiras et al. (2011) e Saturno et al. (2009) obtiveram-se valores semelhantes (54,48%, 59% e 52,9%, respetivamente). Nos estudos de Sorra et al. (2012) e Sousa (2013), obtiveram-se valores mais baixos (45% e 35%, respetivamente).

Na dimensão “perceções gerais sobre a segurança do doente”, obtivemos uma média de 53% de respostas positivas. Destacam-se os itens B10 – “é apenas por sorte que os erros mais graves não ocorrem neste serviço/unidade” e B17 – “neste serviço/unidade, temos problemas com a segurança do doente” com 64,7 % e 67,6% de respostas positivas, respetivamente. Os estudos de Eiras et al. (2011) e Sorra et al. (2012) obtiveram melhores

resultados, com 59% e 66% de respostas positivas, respetivamente. Por outro lado, os estudos de Peralta (2012), Sousa (2013) e Saturno et al. (2009), revelam resultados mais fracos, com 51,4%, 44% e 48,4%, respetivamente.

A última dimensão “frequência da notificação de eventos” é a que revela piores resultados com 18,4% de respostas positivas. Todos os seus itens apresentam percentagens de respostas positivas muito baixas (entre 14,9 e 23,9%), o que denota uma necessidade urgente de intervenção. Estes resultados surgem em consonância com o número de profissionais que notificaram eventos/ocorrências nos últimos 12 meses.

Os resultados obtidos noutros estudos, embora fiquem aquém do desejável, são superiores aos nossos. Peralta (2012) obteve 28,24% e Sousa (2013) 28% de respostas positivas nesta dimensão. Os estudos de Eiras et al. (2011), Sorra et al. (2012) e Saturno et al. (2009), obtiveram melhores resultados, com 44%, 63% e 46,9% respetivamente.

Estes dados comprovam que em Portugal, a subnotificação de incidentes e eventos adversos é uma realidade. É comum comparar este problema a um *iceberg*, cuja zona visível é inferior à zona submersa (Alves, 2009). Este facto impossibilita a caracterização da verdadeira dimensão do problema reduzindo as hipóteses de prevenção da repetição futura dos erros. É urgente atuar nos fatores que impedem a notificação, sensibilizando os profissionais para a importância desse ato.

Realizando uma análise global de todas as dimensões, apuramos que as que apresentam maior percentual de respostas positivas no nosso estudo, sendo portanto considerados pontos fortes dos serviços onde o estudo foi realizado, são as dimensões “trabalho em equipa” com 81,6%, “expectativas do supervisor/ gestor e ações que promovam a segurança do doente” com 69,5%, “aprendizagem organizacional – melhoria contínua” com 62,3%, “*feedback* e comunicação a acerca do erro” também com 62,3% e “abertura na comunicação” com 58,8% de respostas positivas. Verificámos que as primeiras três destas cinco dimensões coincidem com as da investigação de Eiras et al. (2011). A quarta e quinta dimensões com maior percentual de respostas positivas diferem nestes dois estudos, uma vez que no estudo de Eiras et al. (2011) são as dimensões “transições” com 59% e “perceções gerais sobre a segurança do doente” também com 59%. No entanto, podemos verificar que as cinco dimensões com maior percentual no nosso estudo coincidem com as cinco dimensões mais pontuadas positivamente no estudo de Peralta (2012).

A nível internacional, verificamos que no estudo de Saturno et al. (2009), se obteve maior percentual de respostas positivas nas dimensões “ trabalho em equipa” com 71,8%, “expectativas do supervisor/ gestor e ações que promovam a segurança do doente” com 61,8%, “resposta ao erro não punitiva” com 52,9%, “transições” com 53,7% e “aprendizagem organizacional – melhoria contínua” com 54,4% de respostas positivas. No estudo de Sorra et al. (2012), foram as dimensões “trabalho em equipa” com 80%,

“expectativas do supervisor/ gestor e ações que promovam a segurança do doente” com 75%, “aprendizagem organizacional – melhoria contínua” com 72%, “apoio à segurança do doente pela gestão” também com 72% e “percepções gerais sobre a segurança do doente” com 66% de respostas positivas.

Concluimos que as três dimensões positivamente mais pontuadas em todos os estudos citados são as dimensões “trabalho em equipa”, “expectativas do supervisor/ gestor e ações que promovam a segurança do doente” e “aprendizagem organizacional – melhoria contínua”, sendo portanto os pontos fortes da cultura de segurança do doente das instituições onde os estudos foram realizados.

