

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

La-Saete Maria Carneiro de Barros Guimarães

Cultura de Segurança do Doente Pediátrico num
Centro Hospitalar da Zona Norte

Tese de Mestrado

Mestrado de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria

Trabalho efectuado sob a orientação de
Professora Doutora Ernestina Silva



Março de 2015

Agradecimentos

A todos aqueles que tornaram este percurso menos solitário, expresso o meu agradecimento:

À Professora orientadora, Ernestina Silva, pela sua disponibilidade, colaboração e incentivo na elaboração deste trabalho.

À minha grande amiga e colega, Germana, sem ela não teria percorrido este caminho.

Aos profissionais de saúde que acederam participar neste estudo e o tornaram possível, muito obrigada.

À minha família e amigos, pelo apoio e carinho dedicado.

Ao meu marido, pelo incentivo e compreensão constantes, pela amizade e cumplicidade.

À Rita e Sofia, minhas filhas, pelas minhas ausências, e pelo tempo que não lhes dediquei.

Resumo

Enquadramento: O doente pediátrico, pelas características inerentes ao seu desenvolvimento e crescimento está mais suscetível a sofrer eventos adversos. Torna-se importante que todos os profissionais orientem a sua prática de cuidados no sentido de construir e assegurar uma cultura de segurança do doente, de modo a alcançarem melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados à criança.

Objetivo: Identificar fatores que influenciam a perceção da cultura de segurança do doente pediátrico num centro hospitalar da região Norte.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo-correlacional e transversal, realizado a partir da aplicação da escala *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (Agency for Healthcare Research and Quality, 2014), a uma amostra de 80 profissionais de saúde. São maioritariamente do sexo feminino (88,8%), com idades entre os 25 e os 61 anos, tendo a maioria entre 13 a 20 anos de experiência na prestação de cuidados à criança (30,0%).

Resultados: Do total da amostra, 81,3% não fez qualquer notificação de eventos/ocorrências nos últimos 12 meses. Apenas a dimensão “Trabalho em equipa” se revelou ser um ponto forte, as dimensões “Dotação de profissionais”, “Apoio à segurança do doente pela gestão”, “Resposta ao erro não punitiva” e “Frequência de notificação de eventos”, são aspetos “críticos/problemáticos”. A perceção da cultura de segurança do doente pediátrico difere significativamente quanto às categorias dos fatores: sexo, grupo etário, serviço onde trabalha, formação em segurança e gestão de risco e conhecimento do sistema nacional de notificação de incidentes.

Conclusão: A cultura de segurança do doente pediátrico, percecionada pelos participantes no estudo, caracteriza-se como uma cultura de receio de resposta punitiva ao erro e de não notificação de eventos adversos. Consideramos que é importante refletir em conjunto nos aspetos identificados como mais críticos, para implementar medidas de melhoria e desenvolver uma cultura de segurança.

Palavras-chave: segurança do doente; pediatria; erros médicos; notificação.

Abstract

Background: The pediatric patient, due to the characteristics inherent to his/her development and growth is more likely to suffer adverse events. It is important that all professionals guide their practice of care in order to build and ensure a patient safety culture, so that they can achieve better levels of safety and quality in childcare.

Objective: To identify factors that influence the perception of the pediatric patient safety culture in a hospital of the North.

Methodology: Quantitative, descriptive-correlational and cross-sectional study conducted from the application range *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (Agency for Healthcare Research and Quality, 2014), to a sample of 80 health professionals. They are mostly female (88.8%), aged between 25 and 61 years, and most of them have between 13 and 20 years of experience in providing child care (30.0 %).

Results: Of the total sample, 81.3% hasn't made any event/occurrences reports in the last 12 months. Only the dimension "Team Work" turned out to be a strength, the dimensions "Professional Allocation", "Support for Patient Safety by Management", "Response Not Punitive to Error" and "Frequency of Event Report", are "critical/problematic" aspects. The perception of the pediatric patient safety culture differs significantly in the categories of factors: gender, age group, service where he/she works, safety training and risk management and knowledge of the national system of incident reporting.

Conclusion: The safety culture of the pediatric patient, perceived by the participants in the study, is characterised as a culture of fear of a punishing answer to error and the no report of adverse events. We believe it is important to consider together about the aspects identified as the most critical to implement improvement measures and develop a culture of safety.

Keywords: patient safety; pediatrics; medical errors; report.

Sumário

Agradecimentos	
Resumo	
Abstract	
Índice de Tabelas	
Índice de Figuras	
Lista de Abreviaturas e Siglas	
Introdução	19
1ª PARTE – Enquadramento Teórico	27
1 - Cultura de Segurança do Doente Pediátrico	29
1.1 - O Doente Pediátrico	29
1.2 - O Papel da Família/Acompanhante na Segurança da Criança Hospitalizada	31
1.3 - O Erro Terapêutico em Pediatria	34
1.4 - A Segurança do Doente e Qualidade em Saúde.....	38
1.5 - Cultura de Segurança do Doente	44
1.6 - Sistemas de Notificação de Incidentes	55
2ª PARTE – Estudo Empírico	59
1 - Metodologia	61
1.1 - Métodos.....	61
1.2 - Operacionalização das Variáveis	64
1.3 - Participantes	66
1.3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra	66
1.4 - Instrumento de Recolha de Dados	67
1.5 - Procedimento de Recolha de Dados.....	72
1.6 - Análise dos Dados	74
2 - Apresentação dos Resultados	79
2.1 - Estatística Descritiva.....	79
2.1.1 - Caracterização da experiência profissional	79
2.1.2 - Cultura de segurança do doente pediátrico	82
2.1.2.1 - Dimensões da cultura de segurança do doente pediátrico	82
2.1.2.2 - Grau de segurança do doente.....	96
2.1.2.3 - Números de eventos/ocorrências notificados	97
2.1.3 - Conhecimento, experiência e opinião dos profissionais de saúde acerca da segurança do doente	98

2.2 - Análise Inferencial.....	100
3 - Discussão dos Resultados	133
Conclusão	151
Referências Bibliográficas	159
ANEXOS	169
Anexo I - Instrumento de recolha de dados	171
Anexo II - Pedido de autorização para a utilização do questionário (HSPSC) à investigadora que o validou para a população portuguesa	179
Anexo III - Pedido de parecer para a realização do estudo à Comissão de Ética	185
Anexo IV - Pedido de autorização para a recolha de dados.....	189

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Operacionalização e categorização das variáveis independentes	65
Tabela 2 - Operacionalização e categorização da variável dependente.....	65
Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica da amostra	67
Tabela 4 - Estatística descritiva da idade em função do sexo.....	67
Tabela 5 - Dimensões da cultura de segurança	69
Tabela 6 - Coeficiente de variação.....	75
Tabela 7 - Recodificação da escala e interpretação dos resultados	76
Tabela 8 - Níveis de significância.....	77
Tabela 9 - Caracterização da experiência profissional	81
Tabela 10 - Médias das dimensões da cultura de segurança do doente pediátrico	84
Tabela 11 - Distribuição da amostra quanto à dimensão da cultura de segurança a nível da unidade - Dimensão trabalho em equipa (itens B1, B3, B4 e B11).....	85
Tabela 12 - Distribuição da amostra quanto à dimensão da cultura de segurança a nível da unidade - Dimensão expectativas do superior/gestor e ações de promoção de segurança (itens C1, C2, C3r, C4r)	86
Tabela 13 - Distribuição da amostra quanto à dimensão da cultura de segurança a nível da unidade - Dimensão aprendizagem organizacional (itens B6, B9, B13).....	87
Tabela 14 - Distribuição da amostra quanto à dimensão da cultura de segurança a nível da unidade - Dimensão <i>feedback</i> e comunicação acerca do erro (itens D1, D3, D5)	88
Tabela 15 - Distribuição da amostra quanto à dimensão da cultura de segurança a nível da unidade - Dimensão abertura na comunicação (itens D2, D4, D6r).....	89
Tabela 16 - Distribuição da amostra quanto à dimensão da cultura de segurança a nível da unidade - Dimensão dotação de profissionais (itens B2, B5r, B7r, B14r).....	90
Tabela 17 - Distribuição da amostra quanto à dimensão da cultura de segurança a nível da unidade - Dimensão resposta ao erro não punitiva (itens B8r, B12r, B16r)	91
Tabela 18 - Distribuição da amostra quanto à dimensão da cultura de segurança a nível do hospital - Dimensão apoio à segurança do doente (itens G1, G8, G9r).....	91
Tabela 19 - Distribuição da amostra quanto à dimensão da cultura de segurança a nível do hospital - Dimensão Trabalho em equipa nas unidades hospitalares (G2r, G4, G6r, G10).....	92
Tabela 20 - Distribuição da amostra quanto à dimensão da cultura de segurança a nível do hospital - Dimensão transferências e transições hospitalares (G3r, G5r, G7r, G11r)....	93
Tabela 21 - Distribuição da amostra quanto à dimensão “Percepções gerais sobre a segurança do doente”.....	94
Tabela 22 - Distribuição da amostra quanto à dimensão “Frequência da notificação de eventos” ..	95

Tabela 23 - Conhecimento, experiência e opinião dos profissionais de saúde acerca da segurança do doente	100
Tabela 24 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Trabalho em equipa” com as variáveis sociodemográficas	101
Tabela 25 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente” com as variáveis sociodemográficas ...	102
Tabela 26 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Aprendizagem organizacional/melhoria contínua” com as variáveis sociodemográficas	102
Tabela 27 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “ <i>Feedback</i> e comunicação acerca do erro” com as variáveis sociodemográficas	103
Tabela 28 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Abertura na comunicação” com as variáveis sociodemográficas	103
Tabela 29 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Dotação de profissionais” com as variáveis sociodemográficas	104
Tabela 30 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Resposta ao erro não punitiva” com as variáveis sociodemográficas	104
Tabela 31 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Apoio à segurança pela gestão” com as variáveis sociodemográficas	105
Tabela 32 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Trabalho em equipa entre unidades” com as variáveis sociodemográficas	105
Tabela 33 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Transferências e transições” com as variáveis sociodemográficas	106
Tabela 34 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Perceções gerais sobre a segurança do doente” com as variáveis sociodemográficas	106
Tabela 35 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Frequência da notificação de eventos” com as variáveis sociodemográficas	107
Tabela 36 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Trabalho em equipa” com as características profissionais dos participantes no estudo	108
Tabela 37 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Expectativas do supervisor/gestor” com as características profissionais dos participantes no estudo	109
Tabela 38 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Aprendizagem organizacional/melhoria contínua” com as características profissionais dos participantes no estudo ..	110
Tabela 39 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “ <i>Feedback</i> e comunicação acerca do erro” com as características profissionais dos participantes no estudo	111
Tabela 40 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Abertura na comunicação” com as características profissionais dos participantes no estudo	112

Tabela 41 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Dotação de profissionais” com as características profissionais dos participantes no estudo	113
Tabela 42 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Resposta ao erro não punitiva” com as características profissionais dos participantes no estudo.....	114
Tabela 43 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Apoio à segurança pela gestão” com as características profissionais dos participantes no estudo	115
Tabela 44 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Trabalho em equipa entre as unidades” com as características profissionais dos participantes no estudo	116
Tabela 45 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Transferências e transições” com as características profissionais dos participantes no estudo	117
Tabela 46 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Perceções gerais sobre a segurança do doente” com as características profissionais dos participantes no estudo.....	118
Tabela 47 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Frequência de notificação de eventos” com as características profissionais dos participantes no estudo	119
Tabela 48 - Resultados dos testes estatísticos entre a dimensão ”Trabalho em equipa” e as variáveis relacionadas com o conhecimento da estrutura conceptual da CISD e utilização do SNNIEA.....	120
Tabela 49 - Resultados dos testes estatísticos entre a dimensão ”Expectativas do supervisor/gestor” e as variáveis relacionadas com o conhecimento da estrutura conceptual da CISD e utilização do SNNIEA	121
Tabela 50 - Resultados dos testes estatísticos entre a dimensão “Aprendizagem organizacional-melhoria contínua” e as variáveis relacionadas com o conhecimento da estrutura conceptual da CISD e utilização do SNNIEA	122
Tabela 51 - Resultados dos testes estatísticos entre a dimensão ” <i>Feedback</i> e comunicação acerca do erro” e as variáveis relacionadas com o conhecimento da estrutura conceptual da CISD e utilização do SNNIEA	123
Tabela 52 - Resultados dos testes estatísticos entre a dimensão ”Abertura na comunicação” e as variáveis relacionadas com o conhecimento da estrutura conceptual da CISD e utilização do SNNIEA.....	124
Tabela 53 - Resultados dos testes estatísticos entre a dimensão ”Dotação de profissionais” e as variáveis relacionadas com o conhecimento da estrutura conceptual da CISD e utilização do SNNIEA.....	125
Tabela 54 - Resultados dos testes estatísticos entre a dimensão ”Resposta ao erro não punitiva” e as variáveis relacionadas com o conhecimento da estrutura conceptual da CISD e utilização do SNNIEA.....	126

Tabela 55 - Resultados dos testes estatísticos entre a dimensão "Apoio à segurança pela gestão" e as variáveis relacionadas com o conhecimento da estrutura conceptual da CISD e utilização do SNNIEA.....	127
Tabela 56 - Resultados dos testes estatísticos entre a dimensão "Trabalho em equipa entre as unidades" e as variáveis relacionadas com o conhecimento da estrutura conceptual da CISD e utilização do SNNIEA.....	128
Tabela 57 - Resultados dos testes estatísticos entre a dimensão "Transferências e transições" e as variáveis relacionadas com o conhecimento da estrutura conceptual da CISD e utilização do SNNIEA.....	129
Tabela 58 - Resultados dos testes estatísticos entre a dimensão "Perceções gerais sobre a segurança do doente" e as variáveis relacionadas com o conhecimento da estrutura conceptual da CISD e utilização do SNNIEA	130
Tabela 59 - Resultados dos testes estatísticos entre a dimensão "Frequência de notificação de eventos" e as variáveis relacionadas com o conhecimento da estrutura conceptual da CISD e utilização do SNNIEA.....	131

Lista de Figuras

Figura 1. Modelo conceptual	63
Figura 2. Percentual de respostas positivas combinadas nas dimensões	95
Figura 3. Grau de segurança do doente pediátrico	97
Figura 3. Número de eventos/ocorrências notificados	98

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACSNI	- Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations
AHRQ	- Agency for Health Research and Quality
AIEA	- Agencia Internacional de Energia Atómica
APDH	- Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar
CISD	- Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente
CSDP	- Cultura de Segurança do Doente Pediátrico
cit.	- citado
DGS	- Direção-Geral de Saúde
EUA	- Estados Unidos da América
HSPSC	- Hospital Survey on Patient Safety Culture
IAC	- Instituto de Apoio à Criança
INE	- Instituto Nacional de Estatística
IOM	- Institute of Medicine
NPSA	- National Patient Safety Agency
OE	- Ordem dos Enfermeiros
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
p.	- página
s.d.	- sem data
SNNIEA	- Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos
SNS	- Serviço Nacional de Saúde
SRI	- Sistemas de Relatos de Incidentes
WHO	- World Health Organization

INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, a prestação de cuidados de saúde está sujeita a problemas que colocam a segurança do doente em risco. Por sua vez, a crescente conscientização sobre a frequência e importância dos erros nos cuidados de saúde apela para uma melhor compreensão e reconhecimento da realidade para se agir de forma a corrigir os erros que afetam os cuidados seguros através de soluções viáveis (Kohn, Corrigan & Donaldson, 1999; World Health Organization [WHO], 2007).

Atualmente, esta preocupação pela segurança do doente está presente nas agendas de organizações governamentais e líderes políticos e em organizações não-governamentais, ao tentarem reformar os cuidados de saúde tornando-os mais seguros e com mais qualidade. Por outro lado, também, hoje, os doentes e as suas famílias estão cada vez mais informados e conscientes de que têm direito a cuidados eficazes e seguros. Os próprios profissionais de saúde estão a tornar-se mais aptos na aquisição de conhecimentos científicos que sustentam as suas práticas, contribuindo assim para a qualidade das mesmas (WHO, 2007). Esta motivação intrínseca dos prestadores de cuidados de saúde, moldada pela ética profissional, por normas e expectativas, é uma força maior para melhorar a segurança dos doentes (Kohn et al., 1999).

Para a melhoria da segurança do doente é necessária uma larga abordagem de soluções multifacetadas que contribuam para a resolução deste problema tão complexo. Implementar e desenvolver uma cultura de segurança do doente nas instituições de saúde faz parte integrante das recomendações do Institute of Medicine para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (Kohn et al., 1999). Também a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou em 2009 o relatório *Global Priorities for Patient Safety Research*, em que define as áreas a necessitar de investigação, sendo uma delas a deficiente implementação da cultura de segurança nos serviços de saúde (Pimenta, 2013).

A Cultura de Segurança do Doente Pediátrico (CSDP) é um elemento estruturante da qualidade em saúde e condiciona a prestação de cuidados seguros (American Academy of Pediatrics, 2011). Os valores, crenças, atitudes, comportamentos e competências dos profissionais de saúde na prestação de cuidados influenciam fortemente a cultura de segurança (Fernandes & Queirós 2011; Ministério da Saúde, 2012).

Sendo os sistemas de saúde organizações complexas, potencialmente perigosos, onde interagem fatores pessoais, profissionais, organizativos, clínicos e tecnológicos, a segurança do doente pediátrico está constantemente em risco (Almeida, Abreu & Mendes, 2010; American Academy of Pediatrics, 2011; Donaldson & Philip, 2004; Reis, Laguardia &

Martins, 2012; Sousa, 2006). Por sua vez, a prestação de cuidados é, por si só, uma atividade complexa e de risco, com potencial de causar danos colaterais nos doentes.

No que respeita ao doente pediátrico, começam a surgir inquietações e preocupações quanto à sua segurança em meio hospitalar, mas são ainda escassos os estudos nesta área. Têm sido feitos esforços para a implementação da segurança e qualidade nos cuidados de saúde ao doente pediátrico mas a maior parte das pesquisas que abordam a segurança do doente têm-se concentrado em doentes adultos (Lacey, Smith & Cox, 2008).

Segundo a American Academy of Pediatrics (2001), a segurança do doente pediátrico está seriamente comprometida, já que se trata de uma população propensa a eventos adversos pela imaturidade dos seus sistemas imunofisiológicos e características próprias do seu desenvolvimento e crescimento, considerado assim um ser vulnerável. Salienta que a falta de informações sobre erros na população pediátrica e as estratégias necessárias para minimizar erros e maximizar o cuidado, tanto no ambulatório como em internamento, são uma preocupação.

Existem estudos que verificaram que os eventos adversos mais comuns em doentes pediátricos são os erros de medicação, erros que podem ser evitáveis, e quando ocorrem nesta população infantil, há uma maior taxa de morte associado do que em doentes adultos (Lacey et al., 2008).

A complexidade dos sistemas de saúde, onde o potencial de ocorrência de erros é uma realidade constante, a preocupação global pela segurança e qualidade dos cuidados e a implementação de culturas de segurança nas organizações de saúde são áreas de investigação que a OMS recomenda (WHO, 2007). Por outro lado, a American Academy of Pediatrics (2001) faz referência aos poucos estudos realizados no âmbito da segurança do doente pediátrico e recomenda que se investigue mais sobre este problema nesta faixa etária.

Segundo Colla, Bracken, Kinney e Weeks (2005), o Institute of Medicine (IOM), em 2002, recomendou às organizações de saúde melhorar a segurança do doente, abordando as questões culturais organizacionais e, desde então, começaram a surgir estudos com a finalidade de avaliar a cultura de segurança, considerado preditivo de resultados em saúde.

Avaliar a CSDP tem como principal objetivo conhecer os pontos fortes e fracos da cultura de segurança para assim implementar intervenções de melhoria, introduzir mudanças de comportamento dos profissionais no sentido de partilharem os mesmos valores sobre

segurança, disseminar uma cultura de reporte e aprendizagem com os erros, uma cultura de responsabilidade sem rezear a punição (Gama, Oliveira & Saturno Hernández, 2013).

Quando foi publicado, em 1999, pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos, o relatório intitulado *To err is Human*, fundamentado num estudo realizado por Harvard Medical Practice, em que revelou que 44 a 98 mil americanos morriam em cada ano por erros na prestação de cuidados, as organizações de saúde despertaram e mobilizaram-se com uma das dimensões da qualidade em saúde: a segurança dos doentes (Fragata, 2011).

Em Portugal, segundo o Ministério da Saúde (2012), estima-se que em cada 100 internamentos hospitalares 10 se compliquem por um qualquer erro, com dano para os doentes.

Em 2002, a OMS alertou os Estados Membros para a problemática da segurança dos doentes nas instituições de saúde, motivando a crescente preocupação com a segurança do doente e, conseqüentemente, a realização de estudos neste âmbito. É notória esta preocupação quando alertam para a necessidade de estar integrada na formação dos profissionais de saúde, a perspetiva da segurança do doente em ambiente hospitalar. Campos, Saturno e Carneiro (2010, p.78) acrescentam que:

Deve ser estimulada nas unidades de saúde uma mudança cultural que contemple valores partilhados sobre a segurança dos doentes aceitando a possibilidade e o risco de falhar, numa atitude de antecipação e proactividade em relação ao risco, e que se caracteriza por: ambiente livre de culpa em que haja discussão aberta dos erros, uma cultura de reporte de eventos que desculpabilize os erros honestos, mas que puna os erros negligentes; uma cultura de comunicação e gestão do conhecimento, de aprendizagem em torno do erro, elaborando normas de segurança e funcionando em equipa, em que haja revelação total dos erros a doentes e famílias.

Em 2009, a OMS reforça esta necessidade e publica no relatório *Global Priorities for Patient Safety Research* que a implementação da cultura de segurança nos serviços de saúde é uma das áreas mais prementes de ser investigada (WHO, 2009a).

A OMS e o Conselho da União Europeia recomendam aos Estados-Membros a avaliação da perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança da instituição onde trabalham, como condição essencial para a introdução de mudanças nos seus comportamentos e para o alcance de melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados que prestam aos doentes (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro). Por sua vez, a Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH, s.d.) confere ao

Departamento da Qualidade na Saúde a execução da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde em que a missão é promover e difundir uma cultura de melhoria permanente da qualidade nas instituições que prestam cuidados de saúde, em que a segurança do doente é uma das prioridades. A APDH estabeleceu um protocolo com a DGS em 2011, em que a segurança do doente e a avaliação e monitorização da cultura de segurança do doente nos hospitais seria uma das áreas prioritárias. Com efeito, está regulamentado pela Norma nº 025/2013 publicada pela DGS (2013a) sob proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, a aplicação, em 2014, em todos os hospitais do sistema de saúde o questionário “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais Portugueses”, estando a repetição da aplicação do mencionado questionário prevista para ocorrer de dois em dois anos.

A segurança e a qualidade dos cuidados em saúde é uma preocupação multiprofissional e os enfermeiros têm feito um esforço para identificar, controlar e avaliar os riscos em saúde. No exercício profissional das suas competências, o enfermeiro assume um papel importante na prevenção de danos na saúde do doente, na melhoria de cuidados seguros e de qualidade, bem como na participação de ganhos em saúde da população (Miller, Elixhauser & Zhan, 2003; Nunes, 2007).

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2006, p.2) recomenda “Que sejam criados ambientes favoráveis ao desenvolvimento de Culturas de Qualidade e Segurança onde se promova, incentive e valorize a investigação, com particular envolvimento dos gestores e líderes”.

Emerge então a necessidade de se produzir estudos científicos para depois implementar estratégias que garantam cuidados de saúde de alta qualidade e seguros ao doente pediátrico e que visem a melhoria da cultura de segurança. O ponto de partida para o desenvolvimento de uma cultura de segurança do doente pediátrico passa pela avaliação dessa mesma cultura, para que, depois de introduzidas medidas de melhoria decorrentes dos resultados, possa ser novamente avaliado e comparado com as avaliações iniciais.

Este estudo incide sobre o tema cultura de segurança do doente pediátrico e acreditamos ser uma mais-valia e um contributo para a avaliação da segurança do doente pediátrico numa unidade de saúde da zona norte de Portugal, contribuindo também para a disseminação de conhecimentos baseados em evidências.

Assim, definimos como objetivo geral – Identificar fatores que influenciam a perceção da cultura de segurança do doente pediátrico num centro hospitalar da região norte.

Como objetivos específicos definimos os seguintes:

- Caracterizar a cultura de segurança do doente pediátrico percebida pelos profissionais de saúde;
- Avaliar a frequência de notificação de incidentes/eventos adversos
- Descrever a opinião dos profissionais de saúde acerca da segurança do doente pediátrico enquanto dever ético;
- Explorar as relações entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis profissionais e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico;
- Explorar as relações entre conhecimento da estrutura conceptual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente, o conhecimento do Sistema Nacional de Identificação de Incidentes e Eventos adversos e a notificação de incidentes e eventos adversos e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico.

Para a sua concretização, delineou-se um estudo transversal, de análise quantitativa, do tipo descritivo-correlacional.

Estruturalmente, este trabalho apresenta-se organizado em duas partes distintas que se complementam. A primeira parte refere-se à fundamentação teórica, onde se contextualiza o tema do doente pediátrico, a segurança do doente pediátrico e qualidade em saúde, a cultura de segurança do doente pediátrico e sistemas de notificação. A segunda parte diz respeito à investigação empírica, onde se encontram delineados o percurso metodológico do presente estudo, a apresentação e análise descritiva e inferencial dos dados obtidos, assim como a discussão e a conclusão da qual fazem parte as limitações do estudo e as implicações para a prática profissional.

1ª PARTE
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - Cultura de Segurança do Doente Pediátrico

A segurança do doente é reconhecida como uma questão importante nos cuidados de saúde, em especial para uma população mais vulnerável – as crianças. O ambiente da prestação de cuidados à criança é cada vez mais complexo, o que resulta em múltiplas oportunidades para a ocorrência de danos não intencionais. Todos os sistemas de saúde devem ser projetados para garantir cuidados seguros e para defender a proteção do doente pediátrico. Por sua vez, os profissionais devem ser conhecedores e defensores de melhores práticas que atendam aos riscos inerentes ao doente pediátrico, devem identificar e apoiar uma cultura de segurança e liderar esforços que eliminem danos evitáveis em qualquer ambiente de prestação de cuidados à criança (American Academy of Pediatrics, 2011).