Por outro lado, as dimensões da cultura de segurança que no nosso estudo revelaram percentual de respostas positivas mais baixo, sendo portanto oportunidades de melhoria, são as dimensões: “trabalho entre unidades” com 38,3%, “apoio à segurança do doente pela gestão” com 30,9%, “resposta ao erro não punitiva” com 25,5% e “frequência da notificação de eventos” com 18,4% de respostas positivas.

Constatamos que três destas dimensões coincidem com as da investigação de Eiras et al. (2011) nomeadamente a “resposta ao erro não punitiva” que no referido estudo obteve 41%, “frequência da notificação de eventos” com 44% e “apoio à segurança do doente pela gestão” com 48% de respostas positivas. A quarta dimensão menos pontuada no estudo de Eiras et al. (2011) difere do nosso estudo tendo sido a dimensão “profissionais” com 47%. Verificámos que três das quatro dimensões menos pontuadas no nosso estudo coincidem com as do estudo de Peralta (2012), exceto a dimensão “profissionais”.

Relativamente aos resultados dos estudos internacionais anteriormente referidos, Saturno et al. (2009) obtiveram uma percentagem de respostas positivas mais baixa para as dimensões “profissionais” com 27,6%, “trabalho entre unidades” com 42,1%, “*feedback* e comunicação acerca do erro” com 43,8% e “apoio à segurança do doente pela gestão” com 24,5% de respostas positivas. No estudo de Sorra et al. (2012) obtiveram-se os percentuais mais baixos nas dimensões “trabalho entre unidades” com 58%, “profissionais” com 56%, “transições” com 45% e “resposta ao erro não punitiva” com 44% de respostas positivas.

Foi também nosso objetivo avaliar a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais e relativas ao conhecimento e notificação, na cultura de segurança. Assim, verificámos que em relação à idade dos enfermeiros os resultados apontam para níveis mais elevados de cultura de segurança no grupo de enfermeiros com idade ≥ 38 anos, excetuando-se as dimensões “aprendizagem organizacional – melhoria contínua”, “*feedback* e comunicação acerca do erro”, e “trabalho entre unidades”, onde é o grupo de enfermeiros com idade ≤ 31 anos que evidencia níveis superiores de percepção da cultura de segurança. Nas dimensões “abertura na comunicação” e “frequência da notificação de eventos”,

verificamos que é o grupo de enfermeiros entre 32 e 37 anos que evidencia percepção superior da cultura de segurança.

As diferenças encontradas apresentam significância estatística para a dimensão “aprendizagem organizacional – melhoria contínua, podemos portanto afirmar que há relação entre a idade e a percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada para esta dimensão. Estes resultados vão de encontro aos de Fernandes & Queirós (2011) que evidenciam ser os enfermeiros mais novos os mais céticos relativamente à cultura de segurança.

Em relação á variável habilitações académicas verificámos que os enfermeiros com licenciatura apresentam níveis mais elevados de percepção da cultura de segurança do doente, com exceção das dimensões “trabalho em equipa”, “aprendizagem organizacional – melhoria contínua”, “trabalho entre unidades”, “profissionais” e “resposta ao erro não punitiva”, onde é o grupo de enfermeiros com mestrado que evidenciam perceber maior cultura de segurança.

Encontramos significância estatística para a dimensão “*feedback* e comunicação acerca do erro” o que nos permite afirmar que existe relação entre as habilitações académicas e a percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança para esta dimensão.

Para a variável experiência profissional, não foi encontrada significância estatística para nenhuma das dimensões o que nos leva a afirmar que não existe relação entre esta variável e a percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada. No estudo de Peralta (2012), obteve-se significância estatística para a dimensão “apoio à segurança do doente pela gestão”, sendo os profissionais com menor experiência profissional os que evidenciam melhor cultura de segurança, o que contrasta com o estudo de Fernandes & Queirós (2011), que revela serem os menos experientes os mais céticos em relação à cultura de segurança.

Também não encontramos significância estatística para nenhuma das dimensões relativamente à experiência na prestação de cuidados à criança, não existindo relação entre esta variável e a percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada.

Curiosamente, verificámos que os enfermeiros que não possuem formação em segurança do doente e gestão do risco apresentam níveis mais elevados de percepção sobre a cultura de segurança do doente com exceção das dimensões “apoio à segurança do doente pela gestão”, “frequência da notificação de eventos” e “trabalho entre unidades”, onde foram os enfermeiros com formação na referida temática que evidenciaram níveis

superiores de perceção sobre a cultura de segurança, tendo sido encontrada significância estatística para a dimensão “perceções gerais sobre a segurança do doente”.