1.1 - O Doente Pediátrico

O mundo começou a ter consciência da vulnerabilidade da criança e da necessidade que esta tinha em ser especialmente protegida após a 1ª Guerra Mundial, altura em que se falava pela primeira vez em direitos da criança. A partir daí foi dedicada atenção por parte de várias organizações governamentais para a humanização dos serviços de saúde no atendimento a crianças e, no ano de 1988, surge a Carta da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança [IAC], 2008).

A carta da criança hospitalizada surge desta necessidade premente de humanizar os cuidados antes, durante e após o internamento hospitalar, e dela constam os direitos da criança hospitalizada. Os direitos mencionados dizem respeito a todas as crianças doentes com idades entre os zero e os 18 anos, tendo sempre em consideração o melhor interesse da criança e o seu bem-estar (Organização das Nações Unidas [ONU], 1989).

Em 1989 foi aprovada em Assembleia Geral das Nações Unidas a Convenção dos Direitos da Criança, tendo sido Portugal um dos primeiros países a assinar esta convenção que foi ratificada em 1990 pela Assembleia da República. Uma das alterações que a Convenção realizou foi o alargamento da idade pediátrica, sendo considerada como “todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo” (Levy, 2006, p.10)

Esta alteração veio incluir os adolescentes na área dos cuidados da pediatria, alargando e modificando assim a prática dos profissionais de saúde a todos os doentes desde o

nascimento até aos 17 anos e 364 dias. Desde então, o doente pediátrico passou a ser olhado de forma diferente e a ser alvo de cuidados especiais (Levy, 2006).

A infância é um período de grande importância no desenvolvimento do ser humano, tanto nos aspetos biológicos como psicossociais e cognitivos. São muitos os fatores que contribuem para o crescimento e desenvolvimento psíquico, físico e intelectual da criança, nomeadamente o ambiente onde se encontra inserida. Quando uma criança é hospitalizada, depara-se com um ambiente estranho e desconhecido, na sua perspectiva, é um meio assustador e ameaçador da sua segurança provocando sentimentos de medo e reacções de ansiedade, o que, por sua vez, pode conduzir a um atraso ou mesmo interrupção no seu processo natural de crescimento e desenvolvimento (Bortolete & Brêtas, 2008).

Cabe aos profissionais de saúde e às próprias organizações o dever de proporcionarem todas as condições para que o efeito da hospitalização seja o menos nefasto possível no desenvolvimento saudável da criança.

Assim, deve-se sempre partir do princípio de satisfazer os direitos da criança descritos na carta da criança hospitalizada (IAC, 2008). Segundo a mesma fonte:

As crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e actividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança. ... O hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no aspecto de equipamento, quer no do pessoal e da segurança.

Segundo Ullán de la Fuente e Hernández Belver (2004), a percepção que a criança tem do hospital e o que ele significa também afetam o processo de hospitalização na medida em que condicionam os efeitos de stresse sobre o seu bem-estar. Para a criança, o hospital está associado a significados emocionalmente negativos, por ser um espaço vinculado à doença, ao sofrimento e à morte. Esta percepção negativista do hospital deve ser transformada, especialmente no caso da hospitalização infantil, numa visão de um espaço onde se adquire saúde. O desenvolvimento saudável da criança requer que estas necessidades sejam satisfeitas em qualquer contexto onde ela se encontre, como demanda a Convenção dos Direitos da Criança (ONU, 1989). A criança hospitalizada não tem de perder estes direitos. Os hospitais têm como funções básicas atender não só as necessidades físicas (diagnóstico, tratamento, prestação de cuidados físicos) mas também as necessidades psicossociais (apoio social, jogo e criatividade, educação escolar), fundamentais para a qualidade de vida do doente pediátrico.

A humanização do atendimento do doente pediátrico nos hospitais é inquestionável e requer que as necessidades atrás referidas sejam satisfeitas por cuidados alicerçados em conhecimento científico e rodeados de compreensão desde o acolhimento da criança e dos seus pais.

Como referem Jorge, Fonseca, Santos e Levy (2004, p.2), “Humanização é um estado de espírito que implica conhecimentos e aptidões que moldam as atitudes e se traduzem numa prática diária atenta à satisfação das necessidades das crianças e das famílias”. Assim, o profissional de saúde no exercício das suas competências deve estar ciente da importância da construção de elos de ligação entre a criança doente, a família e o meio hospitalar, humanizando assim os seus cuidados e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do doente pediátrico.

1.2 - O Papel da Família/Acompanhante na Segurança da Criança Hospitalizada

Com a evolução dos cuidados de saúde à criança hospitalizada, muitos avanços têm sido concretizados nomeadamente a inclusão da família nos cuidados de saúde. Estudos recentes apoiam a família como um elemento fundamental na segurança da criança hospitalizada (Silva, Wegner & Pedro, 2012).

A hospitalização constitui sempre uma experiência perturbadora, causadora de reações de ansiedade e de medo nas crianças (Barros 1999; Bortolete & Brêtas 2008; Mendes & Martins, 2012; Pires, Pedreira & Peterlini, 2013), podendo muitas vezes ser considerada uma vivência invasiva e traumática pela exposição do corpo a procedimentos invasivos e tratamentos por vezes dolorosos, havendo perda de privacidade e pelo perigo real de morte (Parcianello & Felin, 2008).

Seja qual for o motivo da hospitalização, esta conduz sempre à interrupção do ritmo normal de vida, à alteração da dinâmica familiar, à perda de autonomia e de controlo devido ao contacto com um ambiente desconhecido e pessoas estranhas, à restrição ao leito, à submissão, obediência e passividade perante os procedimentos (Barros 1999; Aley 2002, cit. por Castro 2007; Jorge 2004; Mendes & Martins 2012; Parcianello & Felin, 2008).

A criança pode vivenciar e sentir a hospitalização de várias formas e as reações podem variar de criança para criança, dependendo da idade e do nível de desenvolvimento cognitivo em que esta se encontre (Barros, 1999). O grau de apoio familiar, o tipo de doença e as

atitudes dos profissionais de saúde também influenciam os comportamentos do doente pediátrico perante o internamento (Aley 2002, cit. por Castro 2007; Jorge, 2004).

Perante estas diferenças de comportamentos reativos à hospitalização, o profissional de saúde deve adequar os seus cuidados minimizadores da ansiedade e estabelecer cuidados coerentes com as características inerentes a cada faixa etária.

Sendo a criança um ser vulnerável, sem capacidade de decidir sobre o seu cuidado e isenta de autonomia, cabe à sua família a responsabilidade primeira de promover o seu pleno desenvolvimento. Com base num dos princípios bioéticos, a autonomia do doente pediátrico está ausente ou limitada, necessitando-se da presença dos pais ou responsáveis para responder pelos melhores interesses da criança, até que esta atinja um grau de desenvolvimento e maturidade que lhe permitam participar das decisões a respeito de sua saúde (Loch, 2002).

Por sua vez, segundo a carta da criança hospitalizada, esta tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado (IAC, 2008).

A Lei nº 106/2009, de 14 de setembro, vem aprovar o acompanhamento familiar da criança hospitalizada. Assim, “a família impõe-se como referência fundamental quando se pensa cuidados pediátricos” (Jorge, 2004, p.9).

Cada criança tem características individuais e únicas que a caracteriza e distingue de outras crianças, pelo que torna-se mais difícil conhecê-la e compreendê-la. Só os pais detêm esse conhecimento. A presença dos pais é indispensável e deve ser incentivada de modo a minimizar as reacções ao internamento e a atenuar possíveis efeitos nefastos da hospitalização. Brazelton (1994) é defensor de que sendo a hospitalização um desafio traumático para a criança, pode ser amenizado pela presença dos pais.

Quando a criança é hospitalizada, esta torna-se ainda mais vulnerável por todo o processo de hospitalização, tendo necessidade de uma vigilância mais próxima. A família, ao estar presente durante a hospitalização e ao assumir um papel ativo nos cuidados prestados, evita que a criança sofra o trauma da separação, proporcionando-lhe afeto e segurança que só os pais lhes podem dar.

Por outro lado, a presença dos pais/família acaba por ter um grande significado na segurança do doente pediátrico, na medida em que ao estar atenta, ao rever e conferir as intervenções dos profissionais, ao vigiar o comportamento do seu filho, ao ser um elo de

ligação no processo de comunicação profissional-acompanhante-criança, torna-se parceira na segurança (Wegner, 2011).

Para Jorge (2004), a família é entendida como elemento essencial na prestação de cuidados à criança, não só pela humanização dos cuidados mas também pela eficácia e segurança dos mesmos. E existem estudos que concluíram que a presença do acompanhante/cuidador é um requisito para o desenvolvimento de uma CSDP (Portz, Silva & Lorenzini, 2014; Schatkoski, Wegner, Algeri & Pedro, 2009; Silva et al., 2012; Wegner & Pedro 2012).

Por isso, atualmente é impensável falar de hospitalização infantil sem ter em conta o binómio criança/família, uma vez que constituem um todo no ato do cuidado ao doente pediátrico. A família é envolvida nos cuidados prestados à criança, adotando-se uma filosofia de cuidados que sustenta os cuidados pediátricos: a filosofia de cuidados centrados na família (Young et al., 2006).

Assim sendo, os cuidados de enfermagem devem ser dirigidos ao binómio criança/família (Mendes & Martins, 2012) e o papel do enfermeiro especialista deve focar-se nas respostas às necessidades da criança enquanto elemento de um sistema familiar, indo de encontro às recomendações do Regulamento nº 123/2011, de 18 de fevereiro, que refere “o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados” (p.8653).

A OE (2010), na publicação do guia orientador de boa prática de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, reforça a importância da vulnerabilidade da criança, a valorização dos pais/pessoa significativa como os principais prestadores de cuidados, preservação da segurança e bem-estar da criança e família e maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança.

Aos pais, como parceiros no cuidar do seu filho, deve-lhes ser fornecidas informações e esclarecimentos. O processo de comunicação é fundamental para garantir a qualidade dos cuidados e a segurança do doente pediátrico. Muitas vezes, o processo de comunicação entre o profissional/criança/acompanhante nem sempre é eficaz e esclarecedor, como por exemplo, o uso frequente de linguagem com termos técnicos, a postura e atitudes do profissional quando é abordado e questionado pela criança/acompanhante, as informações fornecidas incompletas ou ocultadas e pouca informação registada nos processos clínicos. Isto implica a

que a informação transmitida não seja clara e efetiva, o que põe em causa a segurança do doente (Silva et al., 2012; Wegner & Pedro, 2012).

Wegner e Pedro (2012, p.4) analisaram nos seus estudos como é que os acompanhantes/ cuidadores reconheciam os eventos adversos nos cuidados prestados à criança e identificaram:

...a comunicação débil, a imprecisão nos diagnósticos e na realização de procedimentos invasivos, a descompensação da criança na execução de procedimentos, o exame físico superficial, a contaminação da criança pelo profissional, o número insuficiente de trabalhadores, a identificação incorrecta da criança, a realização de cuidados de competência dos profissionais pela acompanhante e a exaustão/cansaço da acompanhante/cuidador.

A National Patient Safety Agency (NPSA, 2009) recomenda que os profissionais de saúde deveriam desenvolver competências na comunicação e no saber ouvir, pois só assim é possível estabelecer uma relação de empatia e confiança com as crianças e família, essenciais para cuidados seguros.

No primeiro impacto com a realidade da hospitalização, os pais ficam apreensivos, perdem o controlo da situação, o seu papel de protetores desaparece e a criança deixa de ver esse papel nos pais quando estes têm que aceitar as decisões dos profissionais. No seu ato de cuidar, o enfermeiro deve agir como um facilitador da hospitalização ao exercer a competência de saber transmitir segurança e confiança à criança doente e à sua família através de um diálogo claro e aberto. Deve mostrar disponibilidade para ouvir e responder a questões e dúvidas colocadas pelos pais e pela criança, deve adaptar o seu vocabulário ao nível cognitivo, cultural, social e emocional da criança e dos pais, de forma a ser percebido e compreendido, para assim favorecer uma relação de mútua confiança, essencial para o êxito do tratamento da criança e, ao mesmo tempo, para a prevenção de ocorrência de erros (Jorge, 2004; Portz et al., 2014; Silva et al., 2012).

1.3 - O Erro Terapêutico em Pediatria

Os erros de medicação constituem um problema nos serviços de saúde e estão diretamente ligados à segurança do doente. Existem vários estudos que pesquisaram os erros de medicação na perspetiva da segurança do doente, mas poucos são os que se dedicaram ao

estudo deste problema na área da pediatria (Belela, Pedreira & Peterlini, 2011; Portz et al., 2014).

No entanto, com base em evidências científicas, é reconhecido que a ocorrência de erros é maior nos doentes pediátricos do que nos adultos e os tipos de erros mais comuns são os relacionados com a terapêutica (Miller, Robinson, Lubomski, Rinke & Pronovost, 2007; Pedreira, Peterlini & Harada 2005; Schatkoski et al., 2009).

Schatkoski et al. (2009), num estudo que realizaram sobre a segurança da criança hospitalizada, também concluíram que o evento adverso mais citado em publicações encontradas foi o erro de terapêutica.

Segundo Belela et al. (2011), 8% das pesquisas sobre erros de medicação referem-se à população pediátrica. Hughes e Edgerton (2005) referem que os erros de medicação na pediatria são mais incidentes na prescrição, relacionados com cálculos e doses fracionadas e na administração.

Cassiani (2005) relata o risco de ocorrência de erros de medicação nos doentes pediátricos devido a doses incorretas, e refere que para cada 1000 prescrições se observa aproximadamente a ocorrência de cinco erros.

Outros estudos estimam que dentro dos erros de medicação reportados, 3% a 37% são erros de prescrição, 5% a 58% erros de distribuição (despensa), 72% a 75% erros na administração e 17% a 21% são erros na documentação (King, Paice, Rangrej, Forestell & Swartz, 2003).

Segundo Walsh, Kaushal e Chessare (2005), embora as crianças sejam geralmente mais saudáveis do que os adultos, quando hospitalizadas ficam expostas três vezes mais a erros de medicação em comparação com os adultos. Um estudo realizado pela US Pharmacopeia demonstrou também um aumento significativo de erros de medicação em doentes pediátricos (31%), comparado com doentes adultos (13%) (Committe on Drugs and Committe on Hospital Care, 2003).

O doente pediátrico, pela sua fragilidade, vulnerabilidade e características especiais do seu crescimento e desenvolvimento, requer atenção e cuidados especiais por parte dos profissionais de saúde. Ele comporta um conjunto de características anatómicas e fisiológicas que o tornam mais vulnerável à ocorrência de erros, acrescido da especificidade dos contextos em que os cuidados são praticados e, ao mesmo tempo, da própria hospitalização que o expõe a riscos, aumentando, assim, a probabilidade destes ocorrerem (Belela et al., 2011; Pinto &

Barbosa, 2008; Portz et al., 2014; Schatkoski et al., 2009; Veloso, Telles Filho & Durão, 2011; Wegner & Pedro, 2012).

Segundo a NPSA (2009) e Pinto e Barbosa (2008), a ocorrência de erros de medicação em crianças, em especial o erro de dose, relaciona-se com complexidade dos cálculos que necessitam ser realizados considerando-se a idade, o peso, a estatura e as condições clínicas da criança, uma vez que as características de absorção, distribuição, metabolismo e excreção de drogas, diferem entre o recém-nascido, adolescente e adulto.

Schatkoski et al. (2009) referem também que a vulnerabilidade resultante da grande variação do peso dificulta o cálculo da dosagem da terapêutica, havendo maior probabilidade de administração de doses muito altas ou doses baixas. As variações no nível de maturação fisiológica, o comportamento e atitudes face à hospitalização, as dificuldades na identificação e na comunicação com o doente pediátrico, constituem também fatores que condicionam a segurança em meio hospitalar.

Portz et al. (2014) acrescentam ainda que a ausência de políticas de saúde e a escassez de produtos farmacêuticos direcionados especificamente para doentes pediátricos, estão relacionados com a frequência e gravidade dos erros terapêuticos na pediatria.

Pinto e Barbosa (2008) verificaram que grande percentagem de medicamentos (50% - 80%) utilizados em crianças e recém-nascidos não foram testados nem autorizados para serem usados em pediatria.

Sabe-se que 80% dos fármacos comercializados são destinados a adultos, e são muitas vezes utilizados em crianças e recém-nascidos. Por sua vez, a necessidade de manipulação dos medicamentos, principalmente soluções, para obter a dose correta, pode comprometer a qualidade do tratamento terapêutico quanto à estabilidade e possibilidade de contaminação do medicamento (Peterlini, Chaud & Pedreira, 2003).

Reconhece-se também que outros fatores facilitam a ocorrência de erros terapêuticos, nomeadamente o ambiente onde é preparada a medicação, considerando-se que deve ser assegurado um ambiente seguro. As interrupções no momento de preparação de terapêutica e o nível de ruído desviam a atenção do enfermeiro num momento em que é necessário o máximo de atenção e concentração, pondo em causa a segurança da criança. Também a não utilização das técnicas de lavagem das mãos e de desinfeção de frascos e ampolas são apontadas como fatores de risco da segurança (Veloso et al., 2011).

Uma revisão da literatura denuncia que as crianças lactentes (até um ano de idade) são as que sofrem maior número de eventos adversos (Schatkoski et al., 2009). Segundo os mesmos autores, o comportamento e a personalidade dos doentes nesta faixa etária (o choro, os ruídos, o sorriso ou exploração manual através do tacto do ambiente que os rodeia) dominam o ambiente organizacional, constituindo assim fatores de risco para eventos adversos.

Outro estudo realizado em Inglaterra identificou que a faixa etária mais afetada por erros terapêuticos foi a de zero a quatro anos de idade (NPSA, 2009).

O mesmo estudo revelou também que a maioria das ocorrências de erro médico se deu com crianças de seis a 12 anos de idade. O comportamento mais agressivo, hostil e raiva das crianças perante a angústia do internamento, leva a que muitas vezes os profissionais de saúde assumam atitudes negativas, propiciando a ocorrência de eventos adversos como contenção mecânica inadequada, agressões verbais, procedimentos incorretos e até mesmo administração de medicamentos de forma incorreta.

No estudo que realizaram sobre erros na preparação de medicação numa unidade de pediatria, Veloso et al. (2011) concluíram ser imperativo a consciencialização dos profissionais para a ocorrência e consequência dos erros de terapêutica, de forma a preveni-los através de práticas seguras com o objetivo de aumentar a qualidade dos cuidados de saúde.

Os enfermeiros desempenham um papel essencial na prevenção de erros de medicação pois são os que preparam e administram a medicação, podendo identificar erros médicos de prescrição antes de ser administrada, caracterizando-se, assim, por serem a última barreira entre um erro e a criança doente (Hughes & Edgerton, 2005).

Veloso et al. (2011) apontam para a necessidade de formação mais intensa sobre medicamentos aos enfermeiros, uma vez que são os que a preparam e administram

O Joanna Briggs Institute (2009), num estudo realizado nos Estados Unidos da América sobre erros de medicação, identificou a falta de conhecimento dos fármacos (ação, interação com outros fármacos, doses incorretas, diluições e tempo de administração) como causa principal de erros de medicação.

De facto, a necessidade de profissionais especializados na área da pediatria é apontada como uma recomendação para a redução de erros de medicação (Harada, Chanes, Kusahara, & Pedreira, 2012), assim como a prescrição informatizada, a formação e treino dos profissionais quanto à prescrição, distribuição e administração de fármacos (Harada et al.,

2012; Joanna Briggs Institute, 2009; Pedreira et al., 2005). É igualmente importante o rigor nos serviços da farmácia, a utilização de bombas de infusão facilitação dos meios de comunicação entre os diferentes profissionais de saúde, entre outros (Harada et al., 2012).

1.4 - A Segurança do Doente e Qualidade em Saúde

A segurança do doente é uma prioridade em todos os países e em todos os serviços de saúde (Ammouri, Tailakh, Muliira, Geethakrishnan & Al Kindi, 2014; Kirwan, Matthews & Scott 2013), é considerada crucial para a qualidade da saúde e os seus principais parâmetros são monitorizados por todas as organizações de saúde em todo o mundo (Ammouri et al., 2014). Enquanto componente da qualidade dos cuidados de saúde, a segurança tem tido destaque especial para investigadores, gestores, profissionais e doentes que desejam uma prestação de cuidados com elevado nível de eficácia e eficiência (Lima, 2014).

Atualmente, graças ao desenvolvimento da técnica e da ciência, os meios auxiliares de diagnóstico e tratamento tornaram-se mais ativos e invasivos sobre o corpo humano e sobre a doença. Este facto, além de contribuir para a eficácia dos cuidados de saúde, contribui para o aumento da produção de danos colaterais. A aplicabilidade das avançadas técnicas e tratamentos e a própria organização das instituições de saúde levam à possibilidade de ocorrência de danos colaterais nos doentes, quer por falhas humanas quer por erros de sistema (Fragata, 2011; Oliveira et al., 2014). Também a complexidade dos cuidados, pela sua natureza e especificidade, acarreta sempre um certo grau de risco pois são influenciados diretamente pela atividade humana já que os erros são intrínsecos ao ser humano (Renaud, 2007; Santos, Grilo, Andrade, Guimarães & Gomes, 2010).

Todos os dias mais de um milhão de pessoas são tratadas de forma segura e com sucesso nos serviços de saúde. No entanto, os avanços da tecnologia e do conhecimento nas últimas décadas criaram um sistema de saúde extremamente complexo. Esta complexidade traz riscos e as evidências mostram que os erros acontecem e que os doentes às vezes são prejudicados pelos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, independentemente do seu profissionalismo e dedicação (Lima 2014; NPSA, 2004).

Segundo Lage (2010), os doentes têm cada vez mais consciência de que os erros em saúde, na sua maioria, são não intencionais e, muitas vezes, são originados por falhas do próprio sistema.

Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de tentar reduzir ao máximo a probabilidade do erro e de oferecer ao doentes e seus familiares o maior benefício procurado e o valor mais percebido – segurança na saúde (Lage, 2010; Pedroto, 2006).

Alguns estudos têm reconhecido e estabelecido a importância vital do papel dos enfermeiros na promoção e manutenção da segurança do doente. A especificidade e a natureza dos cuidados prestados pelos enfermeiros, as dotações seguras, o nível de formação, e um ambiente de trabalho positivo são fatores conhecidos por causar impacto nos resultados de segurança do doente (Kirwan et al., 2013).

Para a OMS, a segurança do doente equivale à redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (Gama & Saturno Hernández, 2013). Aspeden, Corrigan, Wolcott e Erickson (2004) e Clancy, Farquhar e Sharp (2005) definem segurança do doente como a prevenção de danos e dão ênfase aos sistemas de prestação de cuidados que evitam erros e que levam os profissionais de saúde a aprender com os mesmos e a construir a segurança do doente sobre uma cultura de segurança que envolve os próprios profissionais de saúde, as organizações e o doente.

A segurança do doente constitui uma componente fundamental da qualidade na prestação de cuidados de saúde e as falhas de segurança têm repercussões nas organizações de saúde, nos seus profissionais e, principalmente, nos doentes. Os efeitos de danos na segurança do doente são generalizados, podem ter consequências emocionais e físicas devastadoras nos doentes e nas suas famílias. Os doentes perdem a confiança nas organizações de saúde e nos seus profissionais. Incidentes de segurança também incorrem em custos através de processos judiciais e tratamentos extra, e a possibilidade de alcançar os resultados esperados é reduzida, com consequências diretas na qualidade dos cuidados prestados. Para os profissionais de saúde envolvidos, os incidentes também podem ser angustiantes e desmoralizantes (NPSA, 2004; Sousa, Uva & Serranheira, 2010).

A WHO (2007) refere que, em todo o mundo, a prestação de cuidados de saúde é desafiada constantemente por uma ampla gama de problemas de saúde e diariamente são registados danos na saúde dos doentes, sendo necessário agir para corrigir problemas que estão a contribuir para cuidados inseguros. Este reconhecimento da ocorrência de danos com consequências graves quer para os doentes, quer para as instituições, tem sido fortemente debatido pelas instituições de saúde e por vários órgãos, contudo, a questão da segurança do doente é um debate recente.

A segurança dos doentes requer motivação e empenho da parte das organizações do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e dos líderes e gestores, para mostrar que a segurança é uma prioridade e que a gestão da organização está comprometida com a melhoria, a equipa executiva deve ser visível e ativa na condução de melhorias de segurança do doente. Por outro lado, as equipas devem sentir-se capazes de dizer se sentem que o serviço que oferecem é seguro (NPSA, 2004).

Foi com a publicação do relatório *To Error is Human* (Kohn et al., 1999), que se tomou conhecimento que entre 44.000 até 98.000 americanos poderiam morrer por ano nos Estados Unidos da América (EUA) em consequência de erros, que o mundo despertou e começou a preocupar-se e a mobilizar-se para a problemática da segurança do doente como uma das dimensões da qualidade em saúde (Carneiro 2010; Fragata, 2011).

Este relatório lançou a mensagem de que os eventos adversos ocorrem não por responsabilidade direta dos profissionais de saúde mas sim pelo complexo contexto do sistema organizacional em que estes exercem a sua atividade profissional. A partir daí, inúmeras agências de segurança foram criadas com o objetivo de promover a segurança dos doentes através da implementação de culturas de segurança dentro dos sistemas de saúde (Fragata, 2011).

Atenta a esta problemática, a OMS nomeou, em 2004, a World Alliance for Patient Safety com a intenção de produzir conhecimentos e soluções que promovam a segurança do doente. Em 2005, a OMS nomeia The Joint Commission International Center for Patient Safety que tem como função principal identificar problemas e falhas que ponham em risco a segurança do doente, bem como encontrar soluções através da implementação de metas internacionais de segurança que devem ser cumpridas pelas instituições de saúde (Fragata, 2011; Santos et al., 2010; Tase, Lourenção, Bianchini & Tronchin, 2013).

A criação destas comissões reforçou a importância da segurança do doente como um problema global e, a partir daí, iniciaram-se programas com o objetivo de promover melhorias na segurança dos doentes de todo o mundo. Um dos trabalhos desta comissão foi as recomendações existentes no documento *Nine Life-saving Patient Safety Solutions* (Fragata 2011; Santos et al., 2010; WHO, 2007).

Ainda para combater a elevada taxa de erros em saúde e com o propósito de propor medidas e mudanças nesse sentido, foi criada outra entidade, a NPSA, que publicou no

documento *Seven Steps to Patient Safety a guide for NHS staff*, em 2004, os sete passos a adotar para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados:

1. Construir uma cultura de segurança;
2. Liderar e apoiar os profissionais;
3. Gerir o risco de forma integrada;
4. Promover a notificação;
5. Envolver e comunicar com os doentes e público;
6. Aprender e partilhar lições de segurança;
7. Implementar soluções para a prevenção de danos.