Constatamos também que os enfermeiros que não conhecem a CISD apresentam níveis mais elevados de perceção da cultura de segurança do doente, com exceção das seguintes dimensões “ trabalho em equipa”, “apoio à segurança do doente pela gestão”, “ aprendizagem organizacional – melhoria contínua”, “profissionais” e “resposta ao erro não punitiva”, onde é o grupo de enfermeiros que conhece e CISD a evidenciar nível superior de perceção da cultura de segurança, tendo sido encontrada significância estatística para as dimensões “perceções gerais sobre a segurança do doente”, e “*feedback* e comunicação acerca do erro”.

Por fim, apuramos que em relação às variáveis conhecimento do SNNIEA e taxa de notificação de incidentes e eventos adversos, não foi encontrada significância estatística para nenhuma das dimensões. Podemos portanto afirmar que não existe relação entre as mesmas e a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada.

6. Conclusões e Propostas

A cultura de segurança e a qualidade dos cuidados de saúde encontram-se intimamente relacionadas, sendo na atualidade alvo de investimento a nível mundial. Neste âmbito, consideramos que o estudo sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada é atual e pertinente, contribuindo para os padrões da qualidade dos cuidados prestados.

Sendo os enfermeiros o grupo profissional mais numeroso a nível das instituições hospitalares, é importante conhecer qual a sua perceção acerca da cultura de segurança para assim se proceder à identificação dos pontos fortes e das oportunidades de melhoria, no sentido de se obter progressivamente cuidados mais seguros e de melhor qualidade.

Neste estudo, os pontos fortes identificados foram as dimensões “trabalho em equipa” com 81,6%, “expectativas do supervisor/ gestor e ações que promovam a segurança do doente” com 69,5%, “aprendizagem organizacional – melhoria contínua” com 62,3% e “*feedback* e comunicação a acerca do erro” também com 62,3%. Contudo, apenas a dimensão “trabalho em equipa” se revela uma fortaleza, dado que, a AHRQ considera fortalezas as dimensões avaliadas com mais de 75% de respostas positivas. Quanto às outras três dimensões referidas, apesar da sua avaliação média não atingir os 75%, alguns dos seus itens ultrapassam este valor, sendo considerados fortalezas.

Por outro lado, identificamos também as dimensões da cultura de segurança que revelaram percentual de respostas positivas mais baixo, sendo portanto oportunidades de melhoria e que são as seguintes: “trabalho entre unidades” com 38,3%, “apoio à segurança do doente pela gestão” com 30,9%, “resposta ao erro não punitiva” com 25,5% e “frequência da notificação de eventos” com 18,4% de respostas positivas. A nível destas dimensões constata-se a necessidade de uma intervenção prioritária, no sentido de se alcançar uma melhoria da perceção sobre a cultura de segurança.

Verificamos que a dimensão “frequência da notificação de eventos” é a que apresenta piores resultados, estando em consonância com a reduzida taxa de notificação de eventos/ocorrências nos últimos 12 meses, dado que apenas 4,4% dos enfermeiros referem ter realizado alguma notificação. Estes resultados suportam a teoria, dado que a literatura refere que o número de eventos/ocorrências notificados fica muito aquém da realidade, ou seja, apenas são notificados uma reduzida parte dos que na realidade acontecem.

A influência da idade dos enfermeiros na cultura de segurança da criança hospitalizada só tem significado estatístico para a dimensão “aprendizagem organizacional – melhoria contínua”, sendo os enfermeiros com idade \geq a 38 anos os que apresentam resultados mais elevados.

Relativamente às habilitações académicas, encontramos significância estatística para a dimensão “*feedback* e comunicação acerca do erro” sendo os enfermeiros com licenciatura os que apresentam níveis mais elevados de perceção da cultura de segurança.

Relativamente à relação entre a cultura de segurança da criança hospitalizada e as variáveis experiência profissional, experiência na prestação de cuidados à criança, conhecimento do SNNIEA e taxa de notificação de incidentes e eventos adversos, não foi encontrada significância estatística.

Curiosamente, verificámos que os enfermeiros que não possuem formação em segurança do doente e gestão do risco apresentam níveis mais elevados de perceção sobre a cultura de segurança do doente, tendo sido encontrada significância estatística para a dimensão “perceções gerais sobre a segurança do doente” e também verificamos que os enfermeiros que não conhecem a CISD apresentam níveis mais elevados de perceção da cultura de segurança do doente, tendo sido encontrada significância estatística para as dimensões “perceções gerais sobre a segurança do doente” e “*feedback* e comunicação acerca do erro”.

Na generalidade, os resultados obtidos com este estudo sugerem algumas orientações no sentido de se melhorar a cultura de segurança a nível dos serviços onde o mesmo foi realizado. Destacamos a necessidade de formação na área da segurança do doente e gestão do risco e o desenvolvimento de estratégias que progressivamente permitam uma mudança de mentalidades, permitindo a passagem da cultura da culpa onde a pessoa é o centro das atenções, sendo recriminada e punida quando algo negativo acontece, para uma cultura de aprendizagem com os erros, onde o erro passa a ser o foco de atenção com a finalidade de se poder aprender com o mesmo e refletir sobre a situação sucedida para que no futuro o se evite a ocorrência desse mesmo erro.

Deste modo será possível aumentar o número de eventos/ocorrências adversas notificados e teremos uma perspetiva mais real das áreas que necessitam de intervenção e mudança.

Garantir a colaboração e uma comunicação eficaz entre os profissionais, assegurando que todos perseguem o mesmo objetivo, ou seja, a segurança do doente e a prestação de cuidados de saúde de qualidade, é também um aspeto merecedor de atenção já que neste estudo a dimensão “trabalho entre unidades” revelou uma percentagem de respostas positivas baixa, muito aquém do desejável.

A cultura apresenta uma dimensão no grupo e na organização, mas implica uma interiorização de cada um dos seus membros atuantes (Fragata, 2011). Para a obtenção de melhores resultados é fundamental que ocorra o envolvimento de todos, pois apenas com uma colaboração conjunta teremos uma cultura de segurança mais enraizada e mais fortalecida.

Quanto às limitações do nosso estudo, podemos referir o tamanho da amostra, que impede uma generalização dos resultados para a realidade da cultura de segurança do doente pediátrico a nível nacional e a ausência de outros estudos que tenham avaliado a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do doente no âmbito da pediatria.

Em termos conclusivos apresentamos como sugestões o reforço da formação na área da segurança do doente e gestão do risco, incluindo a temática da notificação de incidentes/ eventos adversos e a divulgação a todos os profissionais do SNNIEA. Igualmente importante será estabelecer normas e protocolos a seguir na transferência de doentes entre unidades, garantindo a segurança e a continuidade de cuidados e otimizar a informação que é transmitida aos profissionais acerca dos eventos adversos ocorridos e das mudanças efetuadas para a sua prevenção futura, incentivando assim o seu envolvimento no processo.

Para finalizar, consideramos importante a realização futura de um estudo qualitativo tendo como participantes os elementos da Comissão de Qualidade e Segurança do Doente, que permitisse realizar uma triangulação dos resultados sobre a perceção da cultura de segurança da criança hospitalizada.

Referências Bibliográficas

- Abreu, C. (2009). Perspetiva clínica do erro. *Revista Sinais Vitais*, 83(41), 23-25.
- Agency for Healthcare Research and Quality.[AHRQ]. (2014). Hospital Survey on Patient Safety Culture, Rockville, MD.Acedido em <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>
- Alves, C. (2009). *Erro de terapêutica em pediatria: percepção dos enfermeiros* (Dissertação de mestrado). Universidade do Porto, Porto, Portugal. Acedido em <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/16196/2/Dissertao%20de%20mestrado.pdf>
- Ballardin, L., Franz, L., Saurin, T., Maschio, A. (2008). Análise das interfaces entre modelos causais de acidentes: um estudo de caso em atividades de manutenção de um complexo hospitalar. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 12 (27), 835-52. Acedido em <http://www.scielo.org/pdf/icse/v12n27/a13v1227.pdf>
- Belela, A. Pedreira, M., Peterline, M. (2011). Erros de medicação em pediatria. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64 (3), 563-9. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a22.pdf>
- Carneiro, A. (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 (1), 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>
- Conselho da Europa. (2005). Committee of experts on management of safety and quality in health care (SP-SQS) - Expert Group on safe medication practices - Glossary of terms related to patient and medication safety . Acedido em: <http://www.bvs.org.ar/pdf/seguridadpaciente.pdf>
- Conselho da União Europeia. (2009). Atos Legislativos e outros instrumentos. Acedido em http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/patient_rec2009_pt.pdf
- Costa, I.(2013). *Adaptação e Validação para Português do Questionário Nursing Home Survey on Patient Safety Culture (NHSPSC)* (Dissertação de mestrado). Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Acedido em

[https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/23250/2/Tese%20Final Isabel%20Costa.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/23250/2/Tese%20Final%20Isabel%20Costa.pdf)