Ao respeitar a recomendação do Conselho da União Europeia, de 2009, sobre a segurança dos doentes, Portugal, através do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, assume uma preocupação com os fatores que concorrem para a ocorrência de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde e com a finalidade de melhorar a prestação segura de cuidados de saúde e de melhoria contínua da qualidade traçou os seguintes objetivos:

1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno.
2. Aumentar a segurança da comunicação.
3. Aumentar a segurança cirúrgica.
4. Aumentar a segurança na utilização da medicação.
5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes.
6. Prevenir a ocorrência de quedas.
7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão.
8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes.
9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.
(Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro, p.382 (3))

O nível de informação e conhecimento da sociedade levou a que os cidadãos se tornassem mais exigentes quanto aos seus direitos na procura de cuidados de saúde de qualidade, cuidados de saúde seguros. De facto, o acesso a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis da prestação, é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são

prestados. Todo o ser humano tem o direito de acesso a cuidados de saúde de alta qualidade e todos os doentes têm legitimidade para exigir cuidados de saúde seguros (Fragata 2011; Ministério da Saúde, 2012; Nunes, 2007; Pedroto, 2006; WHO, 2007).

Segundo a NPSA, os profissionais e as organizações perante este aumento da consciência pública sobre as questões de segurança e a crescente expectativa em torno de prestação de contas aquando a ocorrência de um incidente, devem assumir responsabilidades através de uma atitude de transparência para com o doente em que são explicadas as medidas tomadas e a garantia de uma aprendizagem. Acredita que a luta pela segurança do doente nos serviços nacionais de saúde de forma sistemática pode ter um impacto positivo na qualidade de eficiência dos cuidados de saúde (NPSA, 2004).

A qualidade dos serviços de saúde é essencial para garantir a segurança do doente. Estes dois conceitos, qualidade e segurança, são indissociáveis e estão intrinsecamente ligados numa relação de maior segurança que promove mais qualidade (Fragata 2011; Nunes, 2007; Rockville et al., 2012; Sousa et al., 2010; Tase et al., 2013).

O conceito de qualidade tem vindo a sofrer alterações ao longo dos tempos, evoluindo com Florence Nightingale no século XIX, no entanto, foi Donabedian, nos anos 60, quem melhor a definiu introduzindo na sua definição os termos “resultados, processos e estrutura”, definindo assim qualidade como o tipo de prestação de cuidados no qual se espera a maximização do bem-estar do doente, tendo em consideração o balanço entre os ganhos e as perdas nas várias fases do processo de cuidados (Fragata, 2011).

Posteriormente, foram inseridos na definição de qualidade outros conceitos que a tornaram mais abrangente. Em 1990, o IOM considerou a segurança do doente indistinguível da prestação de cuidados de saúde de qualidade e definiu qualidade em saúde como o grau em que os serviços prestados a indivíduos e populações aumentam a probabilidade de alcançar os resultados desejados, sendo consistentes com o conhecimento científico atual (IOM, 2002).

Em 2001, o mesmo instituto estabeleceu como componentes fundamentais para a qualidade em saúde, a segurança (evitar danos colaterais ao doente) que está na primeira linha, sendo uma vertente indissociável da qualidade, seguida de acesso a tempo (evitando demoras), eficácia (baseada na evidência e voltada para resultados), eficiência (evitando desperdícios), equidade (sem discriminação de doentes) e centragem nos doentes (respondendo às necessidade dos doentes) (Campos et al., 2010; Fragata, 2011).

Por sua vez, Fragata (2011, p.20) entende a qualidade em saúde como “a qualidade que engloba o resultado (mudança estável no estado de saúde), o processo (métodos actuais de tratamento), a estrutura (meios, local, experiência), a segurança (mínima possibilidade de eventos adversos) e a satisfação dos doentes (cuidados de acordo com as expectativas e centrados no doente)”.

Perante estas definições, mais uma vez podemos referir que a segurança é uma componente essencial para a qualidade em saúde e que não depende apenas de um só fator mas sim de várias dimensões ou atributos. Assim, espera-se que cada organização deva definir bem os aspetos alvo que serão a base do conceito de qualidade, construir indicadores quantificáveis passíveis de monitorizar e de serem avaliados (Fragata, 2011; Gama & Saturno Hernández, 2013; Kohn et al., 1999).

Campos et al. (2010, p.22) propõem a inclusão das seguintes dimensões:

...acesso (inexistência de barreiras económicas, administrativas, geográficas ou culturais para a obtenção dos cuidados necessários), adequação (grau de conformidade dos cuidados prestados às necessidades dos doentes de acordo com o estado da arte), oportunidade (possibilidade de o doente receber os cuidados que necessita de acordo com o tempo clinicamente aceitável para a sua condição) continuidade (é a garantia de que não há interrupções no processo de cuidados do doente entre diferentes níveis) e respeito (é a forma como os profissionais de saúde correspondem aos direitos dos doentes de acordo com a sua identidade.

Os mesmos autores definiram, assim, qualidade em saúde como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional óptimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos utentes. Defendem também que, para avaliar a qualidade dos cuidados, além da sua monitorização através de indicadores, deve ser criado um observatório independente da qualidade dos cuidados de saúde em que são avaliadas “...queixas, reclamações, processos judiciais, casos sentinela, prescrições, estatísticas, publicações, opiniões dos utentes e profissionais, etc...” (p. 121).

Além das dimensões, a qualidade em saúde tem diferentes perspetivas: a do utilizador dos serviços de saúde, do profissional e do gestor, ou seja, o uso efetivo e eficiente dos recursos na resposta às necessidades do utilizador (Ministério da Saúde, 2012).

A qualidade dos cuidados de saúde é avaliada através de processos de acreditação por entidades normalmente não-governamentais e independentes, em que o principal objetivo é promover uma cultura de segurança e qualidade dentro de uma organização.

A American Academy of Pediatrics (2001) e os seus membros estão comprometidos em melhorar os sistemas de saúde a fim de uma prestação de cuidados de saúde mais qualificada e segura ao doente pediátrico e, em resposta às recomendações do IOM sobre a construção de um sistema de saúde mais seguro, criaram um conjunto de princípios que orientam a prática de cuidados, na concepção de um sistema de saúde que maximiza a qualidade do atendimento e minimiza erros médicos, através da sua identificação e resolução.

Promover a segurança do doente requer mudança de cultura nas organizações de saúde bem como reconhecimento de que existe um potencial risco de ocorrência de erros, assente na comunicação e no trabalho em equipa. A promoção da segurança do doente e a prevenção e/ou diminuição da ocorrência de erros deve tornar-se um dos principais objetivos das instituições de saúde que, por sua vez, devem adotar como estratégia de melhoria contínua da prática clínica a implementação de uma cultura de segurança em que os profissionais e os doentes devem estar envolvidos (Fragata 2011; Pedroto, 2006).

As organizações de saúde devem ter em consideração as especificidades dos cuidados de saúde do doente pediátrico quando se trata de questões relativas à segurança. Estas incluem uma atenção especial para o potencial risco de erros terapêuticos atribuível à variabilidade do peso da criança e à sua maturação fisiológica, à limitada capacidade das crianças para colaborar nos cuidados e o elevado grau dependência do cuidador, à relativa raridade da maioria das doenças pediátricas e à falta de familiaridade generalizada com os seus cuidados. A família, os profissionais de saúde e as próprias organizações devem assumir juntos um compromisso na prestação de cuidados de saúde de qualidade ao doente pediátrico (American Academy of Pediatrics, 2001).

A implementação de culturas de segurança dentro das organizações emerge da necessidade premente de garantir cuidados seguros e de qualidade a todos os doentes (NPSA 2004).

1.5 - Cultura de Segurança do Doente

A melhoria da segurança do doente e da qualidade dos cuidados representa, actualmente, uma prioridade nas organizações de saúde (Agency for Health Research and Quality [AHRQ], 2012; Carneiro, 2010; Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro; Fragata 2011; NPSA 2004; Reason, 2000; Sorra & Nieva, 2004).

Para dar resposta às constantes exigências da prestação de cuidados de qualidade e à promoção da segurança dos doentes, torna-se necessário a implementação de uma cultura de segurança não punitiva, baseada em “valores, conhecimentos científicos e técnicos, na necessidade de reflexão multidimensional, interpessoal e intermultidisciplinar, em que os problemas relacionados com a segurança dos doentes sejam encarados como uma oportunidade para adequar conhecimentos e competências, em prol dos valores e direitos fundamentais” (APDH, s.d., p.4).

Segundo o Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro:

...a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde está intimamente ligada quer ao nível de cultura de segurança existente nas instituições que prestam estes cuidados, quer à sua organização, havendo evidência que demonstra que o risco de ocorrerem aumenta dez vezes nas instituições que negligenciam o investimento nas boas práticas de segurança dos cuidados de saúde. (p.3882 [2])

Daí que a construção de culturas de segurança nas instituições de saúde constitui um dos sete passos para a segurança do doente (NPSA, 2004).

De facto, são cada vez mais as iniciativas que promovem a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde, e uma das estratégias principais é criar uma cultura de segurança dentro das organizações de saúde com o envolvimento dos profissionais, da própria organização e dos doentes. Segundo o Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro, cabe às direções clínicas, aos conselhos clínicos e de saúde e às comissões da qualidade e segurança promover a adesão dos seus profissionais à avaliação da cultura de segurança dos doentes.

Este crescente interesse na cultura de segurança do doente tem sido acompanhado pela necessidade em avaliar a cultura de segurança das organizações para assim conhecer os seus aspetos positivos e refletir sobre os pontos que necessitam de melhoria.

A implementação de um sistema de saúde seguro requer, muitas vezes, mudanças de cultura das organizações, o que implica a interiorização, por cada um dos profissionais, do compromisso constante com a segurança do doente.

Para Costa (2014), cultura é o conjunto de perceções e de comportamentos de um grupo ou organização que define a forma como agem e faz parte da cultura geral de uma organização.

A fim de evitar danos na saúde e promover a qualidade em saúde, o IOM recomenda o desenvolvimento de uma cultura de segurança do doente e que agora é exigida por organizações de saúde de acreditação (Ammouri et al., 2014).

Segundo Sorra e Nieva (2004), as organizações de saúde estão cada vez mais conscientes da importância de transformar a cultura organizacional, a fim de melhorar a segurança do doente, pois a cultura de segurança surge como uma particularidade da cultura organizacional, em que esta possui aspetos que valorizam e dão prioridade à segurança do doente. As organizações contêm, assim, um ambiente próprio, recebem influências e influenciam as várias pessoas que nelas atuam, sendo estes mesmos agentes os que contribuem para a formação da cultura da organização (DGS, 2013a).

Neste sentido, e de acordo com IOM (2001), a capacidade de uma instituição em obter resultados de segurança do doente pode ser melhorada quando se cria e se estabelece uma cultura de segurança entre os seus profissionais.

O termo cultura de segurança foi introduzido pela Agência Internacional de Energia Atômica (AIEA), como resultado da sua primeira análise sobre o acidente nuclear em Chernobyl. Posteriormente, investigações sobre outras catástrofes levaram à conclusão de que os sistemas de segurança tinham falhado, e estas falhas estavam relacionadas com o clima de segurança e com a cultura de segurança da organização em que o sistema de gestão de segurança estava instalado (Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations [ACSNI], 1993).

A definição de cultura de segurança mais usada, e considerada como a mais competente por vários autores, nomeadamente Nieva e Sorra (2003), e por organizações de saúde como a OMS, é a do ACSNI (1993, p.2), em que a cultura de segurança de uma organização é “o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a segurança e, o estilo e competência da gestão da segurança de uma organização de saúde”.

A cultura de segurança é o valor duradouro de uma organização em que a prioridade é a segurança do doente em todos os níveis da organização. Todos os profissionais, gestores e líderes, assumem o compromisso em todas as suas atividades com a segurança, agem no sentido de preservar, valorizar e comunicar todas as preocupações que envolvem a segurança do doente, esforçam-se para aprender, adaptar e modificar comportamentos com base nas

lições aprendidas com os erros e ser recompensado de uma forma consistente com estes valores (Douglas, Wiegmann, Von Thaden, Sharma & Mitchell, 2002).

Hale (2000) diz que a cultura de segurança é o conjunto de atitudes, crenças e perceções compartilhadas por grupos, como a definição de normas e valores, que determinam como eles agem e reagem em relação aos riscos e sistemas de controlo de risco. Guldenmund (2000), cit. por Gadd e Collins (2002), defende que os aspetos da cultura organizacional que têm impacto sobre as atitudes e os comportamentos estão relacionados com o aumento ou diminuição do risco.

Segundo o IOM, a definição de cultura de segurança deve incluir a crença de que os cuidados de saúde, caracterizados por serem cuidados de alto risco, podem ser planeados e realizados de forma a evitar erros. Os gestores devem assumir um compromisso para detetar e aprender com os erros, num ambiente justo em que apenas se pune o profissional que conscientemente colocou o doente a cuidados de risco (Jones, Skinner, Xu, Sun & Mueller, 2008).

Os mesmos autores referem que os esforços para avaliar a cultura de segurança se baseiam numa perspectiva de psicologia organizacional, em que a cultura de segurança é vista como crenças e práticas comuns que podem ser classificadas, medidas e alteradas.

Nas várias definições de cultura de segurança há uma abordagem ao campo subjetivo dos profissionais (as atitudes e as perceções sobre a segurança) que está relacionado com o que as pessoas sentem sobre a organização e traduz aquilo que a organização é, o campo mais objetivo (comportamentos e ações) relacionado com o trabalho que realizam dentro das organizações, e os aspetos da própria organização (práticas e estrutura) que refletem o que a organização tem. Estes fatores estão sempre interligados e influenciam a cultura de segurança existente dentro das organizações (Gonçalves Filho, Andrade & Marinho, 2011).

A cultura da segurança do doente é uma estrutura onde vários fatores se relacionam, com o objetivo de promover uma abordagem de sistemas para prevenir e reduzir danos aos doentes. Para implementar uma cultura de segurança do doente, muitos fatores devem estar presentes e estes incluem uma comunicação eficaz, o cumprimento de procedimentos, um ambiente seguro, uma liderança de apoio e uma comunicação aberta sobre os erros. Segundo o Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro, a comunicação é basilar para a segurança do doente principalmente nos momentos de transições em que existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde.

Muitos estudos têm demonstrado que fatores como a má comunicação, a falta de liderança e o trabalho em equipa ineficaz, a falta de relatórios sobre eventos adversos, a análise inadequada de eventos adversos e a falta de conhecimentos sobre segurança, comprometem a segurança do doente (AHRQ, 2012).

Outros estudos indicam que os enfermeiros apontam a ausência de um ambiente livre de culpa e falhas da organização no compromisso de medidas que promovem a segurança, como aspetos que condicionam o estabelecimento de uma cultura de segurança (Kirwan et al., 2013).

As organizações de alta confiabilidade mantêm um compromisso com uma cultura de segurança e caracterizam-se por reconhecerem a natureza de alto risco das suas atividades e determinação para alcançar práticas seguras, por terem ambiente livre de culpa onde os indivíduos são capazes de relatar erros ou quase-acidentes, sem medo de censura ou punição e pelo incentivo que dá para se procurarem soluções para os problemas que colocam a segurança do doente em risco (AHRQ, 2012).

Melhorar a cultura de segurança no âmbito dos cuidados de saúde é uma componente essencial na prevenção ou redução do erro e melhora a qualidade geral dos cuidados de saúde. É imprescindível que as organizações de saúde se esforcem para superar a cultura tradicional da culpa e castigo, e passem a incentivar uma cultura do relato e aprendizagem com os erros e acidentes. É preciso que as lideranças administrativas, médicas e de enfermagem ultrapassem este obstáculo e passem a criar condições para que a segurança do doente seja encarada como responsabilidade de todos e não apenas de alguns (Lima, 2014).

As organizações de saúde que tenham estabelecida uma cultura de segurança do doente entre os profissionais, poderão prestar cuidados de saúde com mais qualidade.

Estudos indicam que as organizações com menos incidentes apresentam uma cultura de segurança mais positiva (Gonçalves Filho et al., 2011). Também Hughes (2008) defende que quanto maior a cultura de segurança de um sistema de saúde mais seguros são os cuidados e melhor é a sua qualidade. Segundo a AHRQ (2012), uma cultura de segurança pobre está associada a um aumento das taxas de erro.

As organizações de elevada fiabilidade, embora funcionem com processos complexos de alto risco, têm uma cultura de segurança bem estabelecida e são caracterizadas por terem taxas de erro muito baixas, por se preocuparem com o fracasso, pela sensibilidade que têm pelo papel que cada membro da equipa desempenha, por permitirem que aqueles que possuem

mais conhecimentos tomem decisões e por resistirem à tentação de culpar os indivíduos pelos erros cometidos (Jones et al., 2008).

Segundo Weick e Sutcliffe (2001), cit. por Gonçalves Filho et al. (2011), outra das características das organizações com uma cultura de segurança de alta confiabilidade é a de estar atenta ao imprevisto e acreditar que os erros acontecem a qualquer momento. Lima (2014) acrescenta que estas organizações antecipam os eventos adversos como forma de preparação para lidar com eles em todos os níveis da organização e proporcionam aos seus colaboradores instrumentos que lhes permitem desenvolver aptidões de transformar tais eventos adversos em melhorias.

Uma cultura caracterizada pela punição, em que se persegue o responsável pelo erro, pela ocultação, deve ser substituída por uma cultura que premeie a comunicação e em que os erros devem ser encarados como oportunidades de aprendizagem e melhoria do sistema (Fernandes & Queirós, 2011; Fragata 2011; IOM, 2001; NPSA, 2004).

James Reason (2000) defende que uma cultura de segurança positiva é uma cultura informada e atribui alto valor à comunicação porque só através da informação sobre os riscos e perigos é que se podem tomar medidas para implementar cuidados seguros.

Há evidências de que quando existe uma comunicação aberta, incentivo para relato da ocorrência de erros e uma análise imparcial dos mesmos, isso pode ter um impacto positivo e quantificável sobre o desempenho de uma organização. Uma cultura de segurança positiva vai ajudar as organizações do SNS a alcançar melhorias dentro de sua agenda clínica. Uma parte fundamental de alcançar a boa governação clínica está a reconhecer que nem sempre é possível conseguir o resultado clínico perfeito e que as lições aprendidas são uma parte importante e integrante de um programa contínuo de melhoria da qualidade (NPSA, 2004).

Numa organização onde a cultura de segurança é positiva os profissionais têm uma consciência constante e ativa do risco potencial da ocorrência de erros. Tanto as equipas como a própria organização são capazes de reconhecer os erros, aprender com eles, e de tomar medidas para corrigir a situação. Culturas de segurança abertas e justas significam compartilhar informações de forma aberta e livremente, e um tratamento justo para os profissionais quando um incidente acontece. Isto é vital quer para a segurança dos doentes quer para o bem-estar daqueles que fornecem os seus cuidados. A abordagem de sistemas de segurança reconhece que as causas dos erros não pode simplesmente ser atribuído às ações da equipa de saúde e aos indivíduos envolvidos. Todos os incidentes estão também ligados ao

sistema em que os indivíduos trabalham. Identificar erros no sistema ajuda as organizações a aprender lições que podem impedir que os mesmos erros ocorram (ARQH, 2012; NPSA, 2004).

Segundo a NPSA (2004), uma cultura de segurança nas organizações de saúde tem benefícios para os doentes, para os profissionais de saúde e para as próprias organizações, que são:

- Potencial redução na reincidência e na gravidade dos incidentes que colocam a segurança do doente em risco através de uma maior comunicação e aprendizagem organizacional;
- Diminuição de danos físicos e psicológicos nos doentes e família;
- Satisfação dos profissionais de saúde, diminuição de sentimentos como angústia, culpa, vergonha e perda de confiança, explicado pela diminuição da ocorrência de incidentes;
- Melhoria no tempo de espera para tratamentos através de uma maior rotatividade de doentes. Isso ocorre porque os doentes que sofrem um incidente de segurança exigem, em média, um extra de sete a oito dias no hospital para além do tempo normal que o seu tratamento exigiria;
- Redução dos custos incorridos para o tratamento;
- Redução dos recursos necessários para a gestão de queixas e reclamações;
- Diminuição nos custos financeiros e sociais decorrentes de incidentes de segurança dos doentes, incluindo tempo de trabalho perdido e benefícios por incapacidade.

Promover uma cultura de segurança implica mudança de valores, crenças e atitudes, e é um processo lento e difícil. É fundamental que não apenas os profissionais de saúde, mas todos os que trabalham em organizações de saúde, bem como os doentes e cuidadores, se envolvam neste processo.

Para desenvolver uma cultura de segurança numa organização é necessário haver uma liderança forte, um plano cuidadoso e uma monitorização contínua das medidas implementadas e dos resultados obtidos e requer mudanças em todos os níveis do SNS.

Segundo a NPSA (2004), para construir uma cultura de segurança, as organizações de saúde devem:

- Promover uma cultura de segurança justa e aberta para compartilhar informações e garantir a aprendizagem com o erro;
- Demonstrar que a segurança do doente é uma prioridade dos líderes e fomentar o trabalho em equipa eficaz;
- Implementar processos integrados de gestão de risco e rotineiramente realizar avaliações de toda a organização sobre o risco de erros e incidentes;
- Avaliar cuidados clínicos, procedimentos, processos e os incidentes de segurança do doente nos ambientes de trabalho;
- Notificar os incidentes, identificar quais as tendências para o erro e dar a conhecer a ocorrência de relatórios e quais as medidas tomadas para a prevenção do erro;
- Envolver os doentes e familiares na sua segurança fornecendo *feedback*;
- Realizar investigações sistemáticas na sequência de incidentes para orientar melhorias de aprendizagem contínua;
- Avaliar a cultura de segurança.

A primeira etapa no desenvolvimento de uma cultura de segurança é estabelecer a cultura da sua organização no presente. Uma série de ferramentas já estão disponíveis para ajudar a determinar crenças, atitudes e comportamentos subjacentes à cultura existente. Dirijam-se a uma variedade de questões incluindo: visibilidade da administração e compromisso com a segurança, comunicação entre profissionais e gestores, atitudes relativas à comunicação de incidentes, culpa e castigo, fatores no ambiente de trabalho que influenciam o desempenho. A avaliação da cultura de segurança fornece informações sobre cultura de segurança num dado momento, sendo necessário repetir a avaliação regularmente para verificar o seu progresso.

Uma cultura de segurança aberta e justa significa que as equipas tenham conhecimento sobre os incidentes em que estejam envolvidos e que todos sejam tratados de forma justa e se sintam apoiados quando ocorrem incidentes, que os profissionais e as próprias organizações sejam responsáveis pelas suas ações, todos os membros das equipas se devam sentir capazes de falar com os seus colegas e superiores sobre qualquer incidente, as organizações devam proporcionar abertura aos doentes, dando-lhes o *feedback* sobre as medidas implementadas para evitar que os mesmos erros aconteçam. Mas para se criar um ambiente aberto e justo é preciso desmistificar o mito da perfeição e o mito da punição (NPSA, 2004).

Segundo a ACSNI (1993) e Fragata (2011), as organizações com uma cultura de segurança positiva e sólida são caracterizadas pela comunicação fundada na confiança mútua, por percepções comuns da importância da segurança e pela confiança na eficácia de medidas preventivas, pela aprendizagem com os erros, pelo reconhecimento da inevitabilidade do erro e pela implementação de um sistema não punitivo de notificação de eventos adversos.

De acordo com Fragata (2011), a implementação de uma cultura de segurança do doente tem como objetivo minimizar eventos adversos e eliminar danos evitáveis em saúde. As instituições de saúde para desenvolverem políticas de segurança e para que estas sejam eficazes devem ser detentoras de uma cultura de segurança positiva, que pode levar anos a instalar-se, sendo necessário esforços constantes para garantir que as instituições se mantenham seguras e fiáveis.

Fragata (2011, p.228) alerta ainda que a cultura de segurança requer uma liderança próxima das equipas e “assente na assunção de risco e da falibilidade, na adoção da segurança como prioridade, no reporte e declaração de eventos, sem culpabilização, na aprendizagem e redesenho do sistema”.

É fundamental que todos os profissionais de saúde aceitem e assumam os erros como falhas no sistema e, os considerem como oportunidades de aprendizagem e melhoria da qualidade dos cuidados, promovendo a segurança do doente pediátrico. Para isso, é também muito importante o envolvimento dos gestores e administradores na prevenção de eventos adversos e na sua colaboração para implementar estratégias de segurança que promovam o desenvolvimento de uma cultura de segurança dentro das instituições (Harada et al., 2012; Pedreira et al., 2005; Santos, Biagioni, Faria & Santos, 2011). A NPSA (2004) alerta que os doentes devem também ser encorajados a assumir uma maior responsabilidade pela segurança dos seus cuidados.

Uma cultura de segurança positiva, onde a segurança do doente é a prioridade e os profissionais de saúde são os elementos chave para a segurança, segundo sugere Fragata (2011, p. 162), baseado em Reason (2000) e em Leape (2009), deve estar alicerçada numa:

cultura justa onde as pessoas não são punidas mas as violações não são toleradas; numa **cultura de reportar** onde as pessoas deverão falar e reportar os erros, sem receio de culpa ou punição e numa **cultura de permanente aprendizagem** onde os erros são conhecidos, investigados e as soluções encontradas e implementadas, sendo posteriormente controladas nos seus efeitos.

Jones et al. (2008) acrescentam que a motivação dos profissionais em relatar também depende da sua crença de que os padrões rígidos de autoridade são substituídos pelo respeito e reconhecimento, o que se traduz numa **cultura flexível**.

A cultura da culpa ainda é dominante e tradicional nos cuidados de saúde e, sem dúvida, prejudica o avanço de uma cultura de segurança.

Mas para desenvolver culturas de segurança positivas leva tempo, e é algo complexo pois muitas vezes surgem barreiras relacionadas com o tipo de cultura já enraizada nas instituições. Fragata (2011) e Gonçalves Filho et al. (2011) defendem o modelo de Parker - Hudson para classificar as culturas de segurança:

- **cultura patológica**, é um entrave pois os acidentes são interpretados como inevitáveis e não existem ações que promovam a segurança na organização, a mudança é ignorada;

- **cultura reativa**, preocupa-se apenas a reagir aos incidentes depois de terem acontecido e tenta identificar um culpado, não há preocupação em analisar a raiz do erro;

- **cultura calculista**, caracteriza-se pela existência de um sistema de gestão de risco, mas há pouco envolvimento dos profissionais de saúde, as medidas estão mais direcionadas para a quantificação dos erros;

- **cultura proativa**, já está instalada uma preocupação pela segurança do doente, já é uma cultura avançada, não punitiva, em que se procura prevenir os erros e os líderes promovem melhorias contínuas para a saúde;

- **cultura geradora ou construtiva**, em que a preocupação com a segurança está presente em todos os cuidados, os profissionais sentem-se à vontade para reportar os erros pois também existe um ambiente livre de culpa, a comunicação é eficaz, a troca de informação flui para a pessoa certa, no momento certo e da forma correta. A própria organização está constantemente a melhorar e a encontrar soluções para controlar os riscos e os líderes aceitam novas ideias e motivam as equipas. É a forma perfeita da cultura de segurança.