Deilkas, E. Hofoss, D. (2010). Patient safety culture lives in departments and wards: Multilevel partitioning of variance inpatient safety culture. *BMC Health Services Research*, 10(85), 89. Acedido em <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-10-85.pdf>

Despacho nº 14223/2009. Estratégia nacional para a qualidade na saúde [Portugal]. *Diário da República*, 2 (120). Acedido em <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/17393/Desp142232009QualidSaude1.pdf>

Eiras, M., Diniz, A., Escoval, A., Costa, C., Gaspar, M., Bruno, P., Fernandes, A. (2011). *Avaliação da Cultura de Segurança do doente numa amostra de hospitais portugueses - Resultados do estudo piloto*. Acedido em <http://www.dgs.pt/?cr=23056>

Faria, P. (2010). Perspetivas do Direito 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 da doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*; 3ª série: 4. Acedido em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000200004

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures: Lusociência.

Fragata, J., Martins, L. (2004). *O erro em Medicina*. Coimbra: Almedina.

Fragata, J. (2006b). *Risco Clínico Complexidade e Performance*. Coimbra: Almedina.

Fragata, J. Martins, L. (2008). *O Erro em Medicina: Perspetivas do Individuo, da Organização e da Sociedade* (3ªed.). Coimbra: Almedina.

Fragata, J. (2009). *Gestão de Risco*. In: *Governança dos Hospitais* (1ªed.). Alfragide: Casa Das Letras.

- Fragata, J. (2010). A segurança dos doentes - Indicador de Qualidade em Saúde. Dossier: erro médico. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26 (6), 564-70.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes - Uma Abordagem Prática*. Lisboa: Lidel.
- Garbutt, J., Brownstein, D., Klein, E., Waterman, A., Krauss, M., Marcuse, E., Hazel, E., Dunagan, C., Fraser, V., Gallaghe, T. (2007). Reporting and Disclosing Medical Errors: Pediatricians' Attitudes and Behaviors. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 161(2), 179-185. Acedido em http://www.experts.scival.com/uwashington/pubDetail.asp?n=Edgar+K.+Marcuse&u_id=1832&oe_id=1&o_id=6&id=33846916490
- Gomes, M. (2012). *Cultura de Segurança do Doente no Bloco Operatório* (Tese de mestrado não publicada), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal. Acedido em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCIQFjAA&url=http%3A%2F%2Frepositorio.esenfc.pt%2Fprivate%2Findex.php%3Fprocess%3Ddownload%26id%3D24068%26code%3D984&ei=-Rk4VKnXDIyV7AbT-YCgAw&usq=AFQjCNGwqHWzQ2iCZZvAtYm_ZmxZ3XYFWg&bvm=bv.77161500,d.d2s
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.(2008). Sentinel event alert. Preventing pediatric medication errors. Acedido em http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_39.PDF
- Joint Commission International. (2010). *Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde.
- Lima, Sara. (2011). *Sistema de Notificação de Eventos Adversos: contributos para a melhoria da segurança do doente* (Tese de mestrado não publicada), Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal. Acedido em: <http://run.unl.pt/bitstream/10362/9417/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Mestrado%20-%20Sara%20Lima.pdf>
- Lima, L., Leventhal, L., Fernandes, M. (2008). Identificando os riscos do paciente hospitalizado. *Einstein*, 6 (4), 434-8. Acedido em <http://apps.einstein.br/REVISTA/arquivos/PDF/992-Einsteinv6n4port434-438.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Cartas de Tallin - Países Europeus querem reformar sistemas de saúde. *Revista da ordem dos Enfermeiros*, (30), 57-60. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_30_Outubro_2008.pdf
- Otero, P., Leyton, A., Mariani, G., Cernadas, J. (2008). Medication Error in Pediatric Inpatients: Prevalence and Results of a Prevention Program. *Pediatrics*, 122 (3), 743. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18762510>
- Peralta, T. (2012). *Segurança do doente - Perspetiva dos profissionais de um hospital da região centro* (Tese de mestrado não publicada), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal. Acedido em <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCkQFjAB&url=http%3A%2F%2Frepositorio.esenfc.pt%2Fprivate%2Findex.php%3Fprocess%3Ddownload%26id%3D24072%26code%3D327&ei=uf86VNzkBcHaarPKgugE&usq=AFQjCNGdd1N4pFOePieeggPOZr9R5asXvw&bvm=bv.77161500,d.d2s>
- Pimenta, L. (2013). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente e propostas de melhoria* (Tese de mestrado não publicada), Universidade do Algarve, Algarve, Portugal. 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>.
- Pedroto, I. (2006). Risco clínico e segurança do doente. *Revista Nascer e Crescer*, 15 (3), 168-173. Acedido em http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1185/1/RiscoClinico_15-3_Web.pdf
- Pinto, C., Rodrigues, J., Melo, L. (2006). *Fundamentos de Gestão*. Lisboa: Editorial Presença.
- Portugal, Ministério da Saúde, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. (2009). *Nos 30 anos do SNS. Governação dos hospitais. Conclusões de um grupo de trabalho da ARSLVT*. Lisboa. Acedido em http://www1.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Eventos/Gov%20C%C3%ADnica%20dos_hospitais_-Conclus%C3%B5es_finais_20_07_09_.pdf
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2011a). *Avaliação da Cultura de Segurança do doente numa amostra de hospitais portugueses - Resultados do estudo piloto*. Acedido em <http://www.dgs.pt/?cr=23056>

- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2011b). *Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente - Relatório Técnico Final*. Lisboa. Tradução da Divisão de Segurança do Doente. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?codigoms=5521&back=1&codigono=001100150133AAAAAAAAAAAA>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2012). *Sistema nacional de notificação de incidentes e de eventos adversos - guia para profissionais notificadores*. Acedido em <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/sistema-nacional-de-notificacao-de-incidentes-notifica.aspx?v=b5ef3dfe-6f5f-4ce3-8e86-fabad33830bf>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2013a). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais*. Norma da direcção geral da saúde nº 025/2013. 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. (2013b). Avaliação da Cultura de segurança. Acedido em: <http://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?codigoms=5521&back=1&codigono=001100150177AAAAAAAAAAAA>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2013c). Apresentação do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos. Acedido em <https://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?codigoms=5521&back=1&codigono=0011001500420135AAAAAAAA>
- Raimundo, H. (2012). *Relato de Erros de Medicação: Perceções dos Enfermeiros* (Dissertação de mestrado), Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu, Portugal. Acedido em <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1634/1/RAIMUNDO%20Hugo%20Alexandre%20Silva%20-%20Relato%20de%20erros%20de%20medica%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- RAND Corporation. (2008). Improving Patient Safety in the EU. Acedido em http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2008/RAND_TR596.pdf
- Reason, J. (2000). Education and Detate – Human error: moldels and management. *BMJ*, 320 (7237), 768-70. Acedido em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/#_ftn_sectitle

- Ribas, M. (2010). Eventos Adversos em Cuidados de Saúde Primários: promover uma cultura de segurança. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 26 (6), 585-9. Acedido em http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF6/004450_RevPortCliGeral.pdf
- Sammer, C., Lykens, K., Singh, K., Mains, D., Lackan, N. (2010). What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42 (2), 156-165.
- Saturno, P., García, E., Gama, Zenewton., Sousa, S., Oliveira, A., Miranda, Y., Ferreira, M. (2009). *Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Acedido em: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf
- Serranheira, F., Uva, A., Sousa, P., Leite, E. (2009). Segurança do doente e Saúde e Segurança dos profissionais de Saúde: duas faces da mesma moeda. *Revista Saúde e Trabalho*, 7,5-29. Acedido em https://www.ensp.unl.pt/ensp/corpo-docente/websites_docentes/florentino_serranheira/seg_doente_01_st07.pdf
- Silva, F. (2009). Mudança da cultura na prática médica para evitar o erro (Tese de mestrado) Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa - Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, Portugal. Acedido em <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/2564>
- Sorra, J. (2012). Hospital Survey on Patient Safety Culture: User Comparative Database Report. Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville: AHRQ Publication nº 12-0017. Acedido em <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2012/hospSurv121.pdf>
- Sousa, A. (2013). *Avaliação da cultura de segurança do doente num centro hospitalar da região centro* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Acedido em <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/24879>
- Sousa, P. (2006a). Patient Safety – A Necessidade de uma Estratégia Nacional. *Ata Medica Portuguesa*, 19, 309-318. Acedido em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/964/637>
- Sousa, P. (2006b). Sistemas de saúde e a segurança dos doentes. *Revista Nascer e Crescer*, 15 (3). Acedido em

http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1184/1/SistemasSaudeSeguranca_15-3_Web.pdf