O avanço de culturas culpabilizantes para culturas construtivas e a eliminação de barreiras organizativas que impedem esta evolução cultural são componentes essenciais para a melhoria da segurança. Esta evolução das culturas de segurança é um processo lento e é importante que esta evolução seja sustentada e duradoura (Fragata, 2011; NPSA, 2004).

A cultura de segurança depende também de como os líderes da organização obtêm, usam e divulgam a informação. Para identificar áreas de cultura que necessitem de melhoria, para aumentar a consciência dos conceitos de segurança do doente e avaliar a eficácia das intervenções de segurança implementadas ao longo do tempo, as organizações devem avaliar a cultura de segurança ao nível da unidade e departamentos. Assim, é possível analisar e realizar comparações entre as várias unidades dentro das organizações e, permite priorizar intervenções de melhoria por unidade e departamentos. Comparações externas permitem que as organizações identifiquem como a sua cultura pode ser diferente da dos outros e de priorizar a melhoria de toda a organização (Nieva & Sorra, 2003).

Segundo os mesmos autores, o maior desafio na avaliação da cultura é estabelecer uma ligação entre a cultura de segurança e os resultados obtidos pelos doentes.

Uma cultura de segurança focaliza-se numa abordagem de sistemas ao tentar perceber o que leva os profissionais a terem comportamentos de risco e procura distinguir o erro humano, de comportamentos de risco e comportamentos imprudentes (AHRQ, 2012).

A cultura de segurança é fundamentalmente um problema local, na medida em que pode haver grandes variações na perceção da cultura de segurança dentro da mesma organização. A perceção da cultura de segurança pode ser elevada numa unidade dentro de um hospital e baixa em outra unidade, ou elevada entre a gestão e baixa entre os trabalhadores da linha da frente. Estas variações provavelmente contribuem para o registo misto de intervenções destinadas a melhorar o clima de segurança e reduzir os erros. Portanto, a liderança da organização deve estar profundamente envolvida e atenta às questões colocadas pelos profissionais, e estes devem entender e praticar as normas estabelecidas para a prestação de cuidados de qualidade (AHRQ, 2012).

A falta de sistemas de cuidados seguros é um problema que os profissionais de saúde enfrentam. Resolver este problema exige mudança de cultura dentro das equipas de saúde. Culturas em que os erros são vistos como resultado de fracasso individual devem ser trabalhadas no sentido dos erros serem vistos como oportunidades para melhorar o sistema. Um sistema de notificação de incidentes de segurança voluntário é fundamental para identificar os riscos, perigos e vulnerabilidades de uma organização, tem um papel importante na aprendizagem com os erros e contribui para melhorar os sistemas de cuidados, pelo que a base de uma cultura de segurança forte (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro; Jones et al., 2008) enfatiza a aprendizagem com os erros para melhorar os sistemas de cuidados, são a base de uma cultura de segurança forte (Jones et al., 2008).

1.6 - Sistemas de Notificação de Incidentes

No sentido de contribuir para a promoção da cultura de segurança do doente, a OMS lançou o desafio às organizações de saúde para a criação e implementação de Sistemas de Relatos de Incidentes (SRI), com o objetivo de aumentar a visibilidade do erro e da lesão decorrentes dos cuidados de saúde, e a partilha e aprendizagem com os erros de forma a encontrar soluções para a sua prevenção (Lage, 2010; Pedroto 2006; Ramos & Trindade, 2013).

A DGS aceitou o desafio e recentemente disponibilizou *on-line* o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA), de carácter voluntário, não punitivo, mas educativo na procura da aprendizagem com o erro, anónimo, para os profissionais de saúde e para os doentes (DGS, 2013b; Ramos & Trindade, 2013).

O SNNIEA permite caracterizar e quantificar a tipologia de incidentes que ocorrem em Portugal e permite identificar as áreas de atuação prioritárias para assim implementar medidas direcionadas aos incidentes com maior expressão (Barroso, 2013).

Segundo a WHO (2005), o objetivo principal dos sistemas de notificação é aprender com a experiência e alerta que a comunicação em si não melhora a segurança mas a resposta ao que foi relatado. Dentro de uma instituição de saúde, a elaboração de relatórios de um incidente deve desencadear uma investigação aprofundada para identificar as falhas dos sistemas subjacentes e levar a esforços para redesenhar os sistemas para prevenir ou minimizar recorrências. A divulgação dos resultados das análises efetuadas e das medidas de melhoria obtidas vai aumentar a confiança no sistema de notificação de incidentes e aumentar o seu crescimento. O *feedback* é imprescindível para o sucesso do sistema de notificação de incidentes.

Uma cultura de segurança deve encorajar e incentivar à notificação, que deve ser voluntária, confidencial e não punitiva. Um elemento importante que integra a notificação é o dever ético presente na prática dos profissionais de saúde. É através da notificação que se estimam os riscos, se implementam estratégias para prevenir ou minimizar as recorrências e se reorganizam os sistemas (Pedroto, 2006).

Os profissionais e as instituições devem reconhecer a notificação de incidentes como uma ferramenta útil para a prestação de cuidados de saúde seguros aos doentes (Barroso, 2013). No entanto, poucos são os profissionais que registam os seus erros e menos ainda são

os que os analisam, o que dificulta a aprendizagem e a prevenção de ocorrências semelhantes no futuro. A análise dos dados obtidos permite identificar as áreas que necessitam de medidas de correção bem como planejar a sua implementação (Lage, 2010).

A American Academy of Pediatrics (2001) defende que os sistemas de cuidados de saúde devem ser planeados com o objetivo principal de evitar erros e recomenda, também, o uso de um sistema de notificação de incidentes.

O primeiro passo na construção destes sistemas é identificar erros e estudar o seu padrão de ocorrência, para reduzir a probabilidade de eventos adversos. Uma preocupação específica em pediatria é a falta de informações sobre os erros médicos na população pediátrica e as estratégias necessárias para os minimizar e maximizar cuidados, tanto no ambulatório como nas hospitalizações (American Academy of Pediatrics, 2001).

A American Academy of Pediatrics (2001) recomenda:

- Os profissionais de saúde que lidam com o doente pediátrico devem procurar obter os melhores resultados de saúde possíveis para as crianças e suas famílias, proporcionando ambientes seguros e, para isso, devem trabalhar em equipa conscientes de que todas as intervenções envolvem riscos;

- As medidas para a melhoria da segurança do doente e para a prevenção de erros devem-se concentrar numa abordagem de sistemas. As investigações existentes sobre os cuidados de saúde revelam que os erros médicos raramente são falhas humanas, são na maioria erros de sistemas relacionados com equipamentos, processos complexos e falta de procedimentos e normas padronizados. Os sistemas devem ser desenvolvidos para identificar e aprender com os erros. Estes sistemas de aprendizagem com o erro devem ser abertos, devem promover a discussão de erros, sem culpa, e fornecer dados contextuais sobre o erro. O IOM apelou a uma diminuição de erros, sendo para isso necessário pesquisar as causas subjacentes e criar intervenções eficazes sem recorrer a estratégias punitivas;

- Sistemas de notificação de erro são uma parte de um sistema de aprendizagem de erro. A comunicação de erros não deve ser punitiva, a notificação deve ser voluntária e anónima, apenas os eventos mais críticos devem estar sujeitos a comunicação obrigatória e as informações relatadas não devem ser usadas em ação civil ou criminal;

- Reconhecer que os eventos adversos podem ser causados por erros individuais mas também por falhas dos sistemas;

- Apoiar o papel fundamental que a liderança da organização desempenha na melhoria dos sistemas.

A WHO (2005), no documento *WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems, from information to action*, define as características de um sistema de notificação de sucesso, que são:

- Não punitivo – quem notifica não deve ser punido;
- Confidencial – não é revelada a identificação do profissional, do doente nem da instituição;
- Independente – o sistema de notificação não tem relação com autoridade com poder disciplinar;
- Analisado por especialistas – os incidentes são analisados por especialistas que conhecem as situações e os sistemas clínicos;
- Oportuno – a análise e as conclusões são divulgadas atempadamente;
- Orientado para o sistema – as medidas de melhoria são direcionadas para o sistema e não para o desempenho individual;
- Reativo – emerge sempre a implementação das recomendações.

Segundo Costa (2011) e Barroso (2013), a finalidade do SNNIEA passa por:

- Melhorar a segurança para o doente e os profissionais;
- Promover a melhoria contínua;
- Promover a cultura pró-ativa em relação ao risco e à segurança;
- Promover uma cultura de transparência não punitiva;
- Identificar indicadores de segurança.

Segundo Barroso (2013), o SNNIEA tem como objetivos:

- Identificar as causas das falhas ativas e latentes;
- Prevenir incidentes;
- Melhorar a gestão do risco;
- Atuar sobre as causas dos incidentes;
- Agir mais precocemente quando as falhas ocorrem;
- Partilhar o conhecimento e as boas práticas;
- Orientar a formação ao nível local e nacional;
- Orientar a elaboração de normas e orientações.

O papel fundamental dos sistemas de notificação é o de melhorar a segurança do doente, aprendendo com as falhas do sistema de saúde. Os indivíduos que relatam incidentes não devem ser punidos ou sofrer represálias e os relatórios só têm valor se conduzirem a uma resposta construtiva. No mínimo, isso implica *feedback* sobre as conclusões da análise dos dados. Idealmente, ele também inclui recomendações para mudanças nos processos e sistemas de cuidados de saúde. O departamento que recebe os relatórios deve ser capaz de disseminar informações, fazer recomendações para mudanças e informar o desenvolvimento de soluções (WHO, 2005).

A implementação eficaz de um SRI é um processo lento. A motivação dos profissionais é imprescindível para o estabelecimento de um sistema de notificação de incidentes nos locais de trabalho bem como a garantia de uma estrutura que analise os erros e dê a informação de retorno em tempo útil. As principais barreiras sentidas pelos profissionais são o medo de uma punição, a falta de tempo, a percepção de inutilidade (sobretudo se não existe informação de retorno adequada) e a dificuldade em definir o que é um incidente. A capacidade de atuar localmente para a correção rápida dos incidentes detetados e a informação direta para quem relata, são os principais incentivos à implementação do sistema que, desta forma, se introduz plenamente na rotina como procedimento de segurança habitual (Lage, 2010).

2ª PARTE
ESTUDO EMPÍRICO

1 - Metodologia

Para se construir conhecimento e obter a veracidade dos factos torna-se necessário recorrer à investigação científica (Gil, 2006), sendo esta “...um processo sistemático, visando validar conhecimentos já adquiridos e produzir novos que, de forma directa ou indirecta, influenciam a prática “ (Burns & Groves, 2001, cit. por Fortin, Côté & Filion, 2009, p.4). O investigador utiliza o método científico como um instrumento que o auxilia durante todo o processo da sua investigação. Polit e Hungler (1995) defendem o método científico como o mais sofisticado para a aquisição de conhecimentos. A metodologia é assim todo o conjunto de meios e procedimentos intelectuais e técnicos, rigorosos, ordenados e sistemáticos, que ajudam o investigador a traçar um caminho para atingir os objetivos e a responder às questões de investigação (Fortin et al., 2009; Gil, 2006; Reis, 2010). Para Fortin et al. (2009), todas as decisões tomadas durante esta fase determinam o desenrolar do estudo.

Este capítulo refere-se à metodologia utilizada neste estudo, suporte de todo o processo de investigação. Nele iremos especificar o tipo de estudo, definir a população e a amostra, efetuar a operacionalização e categorização das variáveis em estudo, apresentar o instrumento de recolha de dados, descrever o procedimento de recolha de dados, bem como as questões éticas inerentes e, por último, relatar como se procedeu à análise dos dados.

1.1 - Métodos

A escolha do tema “Cultura de Segurança do Doente Pediátrico num centro hospitalar da zona norte” prende-se com o interesse e preocupação da investigadora, pela qualidade dos cuidados de saúde prestados ao doente pediátrico, em meio hospitalar e contribuir para a avaliação da CSDP. De facto, a importância desta temática reside no facto de se tratar de um tema bastante atual e constituir uma das recomendações da OMS aos Estados Membros, para que seja efetuada a avaliação da perceção dos profissionais sobre a cultura de segurança do doente. Tal como é referido pela DGS (2013a), acreditamos que esta avaliação permitirá implementar mudanças nos comportamentos dos profissionais e organizações prestadoras de cuidados e atingir melhores níveis de segurança e qualidade nos cuidados. São vários os estudos internacionais e nacionais que abordam e avaliam a cultura de segurança do doente de uma forma global, no entanto, são poucos os que se dedicaram a estudar este tema na área do doente pediátrico.

Com espírito crítico e reflexivo, abraçamos este estudo que assenta na questão central: “Quais são os fatores que influenciam a percepção da cultura de segurança do doente pediátrico?”.

Definimos ainda outras questões mais específicas:

- Q1 - Como se caracteriza a cultura de segurança do doente pediátrico?
- Q2 - Qual é a frequência de notificação de eventos/ocorrências?
- Q3 - Qual a opinião dos profissionais de saúde acerca da segurança do doente pediátrico enquanto dever ético?
- Q4 - Qual a influência das variáveis sociodemográficas e variáveis profissionais na percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico?
- Q5 - Que relação existe entre o conhecimento da estrutura conceptual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente, o conhecimento do Sistema Nacional de Identificação de Incidentes e Eventos Adversos, a notificação de incidentes e eventos adversos e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico?

Para dar resposta às questões de investigação, formularam-se alguns objetivos que indicam a razão que nos levou à investigação. Delineámos como objetivo geral do nosso estudo “Identificar fatores que influenciam a percepção da cultura de segurança do doente pediátrico num centro hospitalar da região norte”, e como objetivos específicos:

- Caracterizar a cultura de segurança do doente pediátrico percecionada pelos profissionais de saúde;
- Avaliar a frequência de notificação de incidentes/eventos adversos;
- Descrever a opinião dos profissionais de saúde acerca da segurança do doente pediátrico enquanto dever ético;
- Explorar as relações entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis profissionais e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico.
- Explorar as relações entre o conhecimento da estrutura conceptual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente, o conhecimento do Sistema Nacional de Notificação de incidente e Eventos Adversos, a notificação de incidentes e eventos adversos e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico.

Quando se investiga um problema, a escolha do tipo de estudo é fundamental, pois descreve a estrutura a utilizar para atingir os objetivos (Fortin et al., 2009). Baseados na natureza do problema e nos objetivos anteriormente delineados, optou-se por uma abordagem metodológica de análise quantitativa, porque os dados recolhidos são observáveis e quantificáveis (Fortin et al., 2009). Assim, este estudo de abordagem quantitativa classifica-se como descritivo-correlacional e transversal. É descritivo-correlacional porque tem por objetivo descrever, definir e conhecer as características de um determinado fenómeno, numa realidade escolhida e estabelece relações entre as variáveis sem recorrer à sua manipulação (Fortin et al., 2009; Gil, 2006). Relativamente à dimensão temporal, trata-se de um estudo transversal, uma vez que estuda o fenómeno num dado momento (Fortin et al., 2009). Face às questões e objetivos definidos, a representação do estudo pode ser esquematizada num modelo conceptual de base.

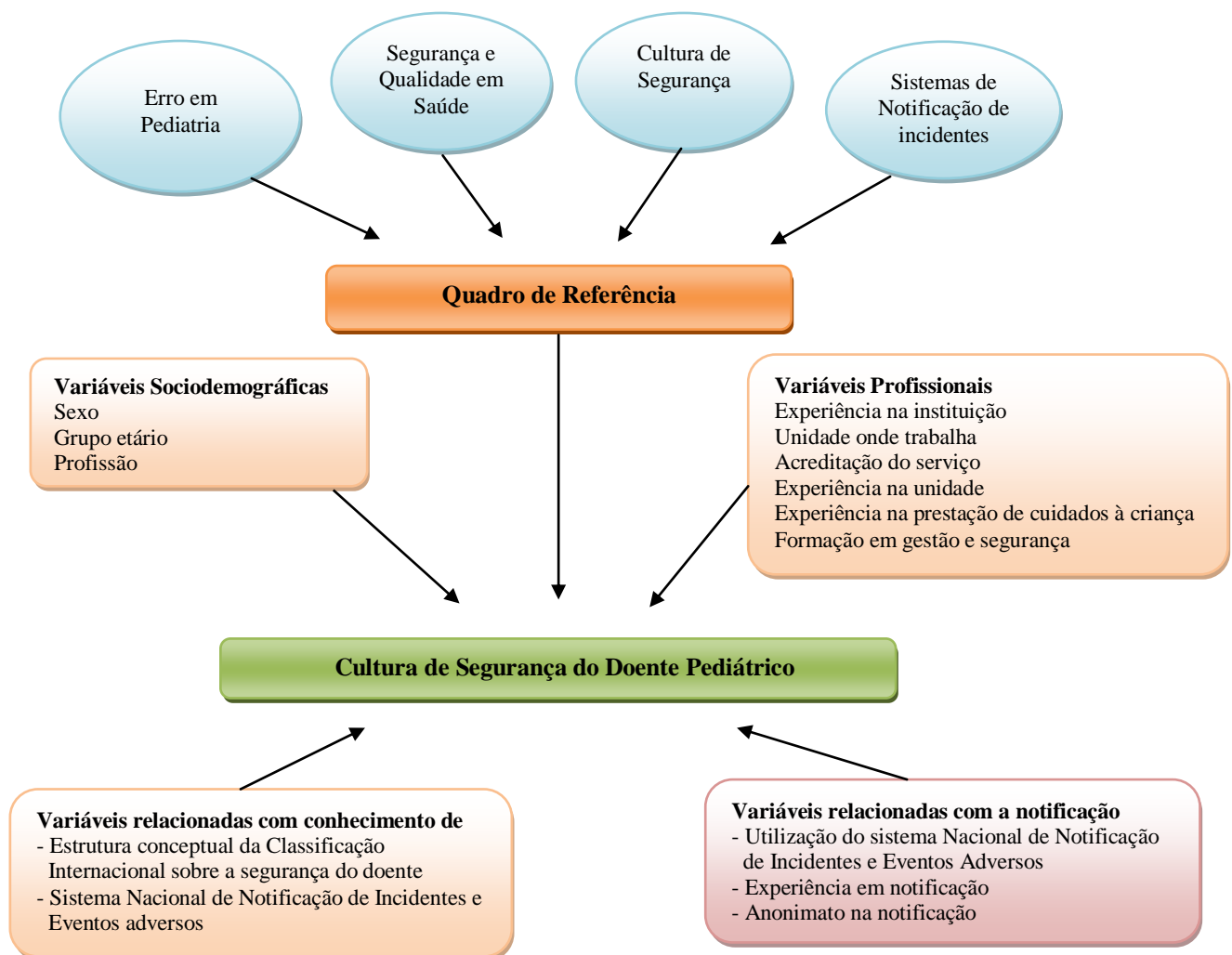


Figura 1. Modelo conceptual

1.2 - Operacionalização das Variáveis

Segundo Fortin et al. (2009, p.48), variável é algo mensurável, capaz de ser controlado e manipulado, podendo apresentar diferentes valores, “... é um conceito ao qual se pode atribuir uma medida ... qualidade ou características que são atribuídas a pessoas ou a acontecimentos que constituem objecto de uma investigação e às quais é atribuído um valor numérico”.

As mesmas autoras acrescentam que as variáveis podem ser classificadas mediante o papel que assumem numa investigação, e podem ser independentes, dependentes, de investigação, estranhas e de atributo, dependendo do tipo de estudo em que estão inseridas.

São vários os autores a defender que a informação fornecida pelas variáveis constitui a base do processo de investigação (Fortin et al., 2009; Marôco, 2007; Reis, 2010). As variáveis independentes “são a causa do efeito produzido na variável dependente”(Fortin et al., 2009, p. 171).

Neste estudo seguimos esta classificação: variáveis dependentes e independentes. As variáveis independentes são o sexo, a idade, a profissão, a experiência profissional na instituição, a unidade onde trabalha, o serviço/unidade acreditado, a experiência na unidade e na prestação de cuidados à criança, a formação na área de gestão e segurança, e as variáveis relacionadas com o conhecimento da estrutura conceptual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente (CISD) e SNNIEA e as variáveis relacionadas com a notificação.

Na tabela 1 apresentamos a operacionalização e categorização das variáveis independentes referentes aos profissionais de saúde.

Tabela 1 - Operacionalização e categorização das variáveis independentes

Variáveis	Operacionalização	Categorização
Sexo	Atributo fundamental dos organismos que se manifesta pela produção de uma de duas espécies de células, o gâmeta masculino ou o gâmeta feminino, cuja união permite a reprodução (Manuila, Manuila, Lewalle & Nicoulin, 1999, p.47).	1 - Masculino 2 - Feminino
Idade	Intervalo de tempo que decorre entre a data do nascimento (dia, mês e ano) e as 0 horas da data de referência. A idade é expressa em anos completos, salvo se tratar de crianças com menos de 1 ano, devendo nestes casos ser expressa em meses, semanas ou dias completos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012).	25-43 anos 44-61 anos
Experiência profissional na prestação de cuidados à criança	Conjunto de funções desempenhadas por um indivíduo em diferentes postos de trabalho ao longo da sua vida ativa (INE 2012).	1 - até 2 anos 2 - 3 a 7 anos 3 - 8 a 12 anos 4 - 13 a 20 anos 5 - 21 ou mais
Experiência na unidade	Conjunto de funções desempenhadas por um indivíduo numa unidade de trabalho.	1 - até 2 anos 2 - 3 a 7 anos 3 - 8 a 12 anos 4 - 13 a 20 anos 5 - 21 ou mais
Unidade onde trabalha	Unidade onde desempenha funções.	1 - Neonatologia 2 - Internamento de Pediatria 3 - Urgência de Pediatria 4 - Consulta Externa Pediatria 5- Vários serviços
Experiência na instituição	Conjunto de funções desempenhadas por um indivíduo numa determinada instituição (INE, 2012).	1 - até 2 anos 2 - 3 a 7 anos 3 - 8 a 12 anos 4 - 13 a 20 anos 5 - 21 ou mais
Serviço/Unidade Acreditado	Quando uma entidade é competente tecnicamente para efetuar uma determinada função específica, de acordo com normas internacionais europeias ou nacionais, baseando-se nas orientações emitidas pelos organismos internacionais de acreditação de que Portugal faça parte (Decreto-Lei nº 125/2004, de 31 de maio).	1 - Sim 0 - Não
Notificação de incidentes ou eventos	Participação de um acontecimento que poderia ter resultado, ou resultou em danos desnecessários para o doente (Travassos & Caldas, 2013).	- Sim - Não
Conhecimento da estrutura conceptual da CISD	Conhecimento do documento que define, harmoniza e agrupa conceitos de segurança do doente e permite identificar e analisar fatores relevantes em segurança do doente, de forma a permitir a aprendizagem e a melhoria dos sistemas (WHO, 2009b).	1-Sim 0-Não
Conhecimento do SNNIEA	Conhecimento de um sistema que permite aos profissionais de saúde, doentes e cidadãos reportar incidentes que colocam a segurança do doente em risco, de forma voluntária, anónima, confidencial, e não punitiva (DGS 2013b)	1- Sim 2- Não

Variáveis dependentes são definidas como “as que sofrem o efeito das variáveis independentes” (Fortin et al., 2009, p.171). Neste estudo, a variável dependente é a perceção da cultura de segurança do doente pediátrico (tabela 2).

Tabela 2 - Operacionalização e categorização da variável dependente

Variáveis	Operacionalização	Categorização
Cultura de segurança do doente pediátrico	“ produto de valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a segurança, e o estilo e competência da gestão da segurança de uma organização de saúde” (ACSNI, 1993, p.2).	1 - Positiva 2 - Neutra 3 - Negativa

1.3 - Participantes

A população define-se como um conjunto de elementos que possuem características comuns (Fortin et al., 2009). A população é sinónimo de universo (Gil, 2006; Reis, 2010). A população deste estudo foi constituída pelos profissionais de saúde que exercem funções nos serviços de Neonatologia, Internamento de Pediatria, Urgência de Pediatria e Consulta Externa de Pediatria, de um Centro Hospitalar da região norte de Portugal, num total de 110 sujeitos.

Uma vez que se torna impossível ou quase raro incluir os elementos de toda uma população num estudo, o investigador selecionou uma pequena parte dessa população e fez o estudo nessa amostra. Uma vez que a dimensão da população era reduzida, foram incluídos todos os profissionais de saúde presentes no momento de recolha de dados e que acederam colaborar no estudo. Como critérios de inclusão deste estudo foram estabelecidos o ser profissional de saúde (enfermeiros, médicos, técnicos de diagnóstico e terapêutica, técnicos superiores, assistentes operacionais e assistente técnico) num dos serviços incluídos no estudo (Neonatologia, Internamento de Pediatria, Urgência de Pediatria e Consulta Externa de Pediatria) de um centro hospitalar da zona norte em exercício profissional durante o período de recolha de dados. Trata-se de uma amostra não probabilística, do tipo acidental ou de conveniência, composta por 80 profissionais de saúde a exercerem funções nos serviços acima referidos, correspondendo a cerca de 88% da população.

1.3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Pela tabela 3 constatamos que no total da amostra (n=80), a maioria dos participantes pertence ao sexo feminino (88,8%), enquadra-se no grupo etário dos 44 aos 61 anos (50,7%) e exerce a profissão de enfermeiro (56,3%). A profissão com menor representatividade é a dos técnicos superiores (6,3%). A predominância do grupo etário dos 44-61 anos verifica-se tanto no sexo feminino (50,7%) como no sexo masculino (66,7%), embora mais acentuadamente neste último. No que diz respeito à profissão, o quadro repete-se no sexo feminino, em que a profissão maioritária continua a ser a de enfermeiro (59,2%), mas no sexo masculino existe uma distribuição igualitária entre os enfermeiros e os médicos (33,3%).

A média da idade dos participantes é $43,77 \pm 8,374$ anos, com uma idade mínima de 25 anos e a máxima de 61 anos.

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Grupo etário						
25-43 anos	33	46,5	3	33,3	36	45,0
44-61 anos	36	50,7	6	66,7	42	52,5
Não respondeu	2	2,8	-	-	2	2,5
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0
Profissão						
Assistente Técnico	4	5,6	2	22,3	6	7,4
Assistente Operacional	11	15,5	1	11,1	12	15,0
Enfermeiro	42	59,2	3	33,3	45	56,3
Médico	9	12,7	3	33,3	12	15,0
Técnico Superior	5	7,0	-	-	5	6,3
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0

Verificamos, ao analisar a tabela 4, que a média de idades dos participantes do sexo masculino é de 47,33 (Dp 8,170), com uma dispersão média (cv17,26) ligeiramente superior à do sexo feminino (média 43,30, Dp 8,346), também com uma dispersão média (cv 19,27). A distribuição para ambos os casos é simétrica e mesocurtica (SK/erro entre -2 e + 2; K/erro entre -2 e + 2). Tendo em conta os valores do cv, podemos classificar a dispersão da idade dos participantes como média.

Tabela 4 - Estatística descritiva da idade em função do sexo

Sexo	Idade	n	Min	Max	média	Dp	md	SK/erro	K/erro	cv
Masculino		9	33	61	47,33	8,170	50,0	-0,334	0,317	17,26
Feminino		69	25	59	43,30	8,346	45,0	-1,360	-1,021	19,27
Total		78	25	61	43,77	8,374	45,0	-1,368	-0,918	19,13

1.4 - Instrumento de Recolha de Dados

A recolha de dados de uma população tem um papel fundamental na construção de um trabalho de investigação. A escolha do método de recolha de dados deve basear-se nas questões de investigação ou nas hipóteses e ir ao encontro dos objetivos inicialmente delineados (Fortin et al., 2009).

O método de recolha de dados utilizado neste estudo foi o questionário. De acordo com Fortin et al. (2009, p.387), o questionário “tem como objetivo recolher informação relativa a acontecimentos, situações conhecidas, atitudes, comportamentos, entre outros. Exige dos inquiridos respostas escritas a um conjunto de questões”, facilita a quantificação das questões e as informações são colhidas de uma maneira rigorosa. O questionário é o instrumento mais adequado a este estudo, uma vez que se trata de uma população homogénea,

escolarizada e porque permite manter o anonimato. Para além disso, pode ser aplicado a um vasto número de pessoas de forma rápida e pouco dispendiosa (Fortin et al., 2009; Gil, 2006).

O instrumento de recolha de dados é constituído por três partes distintas. Da primeira parte (secção A), consta um grupo de questões respeitante à caracterização sociodemográfica e profissional da amostra; a segunda parte (secções B a H) integra a escala *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC), elaborada em 2004 pela AHRQ (Sorra & Nieva, 2004), traduzida e validada para a população portuguesa por Eiras (2008) e posteriormente adotada pela DGS. A terceira parte é composta por um conjunto de questões da nossa autoria para avaliar a opinião e o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a estrutura conceptual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente (CISD), bem como o SNNIEA e uma questão sobre o dever ético dos profissionais de saúde relativamente à segurança do doente (*Anexo I*).

A escala HSPSC é composta por 42 itens, divididos em subescalas para medir 12 dimensões da cultura de segurança do doente, incluindo ainda duas variáveis de item único. Está estruturada em oito secções identificadas de B a H e com distribuição multidimensional. Em cada item é utilizada uma escala de respostas tipo *likert* de cinco pontos de concordância (“Discordo totalmente” a “Concordo”) ou de frequência (“Nunca” para “Sempre”). A pontuação varia entre 1 ponto atribuído à opção de resposta “Discordo totalmente” até 5 pontos atribuídos à opção de resposta “Concordo totalmente”, que foi invertida nos itens discutidos na tabela com o símbolo “r”. Uma maior pontuação na escala significa maior cultura de segurança percecionada. Fazem parte ainda da escala duas variáveis de item único que são o grau de segurança do doente (item F) e o número de eventos/ocorrências notificadas (item H). Nesta escala são avaliadas 12 dimensões da cultura de segurança e, destas, sete são consideradas ao nível da unidade, três a nível do hospital e duas de variáveis de resultado. Na tabela 5 constam as dimensões que fazem parte desta escala, bem como os respetivos itens correspondentes na escala.

Tabela 5 - Dimensões da cultura de segurança

Item	DIMENSÃO
DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA A NÍVEL DA UNIDADE	
1. Trabalho em equipa	
B1	Neste serviço/unidade os profissionais entreadjudam-se.
B3	Quando é necessário efectuar 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 acções de promoção de segurança	
C1	O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos.
C2	O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente.
C3r	Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos.
C4r	O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança, que ocorrem repetidamente.
3. Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	
B6	Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria de 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
4. Feedback e comunicação acerca do erro	
D1	É-nos fornecida informação acerca das mudanças efectuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências.
D3	Somos informados acerca de erros que aconteçam neste serviço/unidade.
D5	Neste serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer.
5. 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 acções dos superiores hierárquicos.
D6r	Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo.
6. Dotação de profissionais	
B2	Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido.
B5r	Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados.
B7r	Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável.
B14r	Trabalhamos em “modo crise”, tentando fazer muito, demasiado depressa.
7. Resposta ao erro não punitiva	
B8r	Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles.
B12r	Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si.
B16r	Os profissionais preocupam-se se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal.
DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA AO NÍVEL DO HOSPITAL	
8. Apoio à segurança do doente pela gestão	
G1	A direcção do hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente.
G8	As acções da direcção do hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades.
G9r	A direcção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade.
9. Trabalho em equipa nas unidades hospitalares	
G2r	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.
G6r	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. Transferências e transições hospitalares	
G3r	A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um serviço unidade para o outro.
G5r	É frequentemente perdida a informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno.
G7r	Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários serviços/unidades do hospital.
G11r	As mudanças de turno neste hospital são problemáticas para o doente.
VARIÁVEIS DE RESULTADO DE CULTURA DE SEGURANÇA	
11. Percepções gerais sobre a segurança do doente	
B10R	É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste serviço/unidade.
B15	Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho.
B17r	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.
12. Frequência da notificação de eventos adversos	
E1	Quando ocorre um evento/ocorrência, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é notificada?
E2	Quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificada?
E3	Quando ocorre um evento/ocorrência, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é notificada?

De seguida fazemos uma breve explicação das dimensões da escala acima referidas.

A dimensão “*trabalho em equipa*” refere-se ao funcionamento das equipas, ao respeito entre os profissionais, a interajuda e o sentirem fazer parte da mesma (Costa, 2013). Fragata (2011, p.32) defende que o trabalho em equipa gera a segurança do doente na medida em que

”a equipa permite que a resistência à mudança seja menor e a adoção de novos procedimentos de segurança seja mais facilmente realizada. As equipas devem ser bem estruturadas e geridas para proporcionar a segurança, pois o inverso pode conduzir a erros”.

A dimensão “*expectativas do supervisor/gestor e ações de promoção de segurança*”, segundo o mesmo autor, está relacionada com as atitudes do líder, este deverá ser proativo e estar atento às necessidades da equipa e dos doentes.

A dimensão “*feedback e comunicação ao erro*” está relacionada com as atitudes e comportamentos perante os erros. “Quando estes acontecem devem-se corrigir e desenvolver mecanismos a fim de melhorar práticas ou procedimentos” (Costa, 2013, p.51). Os profissionais são informados sobre os erros que acontecem, existe *feedback* sobre as mudanças implementadas e discutem-se formas de evitar erros (Rockville et al., 2012).

A “*abertura na comunicação*” refere-se à abertura existente pelos gestores para ouvir sugestões, demonstrar interesse e facilitar a comunicação (Costa, 2013). Segundo a WHO (2009c), a comunicação é a transferência de informação, ideias e sentimentos, sendo essencial para a eficiência, qualidade e segurança no trabalho. Segundo Fragata (2011), a má comunicação será responsável por cerca de dois terços dos eventos adversos graves, e para evitar erros a comunicação deverá ser muito bem estruturada. Rockville et al. (2012) definem esta dimensão como a liberdade que os profissionais têm para falar sobre situações que considerem prejudiciais para o doente mesmo que isso signifique questionar aqueles que lideram ou que tenham mais autoridade.

A “*aprendizagem organizacional – melhoria contínua*” refere-se à sensibilidade dos gestores para promover mudanças positivas quando ocorrem erros, monitorizá-las e avaliar a sua eficácia, contribuindo para a melhoria contínua (Costa 2013; Pimenta, 2013; Rockville et al., 2012).

A dimensão “*dotação de profissionais*” está relacionada com as dotações seguras bem como a eficácia das equipas, no sentido em que estas partilham informações, responsabilidade e experiências decisivas no atendimento do doente (Costa, 2013). A quantidade de profissionais existentes na prestação direta de cuidados ao doente e a carga de trabalho dos mesmos, influenciam todos os sistemas da instituição e refletem se existem meios humanos para dar resposta ao trabalho exigido, tendo implicação na segurança do doente (Pimenta, 2013). Segundo a OE (2014), a dotação adequada de recursos de enfermagem é fundamental

para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, que garantam a segurança e a satisfação dos clientes.

A “*resposta ao erro não punitiva*” está relacionada com um ambiente livre de culpa. Uma cultura culpabilizante e o medo das consequências ao comunicar um erro constituem uma barreira à aprendizagem, logo influencia a segurança do doente (Pimenta, 2013). Segundo a WHO (2004), quem notifica o erro não deve ser punido nem sofrer consequências pelo facto de ter notificado determinado evento adverso, erro, incidente. A notificação deve conduzir a uma resposta construtiva e não punitiva.

O “*apoio à segurança do doente pela gestão*” é outra dimensão avaliada, e caracteriza-se pelas tomadas de decisão do gestor para a melhoria da segurança (Costa, 2013).

A dimensão “*trabalho em equipa nas unidades hospitalares*” refere-se ao ambiente e às relações existentes entre as equipas de diferentes unidades.

A dimensão “*transferências e transições hospitalares*” tem a ver com a comunicação existente entre todos os profissionais de saúde que se relacionam com o doente (Costa, 2013; Pimenta, 2013). A comunicação deve ser eficaz, clara e consistente para que não se percam informações relevantes sobre o doente nos momentos de passagens de turno, transferências para outras unidades e outros hospitais (Rockville et al., 2012).

“*Perceções gerais sobre a segurança do doente*” é outra das dimensões e refere-se à opinião dos profissionais de saúde quanto à segurança do doente (Costa, 2013).

A dimensão “*frequência da notificação de eventos adversos*” é caracterizada pela notificação ou não de eventos adversos. Segundo a WHO (2004), o papel fundamental da notificação é reforçar a segurança do doente. Devem estar bem definidos os conceitos de evento adverso, erro e incidente para os poder notificar corretamente. Assim e de acordo com a *International Classification for Patient Safety* (Travassos & Caldas, 2013, p.25), **erro** é sempre uma falha, não intencional, em executar um plano de ação como pretendido, e **incidente** é um evento ou circunstância não esperado que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao doente. Os incidentes classificam-se como: **near miss** – incidente que não atingiu o doente; **incidente sem dano** – evento que atingiu o doente, mas não causou dano discernível; e incidente com dano (**evento adverso**) – é o efeito não desejado que resulta em dano ao doente, consequência da intervenção dos cuidados de saúde ou da sua falta, mas não da doença ou do estado do doente.

Nesta dimensão faz-se referência aos erros percebidos e corrigidos antes de afetar o doente, aos erros sem potencial para prejudicar o doente, e aos erros que poderiam prejudicar o doente, mas que não aconteceu (Rockville et al., 2102).

A escala HSPSC, segundo o estudo de validação para a população portuguesa de Eiras, Escoval, Grillo e Silva-Fortes (2014), demonstrou ter uma boa fiabilidade, que foi avaliada pela determinação da consistência interna, através do cálculo do alfa de *Cronbach*, tendo os autores obtido para oito das dozes dimensões do instrumento um alfa de *Cronbach* maior de 0,70 e um alfa global elevado de 0,91.

1.5 - Procedimento de Recolha de Dados

Durante todas as etapas do processo de investigação que envolvem seres humanos é necessário cumprir e respeitar os princípios éticos, deontológicos e morais das pessoas, de forma a garantir o respeito por todos os seres humanos e a proteger os seus direitos.

Existem quatro princípios basilares da bioética que visam evitar práticas abusivas nas pesquisas envolvendo seres humanos, são o princípio da autonomia, o princípio da não maleficência, o princípio da beneficência e o princípio da justiça. Segundo o princípio da autonomia, a pessoa tem capacidade para fazer escolhas sem imposições ou influências externas, opta pelo que é melhor para si, tem domínio sobre sua própria vida e deve ser respeitada. O princípio da não maleficência diz respeito ao cuidado que o investigador deve ter em não prejudicar, nem fazer sofrer a pessoa que está a ser alvo de estudo. O princípio da beneficência exige que o bem da pessoa é prioritário em relação aos demais interesses da investigação. Segundo o princípio da justiça, existe obrigação ética de tratar cada indivíduo conforme o que é moralmente correto e adequado, a equidade é fundamental, na qual se impõe um tratamento igual na medida das desigualdades de cada cidadão (Loch 2002; Pucci, 2009).

A finalidade da investigação nunca deve prevalecer sobre os direitos e interesses individuais dos participantes no estudo e é dever do investigador proteger a vida, a saúde, a dignidade, a integridade, o direito à autodeterminação, a privacidade e a confidencialidade da informação pessoal dos participantes (Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, 2008).

Fortin et al. (2009) também defendem que nos estudos com seres humanos devem ser respeitados os princípios determinados pelo código de ética: o direito à intimidade, o direito à autodeterminação, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal.

Neste estudo foram adotadas as recomendações da Declaração de Helsínquia sobre os princípios éticos na investigação ao serem respeitados os princípios de privacidade e confidencialidade e ao serem tomadas todas as precauções para proteger a privacidade dos participantes na investigação e a confidencialidade dos seus dados pessoais.

Assim, o primeiro passo foi formalizar o pedido de autorização para a utilização do questionário (HSPSC) à investigadora que o validou para a população portuguesa, por correio eletrónico, em fevereiro de 2013, ao qual se obteve uma resposta favorável e de total disponibilidade para colaborar (*Anexo II*).

Segundo a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (2008, p.2), o “protocolo de investigação deve ser submetido, para apreciação, comentários, orientação e aprovação, à respetiva comissão de ética para a investigação antes de o estudo começar”. Assim, foi pedido parecer para a realização do estudo à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu, do Instituto Politécnico de Viseu (*Anexo III*), em 14 janeiro de 2013, do qual obtivemos parecer favorável (*Anexo III*).

Foi também solicitado ao Conselho de Administração da instituição em causa, uma autorização (*Anexo IV*) para a recolha de dados, que nos foi concedida em fevereiro de 2013.

Após reunidas todas as autorizações, realizou-se um levantamento do número aproximado de profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados ao doente pediátrico, a fim de ajustar o número de questionários impressos. Os questionários não tinham qualquer tipo de elemento identificativo de forma a respeitar os princípios de confidencialidade e anonimato.

De seguida, o diretor dos serviços foi contactado para lhe ser dado conhecimento do estudo, tendo sido dadas explicações acerca dos objetivos do mesmo e perspetivada a melhor forma de se proceder à recolha de dados. Depois deste primeiro contacto, a investigadora deslocou-se aos serviços envolvidos no estudo para deixar envelopes não identificados que continham os questionários, tendo solicitado a colaboração dos enfermeiros chefes e do diretor dos serviços para fazerem chegar os mesmos aos profissionais de enfermagem, aos auxiliares de ação médica e aos médicos, respetivamente. Quanto aos outros profissionais, a

investigadora dirigiu-se aos seus locais de trabalho e entregou diretamente aos profissionais em serviço, naquele momento, os envelopes com os questionários dentro de outro envelope, onde apenas figuravam os questionários para avaliação da CSDP e foi feita uma breve explicação sobre os objetivos do estudo em questão.

Noutra unidade pertencente à mesma instituição, os questionários foram entregues à enfermeira chefe, que os fez chegar a todos os profissionais de saúde. Decorrido cerca de um mês, os referidos questionários foram devolvidos por correio interno, em envelope fechado, não identificado e dirigido à enfermeira chefe, que posteriormente os entregou à investigadora.

Os outros questionários foram recolhidos pela investigadora, nos serviços onde previamente tinha deixado um envelope maior com a identificação “Questionários para Avaliação da Cultura de Segurança do Doente Pediátrico”, no qual os profissionais colocaram os questionários preenchidos. A recolha dos questionários terminou no dia 31 de maio de 2014.

Verificaram-se algumas dificuldades na devolução dos questionários por parte de alguns profissionais, que foram ultrapassadas após alguma insistência da investigadora.

1.6 - Análise dos Dados

A fim de procedermos à análise de dados foi construída uma base de dados no programa estatístico para tratamento de dados em ciências sociais (*Statistical Package for the Social Science*, versão 21.0), no qual os dados foram editados.

Na análise de dados propriamente dita recorreremos à estatística descritiva e inferencial. Na estatística descritiva, com o objetivo de descrever os dados obtidos, foram pedidas as frequências absolutas (n) e relativas (%) para todas as variáveis e as medidas de tendência central (média) e de dispersão (máximo, mínimo, coeficiente de variação (Cv) e desvio-padrão DP) no caso das variáveis de rácio (idade e pontuação das diferentes dimensões). Na tabela seguinte está descrita a classificação do coeficiente de variação segundo Pestana e Gageiro (2005). Relativamente ao coeficiente de variação, tivemos em conta a classificação que consta da tabela 6.

Tabela 6 - Coeficiente de variação

Coeficiente de variação	Classificação do grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão fraca
16% - 30%	Dispersão média
>30%	Dispersão elevada

Foram também utilizadas as medidas de assimetria *Skewness* (Sk) e de achatamento *kurtosis* (k). A medida de assimetria obtém-se através do quociente entre (SK) e o erro padrão (EP), se SK/EP variar entre -2 e 2 a distribuição é simétrica. Se o quociente SK/EP for inferior a -2 a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita e se o quociente SK/EP for superior a +2 a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda. Para obter o valor do achatamento também se tem de achar o quociente entre o k e o EP, pelo que se oscilar entre -2 e 2 a distribuição é mesocúrtica, se inferior a -2 a distribuição é platicúrtica e se for superior a +2 a distribuição é leptocúrtica.

A idade foi recodificada em dois grupos etários, em função do ciclo de vida do ser humano, utilizando como ponto de corte os 43 anos, limite superior para a categoria dos jovens adultos e os 44 anos, limite inferior da categoria dos adultos meia-idade, divisão utilizada no estudo de Fernandes e Queirós (2011).

Procedemos ainda à recodificação das variáveis experiência no serviço/unidade, experiência profissional na prestação de cuidados à criança e experiência na instituição porque verificamos que as categorias < 6 meses, de seis a 11 meses e um a dois anos tinham poucos casos, pelo que decidimos constituí-las numa só categoria (até dois anos), para concentrar o número de casos.

Recodificamos a variável unidade assistencial ou serviço onde presta cuidados, às quais agregamos uma outra categoria (vários serviços) a fim de incluir os profissionais que trabalhavam em vários serviços ao mesmo tempo.

Neste questionário há questões formuladas pela negativa e outras pela positiva. As questões assinaladas com “r” estão colocadas na negativa e são: B5r, B7r, B8r, B10r, B12r, B14r, B16r, B17r, C3r, C4r, D6r, FG2r, G3r, G5r, G6r, G7r, G9r, G11r (tabela 5). Neste conjunto de questões, seguiram-se as recomendações das autoras Sorra e Nieva (2004), tendo sido feita a inversão das pontuações. De seguida procedemos à soma das pontuações por dimensão e total da escala.

Para classificar e interpretar os resultados da cultura de segurança do doente, foi feita uma recodificação das respostas em três categorias de acordo com a tabela 7.

Tabela 7 - Recodificação da escala e interpretação dos resultados

Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Código base
Nunca	Raramente	Por vezes	Maioria das vezes	Sempre	Recodificação
Negativo - 1		Neutro - 2		Positivo - 3	

Para a análise e interpretação dos resultados seguimos as orientações metodológicas de Fernandes e Queirós (2011) em que um item ou uma dimensão classifica-se como forte (muito bom nível) quando o percentual de respostas positivas é superior ou igual a 75% (concordo/concordo fortemente ou maioria das vezes sempre); para classificar um item ou dimensão como não críticos mas como oportunidade para melhorar, as respostas positivas aos mesmos itens situam-se entre valores de 50% e 75%, (concordo/concordo fortemente ou a maioria das vezes/sempre). Para avaliar os resultados inferiores ou iguais a 50% os autores classificam-nos como aspetos críticos/problemáticos.

Assim, a percentagem de respostas positivas nos diferentes itens passa a ser o principal indicador de análise. Podemos então apontar quais os aspetos fortes, os aspetos não críticos mas com oportunidade para melhorar e os aspetos críticos/problemáticos da CSDP, mediante o percentual de respostas positivas. As variáveis compostas por cada um dos itens, que apresentavam cinco opções de resposta, de acordo com as categorias “Discordo fortemente” (pontuação 1) até “Concordo fortemente” (pontuação 5) foram recodificadas em três categorias, nas quais agregamos as duas categorias negativas numa só categoria, que designamos por perceção negativa, a categoria neutra (não concordo nem discordo), a que chamamos perceção neutra e, por último, as duas categorias positivas (Concordo e concordo fortemente), agregadas numa só categoria que designamos por perceção positiva.

Foram excluídos do estudo, após a recolha de dados, os casos que apresentavam todos os itens da mesma secção, excetuando a secção E, com a mesma resposta; a secção B, D ou G em branco; secção C e E simultaneamente em branco e mais de metade dos itens por responder, ao longo de todo o inquérito, em diferentes secções, segundo as recomendações de Sorra e Nieva (2004). Neste estudo foi excluído apenas um questionário.

Na estatística inferencial utilizamos os testes estatísticos não paramétricos *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*, na exploração das relações entre as características

sociodemográficas e profissionais, e variáveis relacionadas com o conhecimento da estrutura conceptual da CISD, o conhecimento do SNNIEA, a notificação de incidentes e eventos adversos dos participantes e a pontuação das dimensões da CSDP, pelo facto de as variáveis em análise não cumprirem os pressupostos inerentes à utilização dos testes paramétricos (*t Student* e *ANOVA*), a normalidade e a homogeneidade de variâncias.

Consideramos existirem diferenças estatísticas significativas quando o p value $\leq 0,05$.

Os testes de hipóteses baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a hipótese se p for inferior ou igual a 0,05. Foram utilizados os seguintes níveis de significância que constam da tabela 8 (Pestana & Gageiro, 2005).

Tabela 8 - Níveis de significância

Níveis de significância	Classificação do nível de significância
$p > a 0,05$	Não significativo
$p \leq a 0,05$	Significativo
$p < a 0,01$	Bastante significativo
$p < a 0,001$	Altamente significativo

Terminadas as considerações metodológicas, procedemos à apresentação e análise dos resultados no capítulo seguinte.

2 - Apresentação dos Resultados

Neste capítulo procedemos à apresentação dos resultados do estudo, que nos permitem dar resposta aos objetivos inicialmente delineados e às questões de investigação formuladas. Iniciamos com a estatística descritiva referente às variáveis e depois a estatística inferencial, respeitante aos testes estatísticos que nos permitiram explorar as relações entre as variáveis.

2.1 - Estatística Descritiva

Para uma melhor organização, este capítulo está estruturado em três subcapítulos: no primeiro fazemos referência à caracterização da experiência profissional dos participantes; no segundo procedemos à caracterização da perceção da CSDP, quanto às dimensões (fatores) e itens (indicadores) da CSDP, onde são abordados os aspetos fortes, aspetos não críticos, mas a necessitar de melhorar e aspetos críticos/problemáticos, ao grau de segurança atribuído e número de eventos/ocorrências notificados; no terceiro e último subcapítulo descrevemos o conhecimento, experiência e opinião dos profissionais de saúde acerca da segurança do doente.

A fonte das tabelas encontra-se omitida uma vez que todos os dados foram recolhidos através do instrumento de recolha de dados utilizado para o efeito neste estudo.

2.1.1 - Caracterização da experiência profissional

De seguida procedemos à caracterização da experiência profissional dos participantes no estudo, em função do sexo e do total da amostra, quanto à experiência profissional na instituição, serviço onde exerce a atividade profissional, acreditação do serviço, experiência no serviço, experiência na prestação de cuidados à criança e participação em formação no âmbito da segurança do doente e gestão (tabela 9). Assim, verificamos que, no total da amostra, o maior grupo de profissionais tinha uma experiência na instituição de 21 ou mais anos (36,3%), seguido pela categoria de 13 a 20 anos (33,8%), que no seu conjunto perfazem 70,1%, sendo por isso profissionais com muitos anos de experiência. Existia apenas 6,3% que possuía até 2 anos de experiência na instituição, o grupo com menor experiência.

Quanto à experiência na unidade assistencial, o maior grupo de profissionais (33,8%) exercia a sua atividade no internamento de pediatria, seguido pelo grupo que exercia na

urgência de pediatria (25,0%). O grupo minoritário desempenhava a sua atividade na consulta externa de pediatria (8,7%). Relativamente à experiência no serviço, o maior grupo referiu uma experiência entre 13 a 20 anos (32,5%), seguido pelos que tinham uma experiência no serviço de 21 ou mais anos (22,5%), que no seu conjunto perfazem 55%. As categorias com menor experiência profissional até 2 anos e de 3 a 7 anos são aquelas onde se enquadrava o menor percentual de profissionais (13,8%).

No que diz respeito à experiência profissional na prestação de cuidados à criança, o maior grupo de participantes no estudo prestava cuidados à criança entre 13 a 20 anos (30%), seguido da categoria com 21 ou mais anos (26,3%), categorias de maior experiência profissional que em conjunto totalizam 56,3%. Também no caso de prestação de cuidados à criança, as categorias de menor experiência profissional, até dois anos e três a sete anos, obtiveram ambas o mesmo percentual (13,8%). A maioria dos profissionais (82,5%) assinalou que os serviços onde exercia a sua atividade profissional são acreditados. Por último, no que se refere à participação em formação relativa à segurança do doente e gestão, a maioria da amostra (61,3%) indicou não ter feito qualquer formação neste âmbito. O cenário de distribuição da amostra destas variáveis em função do género repete-se relativamente à experiência na instituição, com pequenas *nuances* de variação, em que a categoria de 21 ou mais anos obteve o maior percentual no sexo masculino (66,6%), mas não no sexo feminino (32,4%), com uma diferença bastante acentuada no sexo masculino, e a categoria dos 13 a 20 anos enquadrava o maior número de profissionais do sexo feminino (33,8%), embora a diferença seja muito diminuta. A categoria de menor experiência profissional na instituição (até dois anos) não apresentava casos no sexo masculino.