- Sousa, P., Uva, A., Serranheira, A. (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>
- Sujan, M. (2012). A novel tool for organisational learning and its impact on safety culture in a hospital dispensary. *Reliability Engineering & System Safety* (101), 21-34. Acedido em <http://wrap.warwick.ac.uk/55560/>
- Vincent, C., Neale, G., Woloshynowych, M. (2001). Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *The BMJ*, 322, 517-9. Acedido em <http://www.bmj.com/content/322/7285/517>
- Walsh, K., Kaushal, R., Chessare, J. (2005). How to avoid pediatrics medication errors: a user's guide to the literature. *Arch Dis Child*, 90(7), 698-702. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1720492/>
- Wilson, D., McCartney, R., Newcombe, R., Gracie, J., Kirk, C., Stuart, A. (1998). Medication errors in a pediatric practice: insights from a continuous quality improvement approach. *European Journal of Pediatrics*, 157(9), 769-774. Acedido em <http://link.springer.com/article/10.1007/s004310050932>
- WHO. (2004). World Alliance for Patient Safety: forward programme. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Acedido em: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf
- WHO. (2009). Global Priorities for Patient Safety Research – Better Knowledge for Safer Care. Acedido em http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598620_eng.pdf

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 Catarina Garcia, sou enfermeira e encontro-me a realizar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Saúde de Viseu, cujo tema de dissertação é **Cultura de Segurança da Criança Hospitalizada num Centro Hospitalar da Zona Centro – percepção dos enfermeiros**, 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.

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 – **Habilitações Académicas:**

- Licenciatura
- Pós- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outro _____

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 ou mais anos

8 – **A sua unidade assistencial neste hospital é:**

- Neonatologia
- Pediatria I/II
- Urgência Pediátrica
- Puerpério
- Bloco de Partos

9 – **Experiência profissional na prestação de cuidados à criança**

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

11 – **Alguma vez frequentou formação relativa à segurança do doente e gestão do risco?**

- Sim Não

12 – **Se tivesse oportunidade, frequentaria formação sobre segurança e gestão do 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 entreatjudam-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-Discordo fortemente 2-Discordo 3-Não concordo nem discordo 4-Concordo 5-Concordo fortemente

	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 notificados

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

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

SEGUNDA PARTE – CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO E NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES/EVENTOS ADVERSOS

1 – Conhece a Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente?

Sim Não

2 – Conhece o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos?

Sim Não

3 – Já utilizou o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos?

Sim Não

4 – Já notificou algum incidente ou evento adverso ao longo da sua prática profissional?

Sim Não

5 – Considera que a notificação de eventos/ocorrências adversas 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

6 – 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 à autora do instrumento

Pesquise email 🔍

Pastas 🔄

Caixa de Entrada 139

Arquivo Morto

Lixo 21

Rascunhos 14

Enviados

Excluídos 18[Nova pasta](#)

Visualizações r...

Documentos 34**Fotos** 17

Sinalizadas

[Nova categoria](#)> ----- Mensagem encaminhada de ernestinabatoca@sapo.pt-----

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

> De: ernestinabatoca@sapo.pt

> Assunto: Pedido de autorização para utilizar o Questionário sobre

> Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais,

> Para: margarida.eiras@estesl.ipl.pt

>

> Cara Prof. Doutora Margarida Eiras:

> Tenho um grupo de quatro estudantes/enfermeiras a realizar o Curso de

> Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola

> Superior de Saúde de Viseu, que pretendem realizar a sua

> investigação final de mestrado com o tema "Cultura de Segurança

> do Doente Pediátrico – percepção dos profissionais de saúde".

> Venho por este meio solicitar a V. Ex.ª Profª 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

Anexo III

Resposta da autora ao pedido de utilização do instrumento

Pesquise email

Pastas

Caixa de Entrada 139

Arquivo Morto

Lixo 21

Rascunhos 14

Enviados

Excluídos 18

Nova pasta

Visualizações r...

Documentos 34**Fotos** 17

Sinalizadas

Nova categoria

----- Mensagem encaminhada de Margarida Eiras

<margarida.eiras@estesl.ipl.pt> -----

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

Anexo IV

Pedido de parecer à Comissão de Ética

Exmo. Senhor Presidente da Escola Superior de Saúde de Viseu
Professor Doutor Carlos Pereira

**ASSUNTO: Pedido de parecer da comissão de ética sobre a realização do estudo
“Cultura de Segurança da criança hospitalizada – percepção dos enfermeiros”**

Catarina Raquel Ferreira Garcia sob a orientação da Profª Doutora Ernestina Maria V. Batoca Silva, pretende realizar um estudo no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da ESSV. Assim:

Considerando as competências da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) previstas no artigo 5.º “Competências” do Regulamento da Comissão de Ética da ESSV do Instituto Politécnico de Viseu, aprovado e homologado pelo Presidente da ESSV em 29/11/2010;

Considerando que os pedidos de autorização para a realização de estudos de investigação da ESSV deverão ser submetidos a apreciação das Comissões de Ética;

Vimos solicitar a V. Ex.ª o parecer da Comissão de Ética da ESSV sobre realização do estudo “Cultura de Segurança da criança hospitalizada – percepção dos enfermeiros” (cf. o Projecto de Investigação - anexo 1).