Quanto à distribuição por sexo da experiência na unidade assistencial, verifica-se que o serviço que enquadrava maior percentual de profissionais no total da amostra se deve, sobretudo, aos profissionais do sexo feminino (36,6%), enquanto os homens exerciam a sua atividade maioritariamente na urgência de pediatria (37,3%) e em múltiplos serviços (33,3%). No que diz respeito à experiência profissional no serviço, repete-se o quadro do total da amostra, uma vez que tanto os profissionais do sexo masculino como do sexo feminino apresentavam os maiores percentuais nas categorias 13 a 20 anos e 21 ou mais anos, embora com uma ligeira predominância do sexo masculino, que não apresentava casos na categoria de 8 a 12 anos. No que se refere à experiência profissional na prestação de cuidados à criança, em função do género, temos apenas uma variação relativa ao cenário no total da amostra, no sexo masculino, que apresentava o maior percentual na categoria dos 21 ou mais anos

(33,3%), enquanto no sexo feminino o maior percentual é o da categoria dos 13 aos 20 anos (31%). Nesta variável também não existem casos do sexo masculino na categoria dos 3 aos 7 anos.

Em termos da acreditação dos serviços, ambos os géneros indicaram maioritariamente que os serviços onde exerciam a atividade profissional eram acreditados, embora o percentual seja um pouco mais elevado no sexo masculino (88,9%). Por último, o cenário em função do sexo relativo à formação no âmbito da segurança do doente e gestão é bastante diferente do total da amostra, uma vez que o sexo feminino indicou maioritariamente (66,2%) não ter participado neste tipo de formação, enquanto o sexo masculino fez a indicação contrária, num percentual bastante elevado (77,8%).

Tabela 9 - Caracterização da experiência profissional

Variáveis	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Experiência na instituição						
0 até 2 anos	5	7,0	-	-	5	6,3
3 a 7 anos	8	11,3	-	-	8	10,0
8 a 12 anos	11	15,5	-	-	11	13,8
13 a 20 anos	24	33,8	3	33,3	27	33,6
21 ou mais	23	32,4	6	66,7	29	36,3
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0
Unidade assistencial						
Neonatologia	7	9,9	1	11,1	8	10,0
Internamento Pediatria	26	36,6	1	11,1	27	33,8
Urgência de Pediatria	17	23,9	3	33,3	20	25,0
Consulta externa Pediatria	6	8,5	1	11,1	7	8,7
Vários Serviços	13	18,3	3	33,4	16	20,0
Não respondeu	2	2,8	-	-	2	2,5
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0
O serviço é acreditado						
Não	8	11,3	1	11,1	9	11,3
Sim	58	81,7	8	88,9	66	82,5
Não respondeu	5	7,0	-	-	5	6,2
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0
Experiência no serviço						
0 até 2 anos	9	12,6	2	22,3	11	13,8
3 - 7 anos	10	14,1	1	11,1	11	13,8
8 - 12 anos	12	16,9	-	-	12	15,0
13 - 20 anos	23	32,4	3	33,3	26	32,4
21 ou mais	15	21,1	3	33,3	18	22,5
Não respondeu	2	2,8	-	-	2	2,5
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0
Experiência profissional na prestação de cuidados à criança						
0 até 2 anos	9	12,6	2	22,2	11	13,8
3 a 7 anos	11	15,5	-	-	11	13,8
8 a 12 anos	9	12,7	1	11,1	10	12,4
13 a 20 anos	22	31,0	2	22,2	24	30,0
21 ou mais	18	25,4	3	33,3	21	26,2
Não respondeu	2	2,8	1	11,1	3	3,8
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0
Fez formação relativa à segurança do doente e gestão						
Sim	24	33,8	7	77,8	31	38,7
Não	47	66,2	2	22,2	49	61,3
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0

2.1.2 - Cultura de segurança do doente pediátrico

De seguida apresentamos os resultados relativos às dimensões da cultura de segurança do doente, resultantes da aplicação da escala HSPSC, dando resposta à questão 1, ao grau de segurança do doente, atribuído pelos participantes no estudo ao serviço/unidade de trabalho do hospital onde exercem a sua atividade profissional, bem como ao número de eventos/ocorrências notificadas, pelos próprios, nos últimos 12 meses, que preencheram e entregaram, dando resposta à questão 2.

2.1.2.1 - Dimensões da cultura de segurança do doente pediátrico

Analisando a tabela 10, da qual constam as médias das 12 dimensões da CSDP, mensuradas pela escala, verificamos que 10 dessas dimensões apresentam uma média mais deslocada à direita, mais perto da pontuação máxima, o que significa uma perceção positiva da CSDP.

Das dimensões que comportam quatro itens, aquele que apresenta a média mais elevada é a dimensão “Trabalho em equipa” ($11,27 \pm 1,118$), mais deslocada para a pontuação máxima, o que significa que grande parte dos respondentes se concentrou na pontuação 3, e a que possui menor média ($8,87 \pm 1,589$), mais deslocada para a pontuação mínima, é a dimensão “Dotação de profissionais”, em que os inquiridos atribuíram mais respostas na pontuação 1 e 2.

Quanto às medidas de enviesamento e achatamento, a dimensão “Trabalho em equipa” é assimétrica negativa enviesada à direita ($Sk/erro = -7,4$) e leptocurtica ($k/erro = 12,12$) com uma dispersão fraca ($cv = 9,9\%$).

A dimensão “Expectativas e ações do gestor” é avaliada por quatro itens e obteve uma média ($10,60 \pm 1,48$) próxima da pontuação máxima (12), apresenta uma distribuição assimétrica negativa com enviesamento à direita e mesocurtica ($SK/erro = -3,34$; $K/erro = 0,891$) com uma dispersão fraca ($cv = 14,0$).

A dimensão “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua”, constituída por três itens, obteve uma média ($7,85 \pm 1,28$) também próxima do valor máximo da pontuação (9), o que significa que grande parte das respostas se concentrou na pontuação 3, apresentando uma

distribuição assimétrica negativa com enviesamento à direita, leptocurtica (SK/erro= -4,34; k/erro 3,72) com dispersão média (cv=16,4).

Quanto à dimensão “*Feedback* e comunicação acerca do erro”, também avaliada por três itens, obteve uma média (7,20±1,65) ligeiramente inferior ao último caso, aproximando-se mais da pontuação neutra, as respostas concentraram-se mais na pontuação 2. Relativamente à medida de enviesamento, tem uma distribuição assimétrica negativa com enviesamento à direita com uma distribuição mesocurtica (SK/erro -2,12; k/erro 0,569) com uma dispersão também média (cv= 22,9).

A dimensão “Abertura na comunicação”, composta por três itens apresentou uma média (7,55±1,48) situada entre a pontuação neutra e a pontuação máxima, o que significa que grande parte dos profissionais respondeu na pontuação 2 e 3, tem uma distribuição assimétrica negativa com enviesamento à direita e distribuição mesocurtica (SK/erro -2,69; K/erro -0,758), com uma dispersão média (cv=19,7).

No que diz respeito à “Dotação de profissionais”, esta dimensão apresenta uma distribuição simétrica e mesocurtica (SK/erro= -0,372; K/erro= -0,835), com uma dispersão média (cv 17,9).

A dimensão “Resposta ao erro não punitiva”, avaliada por três itens, obteve uma média baixa (5,53±1,57), mais deslocada à esquerda para a pontuação mínima, em que grande parte das respostas se concentrou na pontuação 1; quanto às medidas de enviesamento e achatamento, tem uma distribuição simétrica e mesocurtica (SK/erro = 1,352; K/erro 0,258) com uma dispersão média (cv 28,5)

A dimensão “Apoio à segurança pela gestão”, também avaliada por três itens, apresentou uma média mais próxima da posição neutra (6,35±2,08) e uma distribuição simétrica mesocurtica com uma dispersão elevada (cv=31,6).

Verificamos que a dimensão “Trabalho em equipa entre as unidades”, avaliada por quatro itens, obteve uma média mais deslocada à direita (9,37±2,08), as respostas concentraram-se mais na pontuação 2 e 3, tendo uma distribuição assimétrica mesocurtica (SK/erro -1,310; k/erro 1,310) com dispersão média (cv=22,2).

Quanto à dimensão “Transferências e transições”, constatamos que obteve uma média alta (10,25±1,84), por isso mais deslocada à direita, com mais respostas na pontuação 3, e um comportamento, quanto ao enviesamento e achatamento, assimétrico negativo com

enviesamento à direita e distribuição leptocurtica (SK/erro -3,87; k/erro 2,598) com uma dispersão média (cv 17,9).

A dimensão “Perceções gerais sobre a segurança do doente”, avaliada por quatro itens, conseguiu uma média mais deslocada para a posição neutra ($9,77 \pm 1,99$) com uma distribuição assimétrica negativa com enviesamento à direita platicurtica (SK/erro -2,22; K/erro-0,256) e dispersão média (cv=20,3).

A dimensão “Frequência da notificação” teve uma média relativamente baixa ($6,0 \pm 2,12$), situada na posição neutra, o que significa que grande parte das respostas se concentrou na pontuação 2. Apresentou uma distribuição simétrica e mesocurtica (SK/erro = 0,142; K/erro = -1,98) com dispersão elevada (cv 35,3).

Tabela 10 - Médias das dimensões da cultura de segurança do doente pediátrico

Variáveis	n	Min	Max	Med.	Dp	md	Sk/ erro	k/erro	cv
Trabalho em equipa	76	6	12	11,27	1,118	12,0	- 7,4	12,12	9,9
Expectativas e ações do gestor	80	6	12	10,60	1,487	11,0	- 3,34	0,891	14,0
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	77	3	9	7,85	1,287	8,0	-4,34	3,728	16,4
Feedback e comunicação acerca do erro	80	3	9	7,20	1,655	7,0	-2,12	-0,569	22,9
Abertura na comunicação	79	4	9	7,55	1,489	8,0	-2,69	-0,758	19,7
Dotação de profissionais	75	6	12	8,87	1,589	9,0	-0,372	-0,835	17,9
Resposta ao erro não punitiva	75	3	9	5,53	1,578	5,0	1,352	-0,258	28,5
Apoio à segurança do doente pela gestão	80	3	9	6,35	2,018	6,0	-0,362	1,89	31,6
Trabalho entre unidades	78	5	12	9,37	2,083	9,0	-1,310	1,310	22,2
Transições	80	4	12	10,25	1,838	10,5	-3,87	2,598	17,9
Perceções gerais sobre a segurança do doente	78	4	12	9,77	1,986	10,0	-2,22	-0,256	20,3
Frequência de notificação	75	3	9	6,0	2,123	6,0	0,142	-1,98	35,3

Legenda: n- Frequência absoluta; Min- mínimo; Max- máximo; Med- media; Dp - desvio padrão; md- moda;n SK/erro- *Skewness* ; K/erro *kurtosis*; cv- coeficiente de variação.

Dimensões da Cultura de Segurança a nível da unidade

Dimensão “Trabalho em equipa”

Verificamos, ao analisar a tabela 11, que a dimensão “Trabalho em equipa“, avaliada por quatro itens, obteve uma resposta média positiva de 85,3%, considerada como um ponto forte na CSDP. A esmagadora maioria da amostra tinha uma perceção positiva de cada um dos itens desta dimensão, com um percentual acima dos 90%, exceto o item B11 “Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio”, em que a apreciação positiva era um pouco superior a 50%.

Em relação à distribuição pelo sexo, observamos que ambos os sexos também tinham uma percepção positiva acerca desta dimensão, sendo, no entanto, a percepção do sexo masculino mais positiva do que a do sexo feminino, tendo obtido percentuais mais elevados, mesmo no item B11, que apresentava menor percentual positivo.

Tabela 11 - Distribuição da amostra quanto à dimensão da cultura de segurança a nível da unidade – Dimensão trabalho em equipa (item B1, B3, B4 e B11)

Trabalho em equipa	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino		n	%
	n	%	n	%	n	%
B1						
Negativo	1	1,4	-	-	1	1,3
Neutro	1	1,4	-	-	1	1,3
Positivo	68	95,8	9	100,0	77	96,3
Não respondeu	1	1,4	-	-	1	1,3
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0
B3						
Negativo	-	-	-	-	-	-
Neutro	4	5,6	1	11,1	5	6,3
Positivo	67	94,4	8	88,9	75	93,7
Não respondeu	-	-	-	-	-	-
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0
B4						
Negativo	2	2,8	-	-	2	2,5
Neutro	4	5,6	-	-	4	5,0
Positivo	65	91,6	9	100,0	74	92,5
Não respondeu	-	-	-	-	-	-
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0
B11						
Negativo	13	18,3	-	-	13	16,2
Neutro	15	21,2	2	22,2	17	21,2
Positivo	40	56,3	7	77,8	47	58,8
Não respondeu	3	4,2	-	-	3	3,8
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0

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

Nesta dimensão repete-se o quadro anterior, uma vez que a maioria da amostra tem uma percepção positiva em três dos quatro itens que compõem esta dimensão, tendo um percentual positivo mais elevado no item C4r “O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança, que ocorrem repetidamente”, com 82,5%, considerando-se, assim, um ponto forte da gestão ao nível dos serviços, bem como o item C2 “O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente”, que obteve uma percentagem de respostas positivas de 80%.

Por sua vez, o item C3r obteve um percentual positivo inferior a 50% (47,5%), o que se traduz como um aspeto problemático nesta dimensão. Esta dimensão obteve uma resposta

média positiva de 70%, avaliada como aspeto não crítico, mas com oportunidade de melhoria. Quanto ao sexo, constata-se que ambos apresentam o mesmo comportamento quanto à perceção desta dimensão, ou seja, avaliam-na em todos os itens como CSDP positiva, embora com percentuais mais elevados no sexo masculino, exceto no item C4r (tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição da amostra quanto à dimensão da cultura de segurança a nível da unidade - Dimensão expectativas do superior/gestor e ações de promoção de segurança (itens C1, C2, C3r, C4r)

Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
C1						
Negativo	4	5,6	1	11,1	5	6,3
Neutro	19	26,8	-	-	19	23,7
Positivo	48	67,6	8	88,9	56	70,0
Não respondeu	-	-	-	-	-	-
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0
C2						
Negativo	-	-	-	-	-	-
Neutro	15	21,1	1	11,1	16	20,0
Positivo	56	78,9	8	88,9	64	80,0
Não respondeu	-	-	-	-	-	-
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0
C3r						
Negativo	14	19,7	3	33,3	17	21,3
Neutro	24	33,8	1	11,1	25	31,3
Positivo	33	46,5	5	55,6	38	47,5
Não respondeu	-	-	-	-	-	-
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0
C4r						
Negativo	3	4,2	1	11,1	4	5,0
Neutro	9	12,7	1	11,1	10	12,5
Positivo	59	83,1	7	77,8	66	82,5
Não respondeu	-	-	-	-	-	-
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0

Dimensão “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua”

A avaliação da dimensão “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua” dá-nos um percentual médio positivo de 68,3%, constituindo assim um aspeto não crítico, mas com oportunidade de melhoria da CSDP. No item B13, “Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente”, salienta-se com 85% de respostas positivas, considerado, portanto, um ponto forte na aprendizagem organizacional a nível da unidade. Os itens B6 e B9 obtiveram os maiores percentuais positivos entre valores de 50% e 75%, sendo então avaliados como pontos a necessitar de melhoria. Relativamente ao sexo, salientamos o facto de a totalidade dos participantes do sexo masculino ter avaliado como positivo o item B6, obtendo este um percentual positivo de 100%. O sexo masculino também obtém maiores percentuais em todos os itens, exceto, no item B13 (tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição da amostra quanto à dimensão da cultura de segurança a nível da unidade - Dimensão aprendizagem organizacional (itens B6, B9, B13)

Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	Feminino		Sexo Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
B6						
Negativo	7	9,9	-	-	7	8,8
Neutro	18	25,4	-	-	18	22,5
Positivo	45	63,4	9	100,0	54	67,5
Não respondeu	1	1,4	-	-	1	1,3
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0
B9						
Negativo	11	15,5	1	11,1	12	15,0
Neutro	23	32,4	1	11,1	24	30,0
Positivo	35	49,3	7	77,8	42	52,5
Não respondeu	1	2,8	-	-	1	2,5
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0
B13						
Negativo	1	1,4	-	-	1	1,3
Neutro	8	11,3	3	33,3	11	13,7
Positivo	62	87,3	6	66,7	68	85,0
Não respondeu	-	-	-	-	-	-
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0

Dimensão “*Feedback* e comunicação acerca do erro”

Na dimensão “*Feedback* e comunicação acerca do erro” são avaliadas as respostas a três questões e a percentagem média das respostas positivas é de 57,5%, definido, pelos critérios anteriormente explicados, como oportunidade de melhoria. Destaca-se o item D5, ”Neste serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer”, com um percentual de respostas positivas de 73,75%, avaliado como um ponto forte, mas a necessitar de melhoria na comunicação acerca do erro. O item D1, ”É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências”, teve um maior percentual na soma das respostas negativas e neutras (50,0%). Em função do sexo, observamos que o sexo masculino obteve maior percentual em todos os itens, exceto no item D3. Salienta-se que o sexo feminino atribuiu ao item D1 o maior percentual de respostas nas categorias neutro e negativo. O mesmo não aconteceu com o sexo oposto, em que 66% considerou que lhes é fornecida a informação sobre mudanças em função dos relatórios de eventos/ocorrências. Verificamos, também, que 56% dos participantes do sexo masculino atribuiu ao item D3, “Somos informados acerca de erros que aconteçam neste serviço/unidade”, a categoria neutro e negativo (tabela 14).

Tabela 14 - Distribuição da amostra quanto à dimensão da cultura de segurança a nível da unidade – Dimensão *feedback* e comunicação acerca do erro (itens D1, D3, D5)

Feedback e comunicação acerca do erro	Feminino		Sexo		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
D1								
Negativo	18	25,4	1	11,1	19	23,8		
Neutro	23	32,4	2	22,2	25	31,2		
Positivo	30	42,3	6	66,7	36	45,0		
Não respondeu	-	-	-	-	-	-		
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0		
D3								
Negativo	13	18,3	3	33,3	16	20,0		
Neutro	19	26,8	2	22,3	21	26,2		
Positivo	39	54,9	4	44,4	43	53,8		
Não respondeu	-	-	-	-	-	-		
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0		
D5								
Negativo	4	5,6	-	-	4	5,0		
Neutro	16	22,5	1	11,1	17	21,25		
Positivo	51	71,8	8	88,9	59	73,75		
Não respondeu	-	-	-	-	-	-		
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0		

Dimensão “Abertura na comunicação”

O resultado da dimensão “Abertura na comunicação” é obtido através da resposta a três questões, com uma média percentual positiva de 58,3%, constituindo então um aspeto da cultura de segurança do doente a necessitar de melhoria. Destacou-se o item D2, “Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente”, com o maior percentual positivo (78,8%), definindo-se como um aspeto forte na dimensão “Abertura na comunicação a nível da unidade”.

De referir que o maior percentual (48,8%) de respostas obtido no item D4, “Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos”, se encontrava na categoria neutra. Ao analisar esta dimensão quanto ao sexo, verificamos que maioritariamente os participantes do sexo masculino responderam aos três itens com positividade, obtendo em todos os itens o maior percentual, mesmo no item D4, em que o 52% do sexo feminino se colocou na categoria neutra (tabela 15).

Tabela 15 - Distribuição da amostra quanto à dimensão da cultura de segurança a nível da unidade - Dimensão abertura na comunicação (itens D2, D4, D6r)

Abertura na comunicação	Feminino		Sexo Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
D1						
Negativo	3	4,2	1	11,1	4	5,0
Neutro	13	18,3	-	-	13	16,3
Positivo	55	77,5	8	88,9	63	78,7
Não respondeu	-	-	-	-	-	-
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0
D4						
Negativo	13	18,3	1	11,1	14	17,5
Neutro	37	52,1	2	22,2	39	48,8
Positivo	20	28,2	6	66,7	26	32,4
Não respondeu	1	1,4	-	-	1	1,3
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0
D6r						
Negativo	13	18,3	2	22,2	15	18,8
Neutro	13	18,3	1	11,1	14	17,5
Positivo	45	63,4	6	66,7	51	63,7
Não respondeu	-	-	-	-	-	-
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0

Dimensão “Dotação de profissionais”

A dimensão “Dotação de profissionais”, avaliada por quatro itens, apresenta uma média percentual positiva de 48,4%. Como este percentual é inferior a 50%, esta dimensão é uma área problemática da CSDP. O item B7r, “Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável”, tem o maior número de respostas positivas (70,0%), constituindo um ponto forte na dimensão dotação de profissionais. Inversamente, o item B5r, “Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados”, obteve o maior percentual de respostas na categoria negativa (56,2%) e o percentual de respostas positivas foi apenas 17,5%, o que representa um aspeto crítico desta dimensão. Quanto ao sexo não se verificam grandes diferenças, mantendo o mesmo estilo nas respostas aos itens, uma vez que ambos os sexos responderam maioritariamente de forma negativa ao item B5r. A exceção é o item B14r, em que 57,8% do sexo feminino avaliou este item como negativo e neutro, em oposição aos 40,8% das respostas positivas, enquanto 55,6% dos participantes do sexo masculino avaliou o item como positivo. Também nesta dimensão o sexo masculino obteve os percentuais mais elevados em todos os itens, exceto no item B7r (tabela 16).

Tabela 16 - Distribuição da amostra quanto à dimensão da cultura de segurança a nível da unidade - Dimensão dotação de profissionais (itens B2, B5r, B7r, B14r)

Dotação de profissionais	Feminino		Sexo		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
B2								
Negativo	8	11,3	1	11,1	9	11,3		
Neutro	18	25,3	1	11,1	19	23,8		
Positivo	44	62,0	7	77,8	51	63,8		
Não respondeu	1	1,4	-	-	1	1,3		
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0		
B5r								
Negativo	40	56,3	5	55,6	45	56,2		
Neutro	19	26,8	-	-	19	23,8		
Positivo	10	14,1	4	44,4	14	17,5		
Não respondeu	2	2,8	-	-	2	2,5		
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0		
B7r								
Negativo	6	8,5	2	22,2	8	10,0		
Neutro	13	18,3	2	22,2	15	18,7		
Positivo	51	71,8	5	55,6	56	70,0		
Não respondeu	1	1,4	-	-	1	1,3		
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0		
B14r								
Negativo	20	28,2	1	11,1	21	26,2		
Neutro	21	29,6	3	33,3	24	30,0		
Positivo	29	40,8	5	55,6	34	42,5		
Não respondeu	1	1,4	-	-	1	1,3		
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0		

Dimensão “ Resposta ao erro não punitiva”

A dimensão “Resposta ao erro não punitiva”, avaliada por três itens, apresenta uma média percentual positiva de 24,5%, evidenciando-se uma área problemática da CSDP. Todos os itens, desde o item B8r, “Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles”, B12r, “Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si” e B16r, “Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal”, obtiveram percentuais positivos inferiores a 50%, respetivamente, 27,4%, 32,5% e 13,8% (avaliação menos positiva). Em relação ao sexo, verificou-se que o sexo masculino respondeu maioritariamente na positividade aos itens B8r (55,6%) e B12r (66,7%), o que significa que foi o sexo feminino o responsável pelo baixo percentual total positivo destes dois itens. Quanto ao item B16r, ambos os sexos atribuíram um baixo percentual positivo, sendo a categoria “negativo” com maior percentual de respostas, o que significa que os profissionais se preocupam que os seus erros sejam registados nos processos pessoais (tabela 17).

Tabela 17 - Distribuição da amostra quanto à dimensão da cultura de segurança a nível da unidade – Dimensão resposta ao erro não punitiva (itens B8r, B12r, B16r)

Resposta ao erro não punitiva	Feminino		Sexo		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
B8r								
Negativo	19	26,8	2	22,2	21	26,3		
Neutro	34	47,9	2	22,2	36	45,0		
Positivo	17	23,9	5	55,6	22	27,4		
Não respondeu	1	1,4	-	-	1	1,3		
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0		
B12r								
Negativo	16	22,5	1	11,1	17	21,3		
Neutro	33	46,5	2	22,2	35	43,7		
Positivo	20	28,2	6	66,7	26	32,5		
Não respondeu	2	2,8	-	-	2	2,5		
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0		
B16r								
Negativo	43	60,5	4	44,4	47	58,7		
Neutro	18	25,4	2	22,2	20	25,0		
Positivo	8	11,3	3	33,4	11	13,8		
Não respondeu	2	2,8	-	-	2	2,5		
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0		

Dimensões da Cultura de Segurança do Doente a nível do Hospital

Dimensão “Apoio à segurança do doente”

A dimensão “Apoio à segurança do doente” é avaliada por três itens com uma média positiva de 37,9%, considerada como área problemática da CSDP. Nesta dimensão, a maior percentagem de avaliação foi neutra (39,1%). Em função do sexo, verificamos ser o sexo masculino a manter uma perceção mais positiva em todos os itens, e o sexo feminino maior percentual de respostas neutras em todos os itens (tabela 18).

Tabela 18 - Distribuição da amostra quanto à dimensão da cultura de segurança a nível do hospital - Dimensão apoio à segurança do doente (itens G1, G8,G9r)

Apoio à segurança do doente	Feminino		Sexo		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
G1								
Negativo	12	16,9	3	33,3	15	18,7		
Neutro	33	46,5	-	-	33	41,3		
Positivo	26	36,6	6	66,7	32	40,0		
Não respondeu	-	-	-	-	-	-		
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0		
G8								
Negativo	13	18,3	2	22,2	15	18,8		
Neutro	35	49,3	-	-	35	43,7		
Positivo	23	32,4	7	77,8	30	37,5		
Não respondeu	-	-	-	-	-	-		
Total	71	100,0	9	100,0	71	100,0		
G9r								
Negativo	24	33,8	1	11,1	25	31,3		
Neutro	25	35,2	1	11,1	26	32,4		
Positivo	22	31,0	7	77,8	29	36,3		
Não respondeu	-	-	-	-	-	-		
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0		

A dimensão “Trabalho em equipa nas unidades hospitalares”

A dimensão “Trabalho em equipa nas unidades hospitalares” é avaliada por quatro itens, sendo a média percentual positiva de respostas de 50,95%. Também este item constitui um aspeto não crítico da CSDP, mas a necessitar de melhoria. O item que obteve a maior percentagem de respostas positivas (71,2%) foi o item G6r, “É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros serviços/unidades do hospital”. Relativamente ao sexo, observamos que ambos os sexos consideram o item G2r, “Os serviços/unidades do hospital não se coordenam bem uns com os outros”, um aspeto crítico desta dimensão, pois o percentual de respostas positivas nos dois casos é inferior a 50%. O sexo masculino atribuiu o maior percentual de positividade a todos os itens, enquanto o sexo feminino avalia apenas na positividade os itens G6r e G10, embora com percentuais positivos mais baixos que o sexo oposto. Mantém-se, também, nesta dimensão, uma perceção mais positiva do sexo masculino que do sexo feminino (tabela 19).

Tabela 19 - Distribuição da amostra quanto à dimensão da cultura de segurança a nível do hospital - Dimensão trabalho em equipa nas unidades hospitalares (G2r, G4, G6r, G10)

Trabalho em equipa nas unidades hospitalares	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino		n	%
	n	%	n	%	n	%
G2r						
Negativo	21	29,5	3	33,3	24	30,0
Neutro	25	35,2	2	22,3	27	33,7
Positivo	23	32,4	4	44,4	27	33,8
Não respondeu	2	2,8	-	-	2	2,5
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0
G4						
Negativo	11	15,5	-	-	11	13,8
Neutro	29	40,8	3	33,3	32	40,0
Positivo	31	43,7	6	66,7	37	46,2
Não respondeu	-	-	-	-	-	-
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0
G6r						
Negativo	2	2,8	-	-	2	2,5
Neutro	20	28,2	1	11,1	21	26,3
Positivo	49	69,0	8	88,9	57	71,2
Não respondeu	-	-	-	-	-	-
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0
G10						
Negativo	7	9,9	-	-	7	8,7
Neutro	28	39,4	3	33,3	31	38,8
Positivo	36	50,7	6	66,7	42	52,5
Não respondeu	-	-	-	-	-	-
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0

Dimensão “Transferências e transições hospitalares”

A dimensão “Transferências e transições hospitalares” é avaliada por quatro itens, que obtiveram um resultado percentual médio positivo de 65,27%, embora não seja uma área

crítica necessita de melhoria. O item G5r, “É frequentemente perdida a informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno”, obteve 75% de respostas positivas, definindo-se como um aspeto forte da CSDP e nesta dimensão. Todos os itens tiveram a maior percentagem de respostas na categoria “positivo”, mas o item G11r foi o que obteve menos respostas positivas. Quanto ao sexo, verificou-se que ambos avaliaram esta dimensão com positividade em todos os itens, embora o item G11r, “As mudanças de turno neste hospital são problemáticas para o doente”, fosse o menos positivo dos quatro, nos dois casos. Contudo, os percentuais de respostas positivas são sempre mais elevados no sexo masculino (tabela 20).

Tabela 20 - Distribuição da amostra quanto à dimensão da cultura de segurança a nível do hospital - Dimensão transferências e transições hospitalares (G3r, G5r, G7r, G11r)

Transferências e transições hospitalares	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
G3r						
Negativo	9	12,7	-	-	9	11,3
Neutro	16	22,5	1	11,1	17	21,3
Positivo	46	64,8	8	88,9	54	67,4
Não respondeu	-	-	-	-	-	-
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0
G5r						
Negativo	7	9,9	1	11,1	8	10,0
Neutro	11	15,5	1	11,1	12	15,0
Positivo	53	74,6	7	77,8	60	75,0
Não respondeu	-	-	-	-	-	-
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0
G7r						
Negativo	5	7,0	-	-	5	6,3
Neutro	25	35,2	2	22,2	27	33,7
Positivo	41	57,8	7	77,8	48	60,0
Não respondeu	-	-	-	-	-	-
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0
G11r						
Negativo	10	14,1	1	11,1	11	13,8
Neutro	20	28,2	2	22,2	22	27,5
Positivo	41	57,7	6	66,7	47	58,7
Não respondeu	-	-	-	-	-	-
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0

Variáveis de Resultado da Cultura de Segurança

Dimensão “Perceções gerais sobre a segurança do doente”

Ao analisar a tabela 21 verificamos que a dimensão “Perceções gerais sobre a segurança do doente”, avaliada por quatro itens, obteve uma média percentual de respostas positivas de 60,6%, sendo o item com mais respostas positivas (70%) o item B10r, “É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste serviço/unidade”, CSDP de segurança do doente pediátrico. Os restantes itens obtiveram uma percentagem média positiva acima dos

50%. Quanto ao sexo, ambos concordaram que o item mais positivo era o B10r. O sexo masculino atribui um percentual de respostas positivas inferior a 50% ao item B15, considerado pelos profissionais do sexo masculino como um aspeto crítico desta dimensão, enquanto o sexo feminino teve uma percepção positiva de todos os itens.

Tabela 21 - Distribuição da amostra quanto à dimensão “Percepções gerais sobre a segurança do doente”

Percepções gerais sobre a segurança do doente	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
B10r						
Negativo	9	12,7	1	11,1	10	12,5
Neutro	14	19,7	-	-	14	17,5
Positivo	48	67,6	8	88,9	56	70,0
Não respondeu	-	-	-	-	-	-
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0
B15						
Negativo	16	22,5	2	22,2	18	22,5
Neutro	13	18,3	2	22,2	15	18,8
Positivo	41	57,8	4	44,5	45	56,2
Não respondeu	1	1,4	1	11,1	2	2,5
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0
B17r						
Negativo	18	25,4	2	22,2	20	25,0
Neutro	13	18,3	-	-	13	16,3
Positivo	40	56,3	7	77,8	47	58,7
Não respondeu	-	-	-	-	-	-
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0
B18						
Negativo	9	12,7	1	11,1	10	12,5
Neutro	22	31,0	2	22,2	24	30,0
Positivo	40	56,3	6	66,7	46	57,5
Não respondeu	-	-	-	-	-	-
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0

Dimensão “Frequência da notificação de eventos”

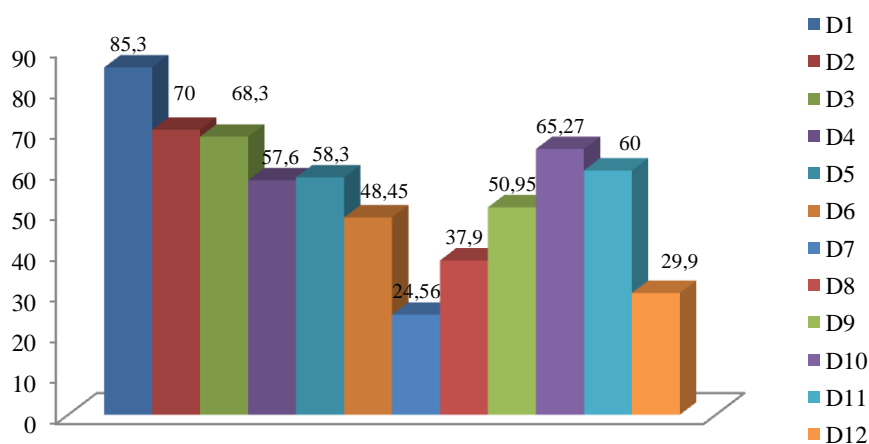
Nesta dimensão são avaliados três itens que se referem à frequência da notificação de eventos, tendo obtido uma média percentual positiva de 30%, sendo por isso uma área problemática da CSDP, resultante do baixo percentual de respostas positivas. O item menos positivo (28,7%) foi o item E2, “Quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificada?”. Verificamos que o sexo masculino atribui a todos os itens o maior número de respostas na categoria “positivo”, tendo uma visão mais positiva da “Frequência da notificação de eventos”, o que contrasta com o sexo feminino, que respondeu com percentual positivo inferior a 50% a todos os itens (tabela 22).

Tabela 22 - Distribuição da amostra quanto à dimensão “Frequência da notificação de eventos”

Frequência da notificação de eventos	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino		N	%
	n	%	n	%		
E1						
Negativo	28	39,4	-	-	28	35,0
Neutro	19	26,8	4	44,4	23	28,7
Positivo	19	26,8	5	55,6	24	30,0
Não respondeu	5	7,0	-	-	5	6,3
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0
E2						
Negativo	26	36,6	-	-	26	32,5
Neutro	23	32,5	3	33,3	26	32,5
Positivo	17	23,9	6	66,7	23	28,7
Não respondeu	5	7,0	-	-	5	6,3
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0
E3						
Negativo	17	23,9	-	-	17	21,3
Neutro	30	42,3	3	33,3	33	41,2
Positivo	19	26,8	6	66,7	25	31,3
Não respondeu	5	7,0	-	-	5	6,2
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0

Avaliação global das dimensões e itens

Ao analisar a figura 2, onde estão representadas as médias dos percentuais positivos das dimensões, observamos que das 12 dimensões da cultura de segurança do doente, quatro (D6, D7, D8, D12) revelam-se áreas “críticas/problemáticas”, sete (D2, D3, D4, D5, D9, D10, D11) apresentam-se como “aspectos não críticos mas a necessitar de melhorar” e um (D1) como “aspecto forte”.

**Figura 2.** Percentual de respostas positivas combinadas nas dimensões

Legenda: D1 – Trabalho em equipa; D2 – Expectativas do supervisor/gestor e ações de promoção de segurança; D3 – Aprendizagem organizacional-melhoria contínua; D4 *Feedback* e comunicação acerca do erro; D5- Abertura na comunicação; D6- Dotação de profissionais; D7 – Resposta ao erro não punitiva; D8 – Apoio à segurança do doente pela gestão; D9 – Trabalho em equipa nas unidades; D10- Transferências e transições hospitalares; D11- Perceções gerais sobre a segurança do doente, D12-Frequência da notificação de eventos.

Dos 42 itens da cultura de segurança do doente, oito (B1, B3, B4, C2, C4r, B13, D2 e G5r) apresentam um percentual positivo superior a 75%, considerados portanto como aspetos fortes da CSDP, 18 encontram-se no intervalo entre 50% e 75% (B11, C1, B6, B9, D3, D5, D6r, B2, B7r, G6r, G10,G3r, G7r, G11r, B15, B17r, B18 e B10r), logo não sendo aspetos críticos necessitam de melhoria. Os restantes 16 itens (C3r, D1, D4, B5r, B14r, B8r, B12r, B16r, G1, G8, G9r, G2r, G4, E1, E2 e E3) são considerados aspetos críticos/problemáticos por apresentarem percentuais positivos inferiores a 50%.

Para responder à **Q1** - Como se caracteriza a cultura de segurança do doente pediátrico? - a CSDP é caracterizada apenas por uma dimensão forte “Trabalho em equipa” e por quatro dimensões consideradas aspetos críticos/problemáticos a necessitar de ações de melhoria prioritárias, as dimensões “Frequência de notificação de eventos”, “Apoio à segurança do doente pela gestão”, “Resposta ao erro não punitiva” e “Dotação de profissionais”.

2.1.2.2. Grau de segurança do doente pediátrico

A maior fatia de participantes da amostra (47,5%) atribuía um grau de segurança do doente aceitável ao seu serviço/unidade de trabalho, seguido pelo grupo de profissionais que considerava essa segurança como muito boa (43,8%). Apenas 2,5% de amostra atribuía um grau fraco de segurança do doente.

Na distribuição dos resultados desta variável, em função do sexo, observamos que existe um paralelismo entre o total da amostra e os resultados do sexo feminino, em que a maioria dos profissionais do sexo feminino (53,5%) atribuía um grau de segurança do doente de aceitável, valor um pouco mais elevado que o do total da amostra. Neste sexo, o segundo grupo que obteve maior percentual continua a ser o grau de segurança do doente muito bom. O mesmo não se passa no sexo masculino, em que as respostas estão quase todas localizadas na categoria de muito boa (88,9%) atribuída ao grau de segurança do doente e no excelente (11,1%). Os homens têm uma perspetiva muito mais positiva da segurança dos doentes do que as mulheres (figura 3).

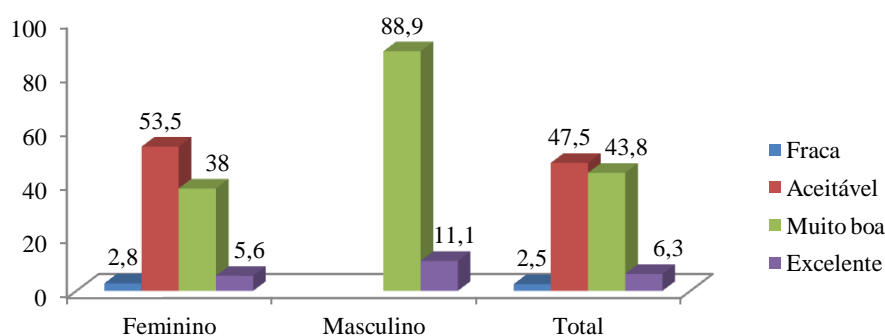


Figura 3. Grau de segurança do doente pediátrico

2.1.2.3. Números de eventos/ocorrências notificados

Quanto ao número de eventos/ocorrências notificados que foram preenchidos e entregues pelos participantes no estudo nos últimos 12 meses, respondendo à questão **Q2** - Qual é a frequência de notificação de eventos/ocorrências? - no total da amostra constatamos que a maioria (81,3%) não fez qualquer notificação de eventos/ocorrências nos últimos 12 meses. Somente 1,3% dos respondentes assinalou ter feito 3 a 5 relatórios de eventos/ocorrências, no mesmo período de tempo.

Relativamente à distribuição de variável em função do sexo, repete-se o mesmo cenário, tanto no sexo feminino como no sexo masculino, embora o percentual de não notificação seja superior no sexo feminino (83,1%) em relação ao sexo masculino (66,7%). O sexo masculino não tem qualquer caso na categoria de 3 a 5 relatórios de eventos/ocorrências preenchidos. Na categoria de 6 a 10 relatórios de eventos/ocorrências preenchidos, que constitui o intervalo superior de notificação, o sexo masculino possui mais do quádruplo (11,1%) do que o sexo feminino (2,8%), ou seja, os homens referem notificar mais que as mulheres (figura 4).

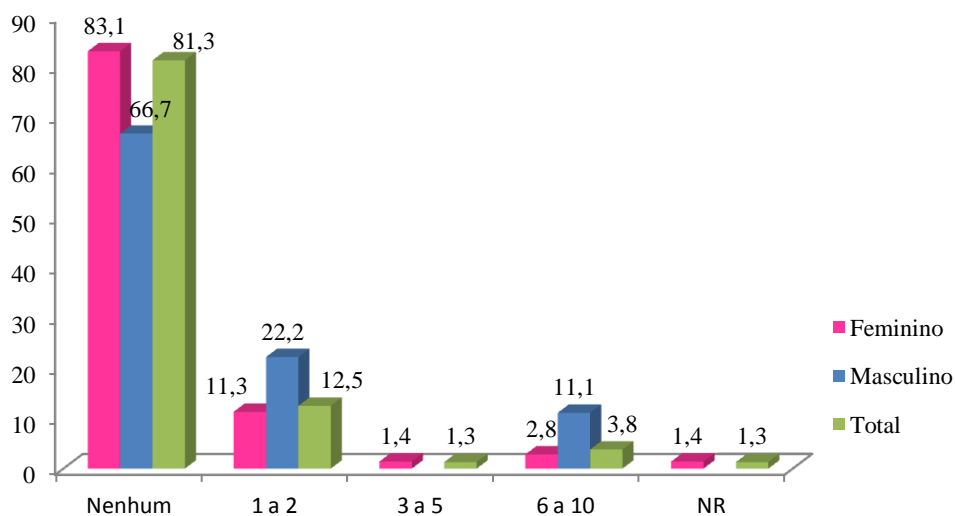


Figura 4. Número de eventos/ocorrências notificados

2.1.3 - Conhecimento, experiência e opinião dos profissionais de saúde acerca da segurança do doente

Pela análise dos dados da tabela 23, constatamos que no total da amostra (n=80), a maioria dos respondentes (66,3%) assinalou não conhecer a estrutura conceptual da CISD, mas indicou conhecer o SNNIEA (57,5%). Este cenário é idêntico na distribuição destas variáveis em função do sexo, em que tanto o sexo feminino (67,6%) como o masculino (55,6%) afirmaram não conhecer a mesma estrutura conceptual e conhecer o SNNIEA, embora os valores percentuais sejam mais elevados no sexo feminino.

Quanto à experiência de utilização do SNNIEA, a maioria da amostra (80%) assinalou não ter utilizado o referido sistema, assim como indicou não ter tido qualquer experiência de notificação de incidentes ou eventos adversos ao longo da sua prática (55%), embora neste caso o percentual seja menos elevado.

Na análise em função do sexo, observamos que existe um paralelismo com os resultados do total da amostra, no caso da utilização do SNNIEA, em que tanto o sexo feminino (80,3%) como o masculino (77,8%) indicaram não ter utilizado o referido sistema, com um percentual ligeiramente mais elevado no sexo feminino. O mesmo não se verifica no que se refere à experiência de notificação de incidentes ou eventos adversos ao longo da prática profissional, em que a maior parte dos participantes do sexo feminino (41,0%)

assinalou não ter feito qualquer notificação, mas no caso do sexo masculino, a maioria (66,7%) assinalou ter tido já essa experiência.

A maioria da amostra (66,3%) concordava que a notificação de eventos/ocorrências adversas de forma anónima contribui para a participação dos profissionais de saúde na melhoria da segurança do doente. Um percentual quase residual (1,3%) foi obtido pelos participantes que discordam fortemente com esta opinião. Se associarmos a opinião de concordância obtemos um percentual de 85,1%, em oposição à opinião de discordância, que apenas totaliza 3,8%.

No que se refere à opinião em que a segurança do doente é vista como um dever ético dos profissionais de saúde, que responde à **Q3** - Qual a opinião dos profissionais de saúde acerca da segurança do doente pediátrico enquanto dever ético? - a maioria da amostra (78,8%) concordava fortemente com esta atitude. Salientamos que não existem casos na opção do discordo fortemente e discordo e apenas 1,3% da amostra fez uma opção neutra. Se associarmos as opções de concordância obtém-se um percentual de 98,8%, a quase a totalidade da amostra.

A análise em função do sexo traduz o mesmo quadro do total da amostra, em que a maioria, tanto do sexo feminino (67,6%), como do sexo masculino (55,6%), concordava com a opinião de que a notificação de eventos/ocorrências adversas de forma anónima contribui para a participação dos profissionais de saúde na melhoria da segurança do doente. É de salientar que, no sexo masculino, esta opinião obteve maior percentual no concordo fortemente (33,3%) e não existem casos no discordo fortemente e na posição neutra.

Este paralelismo também existe no que se refere à perspetiva da segurança do doente enquanto dever ético dos profissionais, em função do sexo, em que tanto o sexo feminino (78,9%) como o masculino (77,8%) concordava fortemente com esta opinião, sendo relevante referir que o sexo masculino não possui nenhum caso nas opções de discordância, nem de opinião neutra.

Tabela 23 - Conhecimento, experiência e opinião dos profissionais de saúde acerca da segurança do doente

Variáveis	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Conhece a estrutura conceptual da CISD?						
Não	48	67,6	5	55,6	53	66,3
Sim	22	31,0	4	44,4	26	32,5
Não respondeu	1	1,4	-	-	1	1,3
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0
Conhece o SNNIEA?						
Não	29	40,8	4	44,4	33	41,3
Sim	41	57,8	5	55,6	46	57,4
Não respondeu	1	1,4	-	-	1	1,3
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0
Já utilizou o SNNIEA?						
Não	57	80,3	7	77,8	64	80,0
Sim	13	18,3	2	22,2	15	18,7
Não respondeu	1	1,4	-	-	1	1,3
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0
Já notificou algum incidente ou evento adverso ao longo da sua prática profissional?						
Não	41	57,7	3	33,3	44	55,0
Sim	29	40,9	6	66,7	35	43,7
Não respondeu	1	1,4	-	-	1	1,3
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0
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	1	1,4	-	11,1	1	2,5
Discordo	1	1,4	1	-	2	11,3
Não concordo nem discordo	9	12,7	-	55,6	9	66,3
Concordo	48	67,6	5	33,3	53	18,8
Concordo fortemente	12	16,9	3	100,0	15	100,0
Total	71	100,0	9		80	
A segurança do doente é um dever ético dos profissionais de saúde?						
Discordo fortemente	-	-	-	-	-	-
Discordo	-	-	-	-	-	-
Não concordo nem discordo	1	1,4	-	-	1	1,3
Concordo	14	19,7	2	22,2	16	20,0
Concordo fortemente	56	78,9	7	77,8	65	78,8
Total	71	100,0	9	100,0	80	100,0

2.2 - Análise Inferencial

De seguida apresentamos os resultados dos testes estatísticos que nos permitiram dar resposta às questões de investigação **Q4** e **Q5**.

A fim de respondermos à **Q4** - Qual a influência das variáveis sociodemográficas e variáveis profissionais na perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico? - realizámos os testes estatísticos *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis* entre as diferentes dimensões da CSDP da escala HSPSC, e as variáveis de caracterização sociodemográfica (sexo, grupo etário, profissão) e variáveis socioprofissionais (experiência na

instituição, serviço ao qual pertence, acreditação do serviço, experiência no serviço, experiência na prestação de cuidados à criança e realização de formação relativa à segurança do doente e gestão de risco) que aparecerão nas tabelas sempre por esta sequência.

Na análise da tabela 24 não se verificam diferenças estatísticas significativas ($p > 0,05$) entre as ordenações médias da dimensão “Trabalho em equipa” dos dois sexos ($p = 0,232$), dos grupos etários ($p = 0,480$) e diferentes profissões ($p = 0,949$). No entanto, verificamos que o sexo masculino obteve maior ordenação média, assim como o grupo etário dos 44-61 anos e os assistentes técnicos.

Tabela 24 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Trabalho em equipa” com as variáveis sociodemográficas

Variáveis	n	%	Ordenação média	Valor do teste	df	P
Sexo						
Feminino	67	88,2	37,5	<i>Mann-Whitney</i> 234,00	-	0,232
Masculino	9	6,8	46,0			
Total	76	100,0				
Grupo etário						
25-43 anos	35	47,3	35,80	<i>Mann-Whitney</i> 623,0	-	0,480
44-61 anos	39	52,7	39,03			
Total	74	100,0				
Profissão						
Assistente Técnico	5	6,6	44,0	<i>Kruskal-Wallis</i> 0,715	4	0,949
Assistente Operacional	11	14,5	36,9			
Enfermeiro	44	57,9	37,5			
Médico	12	15,8	40,3			
Técnico Superior	4	5,2	41,0			
Total	76	100,0				

Legenda: n - frequência absoluta da amostra; % - frequência relativa; df – graus de liberdade; p – probabilidade.

Constatamos, pela análise da tabela 25, que não se verificam diferenças estatísticas significativas entre a dimensão “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente” e as variáveis sexo ($p = 0,760$) e grupo etário ($p = 0,526$).

A ordenação média da pontuação da dimensão “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente” difere significativamente entre as diferentes profissões dos participantes no estudo ($p = 0,029$), tendo os médicos obtido a ordenação média mais elevada (57,17), seguidos pelos assistentes operacionais (44,46). As médias menos elevadas pertencem aos assistentes técnicos (25,17) e aos enfermeiros (36,96). Isto significa que o primeiro grupo de profissionais tem uma perceção da dimensão “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente” mais elevada do que o segundo grupo de profissões.

Tabela 25 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança” com as variáveis sociodemográficas

Variáveis	n	%	Ordenação média	Valor do teste	Df	p
Sexo						
Feminino	71	88,7	40,23	<i>Mann-Whitney</i> 300,00	-	0,760
Masculino	9	11,3	42,67			
Total	80	100,0				
Grupo etário						
25-43 anos	36	46,2	41,21	<i>Mann-Whitney</i> 694,50	-	0,526
44-61 anos	42	53,8	38,04			
Total	78	100,0				
Profissão						
Assistente Técnico	6	7,5	25,17	<i>Kruskal-Wallis</i> 10,803	4	0,029
Assistente Operacional	12	15,0	44,46			
Enfermeiro	45	56,3	36,96			
Médico	12	15,0	57,17			
Técnico Superior	5	6,2	41,30			
Total	80	100,0				

Legenda: **n** - frequência absoluta da amostra; **%** - frequência relativa; **df** - graus de liberdade; **p** – probabilidade.

Na tabela 26 não se verificam diferenças significativas entre a ordenação média de pontuação da dimensão “Aprendizagem organizacional/melhoria contínua” e as variáveis sexo ($p=0,233$), grupo etário ($p=0,107$) e profissão ($p=0,595$). Logo, podemos afirmar não haver relação entre as variáveis sociodemográficas (sexo, grupo etário e profissão) e a dimensão “Aprendizagem organizacional/melhoria contínua”.

Tabela 26 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Aprendizagem organizacional/melhoria contínua” com as variáveis sociodemográficas

Variáveis	n	%	Ordenação média	Valor do teste	Df	p
Sexo						
Feminino	68	88,3	37,94	<i>Mann-Whitney</i> MW: 234,0	-	0,233
Masculino	9	11,7	47,00			
Total	77	100,0				
Grupo etário						
25-43 anos	35	46,6	33,84	<i>Mann-Whitney</i> 554,5	-	0,107
44-61 anos	40	53,4	41,64			
Total	75	100,0				
Profissão						
Assistente Técnico	6	7,8	51,50	<i>Kruskal-Wallis</i> 2,784	4	0,595
Assistente Operacional	12	14,3	41,91			
Enfermeiro	43	55,8	37,35			
Médico	12	15,6	38,00			
Técnico Superior	5	6,5	34,20			
Total	77	100,0				

Legenda: **n** - frequência absoluta da amostra; **%** - frequência relativa; **df** - graus de liberdade; **p** - probabilidade.

Pela análise da tabela 27 não se verificam diferenças estatísticas significativas entre a dimensão “Feedback e comunicação acerca do erro” e as variáveis sexo ($p=0,617$) e profissão ($p=0,899$).

A ordenação média da pontuação da dimensão “Feedback e comunicação acerca do erro” difere significativamente entre o grupo etário ($p=0,044$), tendo o grupo etário dos 44-61

anos a ordenação média mais elevada (44,15), comparada com os grupos dos 25-43 anos (34,07). Isto quer dizer que os participantes com mais idade possuem uma perceção da dimensão “*Feedback e comunicação acerca do erro*” mais elevada.