Com os melhores cumprimentos,

Pede Deferimento

ESSV, 14 de Fevereiro de 2014

Catarina Raquel F. Garcia

Anexo V

Parecer da Comissão de Ética



ASSUNTO: PARECER SOBRE O ESTUDO "CULTURA DE SEGURANÇA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA – PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS"

Tendo a estudante Catarina Raquel Ferreira Garcia sob a orientação da Prof^ª 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 enfermeiros pertencentes aos serviços de **Pediatria, Neonatologia, Urgências Pediátricas, Bloco de Partos e Puerpério do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE - Aveiro**, 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 da criança hospitalizada percebida pelos enfermeiros, revertendo-se em benefícios por contribuir para identificar quais os pontos fortes e pontos fracos relativos à cultura de segurança da criança hospitalizada 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 enfermeiros 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 Aredio
P' A presidente da CE da ESSV

Informar

18-2-2014

Anexo VI

Pedido de autorização para colheita de dados ao centro hospitalar



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

cf. C. A. J. J. J.
22.07.2014

Presidente CA C.A.B.V.
José Afonso

26.07.2014
07.03.2014
N/A 210/CA

Exmo. Sr.
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE
Av. Artur Ravara
3814-501 AVEIRO

5.07.2014
[Signature]

VOSSA REFERÊNCIA:

VOSSA DATA:

NOSSA REFERÊNCIA

ESSV 0227 20-FEB-14

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

Na resposta indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar só de um assunto

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) e a estudante Catarina Raquel Ferreira Garcia, do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria estão a realizar um estudo subordinado ao tema "Cultura de Segurança da Criança Hospitalizada – Perceção dos Enfermeiros".

Pretende-se com este estudo caracterizar a Cultura de Segurança da criança hospitalizada, percecionada pelos enfermeiros dos serviços de pediatria, neonatologia, urgência pediátrica, bloco de partos e puerpério; identificar quais os fatores e indicadores que se revelam fortes relativamente à Cultura de Segurança da criança hospitalizada, de acordo com a perceção dos enfermeiros; identificar quais os fatores e indicadores que se revelam problemáticos relativamente à Cultura de Segurança da criança hospitalizada, de acordo com a perceção dos enfermeiros; determinar a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais na perceção dos enfermeiros acerca da Cultura de Segurança da criança hospitalizada; e verificar a frequência de notificação de eventos/ocorrências na prática.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª se digne autorizar a recolha de dados/informação junto dos enfermeiros a exercer funções nos Serviços de Pediatria, Neonatologia, Urgência Pediátrica, Bloco de Partos e Puerpério de Centro Hospitalar do Baixo Vouga 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.

[Signature]
O Presidente da ESSV
[Signature]
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 VII

Autorização do centro hospitalar para colheita de dados

CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA, E.P.E. / AVEIRO

Avenida Artur Ravara – 3814-501 AVEIRO
Tel. 234 378 300 – Fax 234 378 395
sec-geral@hdaveiro.min-saude.pt
Matricula na Conservatória do Registo Comercial
de Aveiro
Capital Social 40.284.651 €
Pessoa Colectiva nº 510 123 210

Ex.mo Senhor
Presidente Escola Sup. Saúde Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes Almeida
N.º 102
3500-843 VISEU

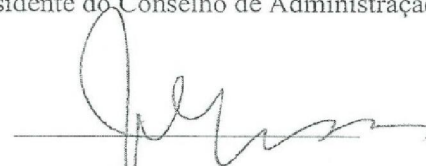
S/ Ref.º	S/ Comunicação de	N/ Ref.º	Aveiro,
Of.0227	20-02-2014	051214	07-03-2014

ASSUNTO: Pedido de autorização para efectuar colheita de dados.

Em resposta ao V/pedido para efectuar colheita de dados/informação no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria, da aluna Catarina Raquel Ferreira Garcia, subordinado ao tema “Cultura de Segurança da Criança Hospitalizada – Percepção dos Enfermeiros”, vimos informar que está autorizada.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração



(José Afonso)

GM.

Na resposta indicar o número e as referências deste documento. Em cada officio tratar só de um assunto.