Tabela 27 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “*Feedback e comunicação acerca do erro*” com as variáveis sociodemográficas

Variáveis	n	%	Ordenação média	Valor do teste	df	P
Sexo						
Feminino	71	88,8	40,05	<i>Mann-Whitney</i> 287,50	-	0,617
Masculino	9	11,2	44,06			
Total	80	100,0				
Grupo etário						
25-43 anos	36	46,1	34,07	<i>Mann-Whitney</i> 560,50	-	0,044
44-61 anos	42	53,9	44,15			
Total	78	100,0				
Profissão						
Assistente Técnico	6	7,5	37,42	<i>Kruskal-Wallis</i> 1,072	4	0,899
Assistente Operacional	12	15,0	43,42			
Enfermeiro	45	56,2	40,33			
Médico	12	15,0	43,04			
Técnico Superior	5	6,3	32,60			
Total	80	100,0				

Legenda: **n** - frequência absoluta da amostra; **%** - frequência relativa; **df** - graus de liberdade; **p** - probabilidade.

Constatamos, pela análise da tabela 28, que não se verificam diferenças estatísticas significativas entre a ordenação média da pontuação da dimensão “*Abertura na comunicação*” e as variáveis sexo ($p=0,264$), grupo etário ($p=0,817$) e profissão ($p=0,196$). Face aos resultados, afirmamos não haver relação entre as variáveis sociodemográficas dos participantes e a dimensão “*Abertura na comunicação*”.

Tabela 28 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “*Abertura na comunicação*” com as variáveis sociodemográficas

Variáveis	n	%	Ordenação média	Valor do teste	df	P
Sexo						
Feminino	70	88,6	38,99	<i>Mann-Whitney</i> 244,50	-	0,264
Masculino	9	11,4	47,83			
Total	79	100,0				
Grupo etário						
25-43 anos	35	45,5	39,63	<i>Mann-Whitney</i> 713,00	-	0,817
44-61 anos	42	54,5	38,48			
Total	77	100,0				
Profissão						
Assistente Técnico	6	7,6	24,08	<i>Kruskal-Wallis</i> 6,039	4	0,196
Assistente Operacional	12	15,2	42,83			
Enfermeiro	44	55,7	38,86			
Médico	12	15,2	50,42			
Técnico Superior	5	6,3	37,30			
Total	79	100,0				

Legenda: **n** - frequência absoluta da amostra; **%** - frequência relativa; **df** - graus de liberdade; **p** - probabilidade.

Através da análise da tabela 29 não se verificam diferenças estatísticas significativas entre a ordenação média da pontuação da dimensão “*Dotação de profissionais*” e as variáveis

sexo ($p=0,374$), grupo etário ($p=0,800$) e profissão ($p=0,546$). Logo, a dimensão “Dotação de profissionais” não depende das variáveis sexo, grupo etário e profissão dos profissionais envolvidos no estudo.

Tabela 29 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Dotação de profissionais” com as variáveis sociodemográficas

Variáveis	n	%	Ordenação média	Valor do teste	df	p
Sexo						
Feminino	66	88,0	37,19	<i>Mann-Whitney</i> 243,50	-	0,374
Masculino	9	12,0	43,94			
Total	75	100,0				
Grupo etário						
25-43 anos	34	46,6	36,34	<i>Mann-Whitney</i> 640,50	-	0,800
44-61 anos	39	53,4	37,58			
Total	73	100,0				
Profissão						
Assistente Técnico	5	6,7	31,40	<i>Kruskal-Wallis</i> 3,071	4	0,546
Assistente Operacional	11	14,7	37,82			
Enfermeiro	43	57,3	41,30			
Médico	12	16,0	31,21			
Técnico Superior	4	5,3	31,63			
Total	75	100,0				

Legenda: **n** - frequência absoluta da amostra; **%** - frequência relativa; **df** - graus de liberdade; **p** - probabilidade-

Na tabela 30 não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação da dimensão “Resposta ao erro não punitiva” e as variáveis grupo etário ($p=0,08$) e profissão ($p=0,415$). Esta dimensão difere significativamente entre os sexos dos participantes ($p=0,025$), sendo os profissionais do sexo masculino a ter a ordenação média mais alta (52,94), pelo que percebem esta dimensão de uma forma mais positiva. Então, inferimos haver dependência entre a variável sexo e a dimensão “Resposta ao erro não punitiva”.

Tabela 30 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Resposta ao erro não punitiva” com as variáveis sociodemográficas

Variáveis	n	%	Ordenação média	Valor do teste	df	p
Sexo						
Feminino	66	88,0	35,96	<i>Mann-Whitney</i> 162,5	-	0,025
Masculino	9	12,0	52,94			
Total	75	100,0				
Grupo etário						
25-43 anos	33	45,2	32,35	<i>Mann-Whitney</i> 506,5	-	0,080
44-61 anos	40	54,8	40,84			
Total	73	100,0				
Profissão						
Assistente Técnico	5	6,7	37,90	<i>Kruskal-Wallis</i> 3,932	4	0,415
Assistente Operacional	11	14,7	46,82			
Enfermeiro	43	57,3	35,31			
Médico	12	16,0	42,71			
Técnico Superior	4	5,3	28,63			
Total	75	100,0				

Legenda: **n** - frequência absoluta da amostra; **%** - frequência relativa; **df** - graus de liberdade; **p** - probabilidade.

Ao analisar a tabela 31, verificamos que não existem diferenças estatísticas significativas entre a pontuação da dimensão “Apoio à segurança pela gestão” e as variáveis sexo ($p=0,053$), grupo etário ($p=0,326$) e profissão ($p=0,260$).

Tabela 31 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Apoio à segurança pela gestão” com as variáveis sociodemográficas

Variáveis	n	%	Ordenação média	Valor do teste	df	p
Sexo						
Feminino	71	88,7	38,75	<i>Mann-Whitney</i> 195,500	-	0,053
Masculino	9	11,3	54,28			
Total	80	100,0				
Grupo etário						
25-43 anos	36	46,2	36,85	<i>Mann-Whitney</i> 660,50	-	0,326
44-61 anos	42	53,8	41,77			
Total	78	100,0				
Profissão						
Assistente Técnico	6	7,5	45,50	<i>Kruskal-Wallis</i> 5,274	4	0,260
Assistente Operacional	12	15,0	51,92			
Enfermeiro	45	56,3	39,23			
Médico	12	15,0	36,29			
Técnico Superior	5	6,2	28,60			
Total	80	100,0				

Legenda: **n** - frequência absoluta da amostra; **%** - frequência relativa; **df** - graus de liberdade; **p** - probabilidade.

Constatamos, pela análise da tabela 32, que não existem diferenças estatísticas significativas entre a dimensão “Trabalho em equipa entre unidades” e as variáveis sexo ($p=0,199$), grupo etário ($p=0,473$) e profissão ($p=0,239$).

Tabela 32 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Trabalho em equipa entre unidades” com as variáveis sociodemográficas

Variáveis	n	%	Ordenação média	Valor do teste	df	p
Sexo						
Feminino	69	88,5	38,33	<i>Mann-Whitney</i> 229,50	-	0,199
Masculino	9	11,5	48,50			
Total	78	100,0				
Grupo etário						
25-43 anos	36	47,4	40,39	<i>Mann-Whitney</i> 652,0	-	0,473
44-61 anos	40	52,6	36,80			
Total	76	100,0				
Profissão						
Assistente Técnico	5	6,4	44,20	<i>Kruskal-Wallis</i> 5,509	4	0,239
Assistente Operacional	12	15,4	44,42			
Enfermeiro	44	56,4	38,39			
Médico	12	15,4	44,92			
Técnico Superior	5	6,4	19,80			
Total	78	100,0				

Legenda: **n** - frequência absoluta da amostra; **%** - frequência relativa; **df** - graus de liberdade; **p** - probabilidade.

Pela análise da tabela 33, constatamos que não existem diferenças estatísticas significativas entre a dimensão "Transferências e transições" e as variáveis sexo ($p=0,190$) e profissão ($p=0,139$). A pontuação desta dimensão difere estatisticamente entre os grupos etários ($p=0,033$), obtendo o grupo dos 44-61 anos a ordenação média mais elevada (44,42). Os profissionais com mais idade têm uma percepção da dimensão "Transferências e transições" mais positiva que os mais jovens.

Tabela 33 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão "Transferências e transições" com as variáveis sociodemográficas

Variáveis	n	%	Ordenação média	Valor do teste	df	p
Sexo						
Feminino	71	88,8	39,32	<i>Mann-Whitney</i> 236,0	-	0,190
Masculino	9	11,2	49,78			
Total	80	100,0				
Grupo etário						
25-43 anos	36	46,1	33,76	<i>Mann-Whitney</i> 549,50	-	0,033
44-61 anos	42	53,9	44,42			
Total	78	100,0				
Profissão						
Assistente Técnico	6	7,5	45,58	<i>Kruskal-Wallis</i> 6,941	4	0,139
Assistente Operacional	12	15,0	39,38			
Enfermeiro	45	56,2	44,17			
Médico	12	15,0	34,25			
Técnico Superior	5	6,3	19,10			
Total	80	100,0				

Legenda: **n** - frequência absoluta da amostra; **%** - frequência relativa; **df** - graus de liberdade; **p** - probabilidade.

Através da análise da tabela 34 verificamos não existir diferenças estatísticas significativas entre a pontuação da dimensão "Percepções gerais sobre a segurança do doente" e as variáveis sexo ($p=0,634$), grupo etário ($p=0,291$) e profissão ($p=0,796$).

Tabela 34 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão "Percepções gerais sobre a segurança do doente" com as variáveis sociodemográficas

Variáveis	n	%	Ordenação média	Valor do teste	df	p
Sexo						
Feminino	70	88,3	30,09	<i>Mann-Whitney</i> 251,50	-	0,634
Masculino	8	11,7	43,06			
Total	78	100,0				
Grupo etário						
25-43 anos	36	47,3	35,72	<i>Mann-Whitney</i> 620,0	-	0,291
44-61 anos	40	52,7	41,00			
Total	76	100,0				
Profissão						
Assistente Técnico	6	7,7	40,67	<i>Kruskal-Wallis</i> 1,670	4	0,796
Assistente Operacional	12	15,4	46,83			
Enfermeiro	43	55,1	38,21			
Médico	12	15,4	37,79			
Técnico Superior	5	6,4	35,70			
Total	77	100,0				

Legenda: **n** - frequência absoluta da amostra; **%** - frequência relativa; **df** - graus de liberdade; **p** - probabilidade.

A tabela 35 indica-nos que não existem diferenças estatísticas significativas entre a ordenação média da pontuação da dimensão “Frequência da notificação de eventos” e o grupo etário ($p=0,349$) e a profissão ($p=0,310$). No entanto, existem diferenças estatísticas significativas entre a ordenação média da pontuação da dimensão “Frequência da notificação de eventos” e o sexo dos participantes no estudo ($p=0,008$), tendo amais elevada sido obtida pelos profissionais do sexo masculino (55,78), enquanto o sexo feminino obteve uma ordenação média 35,58. Os homens notificam mais que as mulheres.

Tabela 35 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Frequência da notificação de eventos” com as variáveis sociodemográficas

Variáveis	n	%	Ordenação média	Valor do teste	df	p
Sexo						
Feminino	66	88,0	35,58	<i>Mann-Whitney</i> 137,0	-	0,008
Masculino	9	12,0	55,78			
Total	75	100,0				
Grupo etário						
25-43 anos	32	43,8	34,42	<i>Mann-Whitney</i> 573,5	-	0,349
44-61 anos	41	56,2	39,01			
Total	73	100,0				
Profissão						
Assistente Técnico	6	8,0	28,00	<i>Kruskal-Wallis</i> 4,789	4	0,310
Assistente Operacional	11	14,7	46,23			
Enfermeiro	43	57,3	36,50			
Médico	11	14,7	44,27			
Técnico Superior	4	5,3	29,25			
Total	75	100,0				

Legenda: **n** - frequência absoluta da amostra; **%** - frequência relativa; **df** - graus de liberdade; **p** - probabilidade.

Pela tabela 36 podemos constatar que não existem diferenças estatísticas significativas entre a pontuação da dimensão “Trabalho em equipa” e as variáveis experiência na instituição ($p=0,058$), serviço ao qual pertence ($p=0,895$), acreditação do serviço ($p=0,848$), experiência no serviço ($p=0,397$), experiência na prestação de cuidados à criança ($p=0,172$) e realização de formação relativa à segurança do doente e gestão de risco ($p=0,095$).

Tabela 36 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Trabalho em equipa” com as características profissionais dos participantes no estudo

Variáveis	n	%	Ordenação média	Valor do teste	df	P
Experiência na instituição						
Até 2 anos	5	6,8	50,0	<i>Kruskal-Wallis</i> 9,122	4	0,058
3 a 7 anos	8	10,5	38,19			
8 a 12 anos	10	13,1	46,25			
13 a 20 anos	24	31,5	29,13			
21 ou mais	29	38,1	41,69			
Total	76	100,0				
Serviço/unidade onde trabalha						
Neonatologia	8	10,8	33,13	<i>Kruskal-Wallis</i> 1,093	4	0,895
Internamento Pediatria	25	33,8	38,66			
Urgência Pediatria	19	25,6	40,18			
Consulta Externa Pediatria	7	9,5	35,57			
Vários Serviços	15	20,3	35,40			
Total	74	100,0				
O serviço é acreditado?						
Não	9	12,7	37,11	<i>Mann-Whitney</i> 269,0	-	0,848
Sim	62	87,3	35,84			
Total	71	100,0				
Experiência no serviço/unidade						
Até 2 anos	11	14,9	38,41	<i>Kruskal-Wallis</i> 4,066	4	0,397
3 a 7 anos	11	14,9	39,09			
8 a 12 anos	11	14,9	44,36			
13 a 20 anos	23	31,0	31,20			
21 ou mais	18	24,3	39,83			
Total	74	100,0				
Experiência na prestação de cuidados à criança						
Até 2 anos	11	14,9	44,59	<i>Kruskal-Wallis</i> 6,383	4	0,172
3 a 7 anos	11	14,9	35,36			
8 a 12 anos	9	12,2	48,06			
13 a 20 anos	22	29,8	31,41			
21 ou mais	21	28,2	36,76			
Total	74	100,0				
Formação em segurança e gestão do risco						
Não	46	60,5	35,40	<i>Mann-Whitney</i> 547,50	-	0,095
Sim	30	39,5	43,25			
Total	76	100,0				

Legenda: **n** - frequência absoluta da amostra; **%** - frequência relativa; **df** - graus de liberdade; **p** - probabilidade.

Ao analisar a tabela 37 verificamos não existirem diferenças estatísticas significativas entre a ordenação média da pontuação da dimensão “Trabalho em Equipa” e as variáveis experiência na instituição ($p=0,605$), acreditação do serviço ($p=0,848$), experiência no serviço ($p=0,183$), experiência na prestação de cuidados à criança ($p=0,464$) e realização de formação relativa à segurança do doente e gestão de risco ($p=0,903$).

A ordenação média da pontuação da dimensão “Trabalho em equipa” difere significativamente entre o serviço/unidade onde os participantes no estudo exercem a sua atividade profissional ($p=0,019$), tendo os profissionais que exercem a atividade profissional em vários serviços obtido a ordenação média mais elevada (49,75), seguidos pelos que trabalham no serviço de neonatologia (46,38) e no internamento de pediatria (42,22). As médias menos elevadas pertencem aos profissionais que exercem a atividade nos serviços

consulta externa de pediatria (23,14) e urgência de pediatria (30,60). Isto significa que os profissionais de saúde que trabalham nos vários serviços prestadores de cuidados ao doente pediátrico têm uma percepção da CSDP relativa à dimensão “expectativas do supervisor/gestor” mais positiva que os outros profissionais.

Tabela 37 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Expectativas do supervisor/gestor” com as características profissionais dos participantes no estudo

Variáveis	n	%	Ordenação média	Valor do teste	df	p
Experiência na instituição						
Até 2 anos	5	6,2	49,70	<i>Kruskal-Wallis</i> 2,722	4	0,605
3 a 7 anos	8	10,0	44,38			
8 a 12 anos	11	13,7	46,86			
13 a 20 anos	27	33,8	37,41			
21 ou mais	29	36,3	36,43			
Total	80	100,0				
Serviço/unidade onde trabalha						
Neonatologia	8	10,3	46,38	<i>Kruskal-Wallis</i> 11,819	4	0,019
Internamento Pediatria	27	34,7	42,22			
Urgência Pediatria	20	25,6	30,60			
Consulta Externa Pediatria	7	8,9	23,14			
Vários Serviços	16	20,5	49,75			
Total	78	100,0				
O serviço é acreditado?						
Não	9	12,0	34,78	<i>Mann-Whitney</i> 296,0	-	0,848
Sim	66	88,0	38,44			
Total	75	100,0				
Experiência no serviço/unidade						
Até 2 anos	11	14,1	45,73	<i>Kruskal-Wallis</i> 6,230	4	0,183
3 a 7 anos	11	14,1	25,82			
8 a 12 anos	12	15,5	46,00			
13 a 20 anos	26	33,3	39,13			
21 ou mais	18	23,0	40,25			
Total	78	100,0				
Experiência na prestação de cuidados à criança						
Até 2 anos				<i>Kruskal-Wallis</i> 3,592	4	0,464
3 a 7 anos	11	14,3	42,82			
8 a 12 anos	11	14,3	32,77			
13 a 20 anos	10	13,0	48,75			
21 ou mais	24	31,1	38,29			
Total	21	27,3	36,43			
Total	77	100,0				
Formação em segurança e gestão do risco						
Não	49	61,3	40,26	<i>Mann-Whitney</i> 747,500	-	0,903
Sim	31	38,7	40,89			
Total	80	100,0				

Legenda: **n** - frequência absoluta da amostra; **%** - frequência relativa; **df** - graus de liberdade; **p** - probabilidade.

Pela tabela 38 podemos constatar que não existem diferenças estatísticas significativas entre a ordenação média da pontuação da dimensão “Aprendizagem organizacional - melhoria contínua” e as variáveis experiência na instituição ($p=0,503$), serviço ao qual pertence ($p=0,717$), acreditação do serviço ($p=0,168$), experiência no serviço ($p=0,717$), experiência na prestação de cuidados à criança ($p=0,602$) e realização de formação relativa à segurança do doente e gestão de risco ($p=0,608$).

Tabela 38 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Aprendizagem organizacional - melhoria contínua” com as características profissionais dos participantes no estudo

Variáveis	n	%	Ordenação média	Valor do teste	df	p
Experiência na instituição						
Até 2 anos	5	6,5	29,20	<i>Kruskal-Wallis</i> 3,335	4	0,503
3 a 7 anos	8	10,4	40,25			
8 a 12 anos	11	14,3	34,00			
13 a 20 anos	26	33,8	37,37			
21 ou mais	27	35,0	44,06			
Total	77	100,0				
Serviço/unidade onde trabalha						
Neonatologia	8	10,7	44,31	<i>Kruskal-Wallis</i> 6,709	4	0,152
Internamento Pediatria	26	34,7	31,38			
Urgência Pediatria	19	25,3	36,16			
Consulta Externa Pediatria	7	9,3	40,00			
Vários Serviços	15	20,0	47,50			
Total	75	100,0				
O serviço é acreditado?						
Não	9	12,5	27,89	<i>Mann-Whitney</i> 206,0	-	0,168
Sim	63	87,5	37,73			
Total	72	100,0				
Experiência no serviço/unidade						
Até 2 anos	11	14,7	31,73	<i>Kruskal-Wallis</i> 2,104	4	0,717
3 a 7 anos	11	14,7	33,82			
8 a 12 anos	12	16,0	38,88			
13 a 20 anos	25	33,3	40,18			
21 ou mais	16	21,3	41,13			
Total	75	100,0				
Experiência na prestação de cuidados à criança						
Até 2 anos	11	14,9	31,64	<i>Kruskal-Wallis</i> 2,743	4	0,602
3 a 7 anos	11	14,9	34,41			
8 a 12 anos	11	14,9	34,41			
13 a 20 anos	10	13,5	45,50			
21 ou mais	23	31,0	37,17			
Total	19	25,7	38,87			
Formação em segurança e gestão do risco						
Não	47	61,3	40,00	<i>Mann-Whitney</i> 658,0	-	0,608
Sim	30	38,7	37,43			
Total	77	100,0				

Legenda: **n** - frequência absoluta da amostra; **%** - frequência relativa; **df** - graus de liberdade; **p** - probabilidade.

Constatamos ao analisar a tabela 39 que não existem diferenças estatísticas significativas entre a ordenação média da pontuação da dimensão “*Feedback* e comunicação acerca do erro” e as variáveis experiência na instituição ($p=0,517$), acreditação do serviço ($p=0,867$), experiência no serviço ($p=0,495$), experiência na prestação de cuidados à criança ($p=0,901$) e realização de formação relativa à segurança do doente e gestão de risco ($p=0,079$).

A pontuação da dimensão “*Feedback* e comunicação acerca do erro” difere significativamente entre o serviço/unidade ao qual os participantes no estudo pertencem ($p=0,000$), sendo ordenação média mais elevada (58,88) atribuída aos profissionais que exercem a atividade profissional no serviço de neonatologia, seguidos por aqueles que exercem nos vários serviços (54,72). As ordenações médias menos elevadas foram obtidas

pelos profissionais que exercem a sua atividade profissional na consulta externa de pediatria (27,80), seguidos pelo serviço urgência de pediatria (28,80) e internamento de pediatria (36,90). Isto indica-nos que os profissionais de saúde que exercem a sua atividade profissional no serviço de neonatologia têm uma percepção da CSDP relacionada com a dimensão “Feedback e comunicação acerca do erro” mais positiva que os profissionais que trabalham em todos os outros serviços.

Tabela 39 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Feedback e comunicação acerca do erro” com as características profissionais dos participantes no estudo

Variáveis	n	%	Ordenação média	Valor do teste	df	p
Experiência na instituição						
Até 2 anos	5	6,3	43,20	<i>Kruskal-Wallis</i> 3,247	4	0,517
3 a 7 anos	7	8,8	42,50			
8 a 12 anos	11	14,0	45,18			
13 a 20 anos	27	34,2	35,04			
21 ou mais	29	6,7	39,89			
Total	79	100,0				
Serviço/unidade onde trabalha						
Neonatologia	8	10,3	58,88	<i>Kruskal-Wallis</i> 21,880	4	0,000
Internamento Pediatria	27	34,6	36,39			
Urgência Pediatria	20	25,6	27,80			
Consulta Externa Pediatria	7	9,0	28,00			
Vários Serviços	16	20,5	54,72			
Total	78	100,0				
O serviço é acreditado?						
Não	9	12,0	36,89	<i>Mann-Whitney</i> 287,0	-	0,867
Sim	66	88,0	38,15			
Total	75	100,0				
Experiência no serviço/unidade						
Até 2 anos	11	14,1	40,23	<i>Kruskal-Wallis</i> 3,391	4	0,495
3 a 7 anos	11	14,1	28,41			
8 a 12 anos	12	15,4	42,92			
13 a 20 anos	26	33,3	41,83			
21 ou mais	18	23,1	40,19			
Total	78	100,0				
Experiência na prestação de cuidados à criança						
Até 2 anos				<i>Kruskal-Wallis</i> 1,055	4	0,901
3 a 7 anos	11	14,3	41,80			
8 a 12 anos	11	14,3	33,95			
13 a 20 anos	10	13,0	41,90			
21 ou mais	24	31,1	40,81			
Total	21	27,3	37,57			
	77	100,0				
Formação em segurança e gestão do risco						
Não	49	61,2	36,96	<i>Mann-Whitney</i> 586,0	-	0,079
Sim	31	38,8	46,10			
Total	80	100,0				

Legenda: n - frequência absoluta da amostra; % - frequência relativa; df - graus de liberdade; p - probabilidade.

Ao analisar a tabela 40 podemos constatar que não existem diferenças estatísticas significativas entre a ordenação média da pontuação da dimensão “Abertura na comunicação” e as variáveis experiência na instituição ($p=0,255$), serviço ao qual pertence ($p=0,094$), acreditação do serviço ($p=0,286$), experiência no serviço ($p=0,179$), experiência na prestação

de cuidados à criança ($p=0,662$) e realização de formação relativa à segurança do doente e gestão de risco ($p=0,497$).

Tabela 40 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão "Abertura na comunicação" com as características profissionais dos participantes no estudo

Variáveis	n	%	Ordenação média	Valor do teste	df	p
Experiência na instituição						
Até 2 anos	5	6,3	57,90	<i>Kruskal-Wallis</i> 5,335	4	0,255
3 a 7 anos	7	8,8	46,00			
8 a 12 anos	11	14,0	44,18			
13 a 20 anos	27	34,2	35,83			
21 ou mais	29	36,7	37,76			
Total	79	100,0				
Serviço/unidade onde trabalha						
Neonatologia	8	10,4	42,88	<i>Kruskal-Wallis</i> 7,937	4	0,094
Internamento Pediatria	26	33,8	40,71			
Urgência Pediatria	20	26,0	29,40			
Consulta Externa Pediatria	7	9,0	33,43			
Vários Serviços	16	20,8	48,72			
Total	77	100,0				
O serviço é acreditado?						
Não	9	12,0	44,50	<i>Mann-Whitney</i> 229,5	-	0,286
Sim	65	88,0	36,53			
Total	74	100,0				
Experiência no serviço/unidade						
Até 2 anos	11	14,3	44,95	<i>Kruskal-Wallis</i> 6,279	4	0,179
3 a 7 anos	10	13,0	49,80			
8 a 12 anos	12	15,6	43,29			
13 a 20 anos	26	33,8	32,96			
21 ou mais	18	23,3	35,22			
Total	77	100,0				
Experiência na prestação de cuidados à criança						
Até 2 anos	10	13,2	45,80	<i>Kruskal-Wallis</i> 2,405	4	0,662
3 a 7 anos	11	14,4	39,41			
8 a 12 anos	10	13,2	43,00			
13 a 20 anos	24	31,6	35,69			
21 ou mais	21	27,6	35,62			
Total	76	100,0				
Formação em segurança e gestão do risco						
Não	49	62,0	38,66	<i>Mann-Whitney</i> 669,50	-	0,497
Sim	30	38,0	42,18			
Total	79	100,0				

Legenda: **n** - frequência absoluta da amostra; **%** - frequência relativa; **df** - graus de liberdade; **p** - probabilidade.

Pela observação da tabela 41 verificamos que não existem diferenças estatísticas significativas entre a ordenação média da pontuação da dimensão "Dotação de profissionais" e as variáveis experiência na instituição ($p=0,215$), serviço ao qual pertence ($p=0,196$) acreditação do serviço ($p=0,561$), experiência no serviço ($p=0,321$), experiência na prestação de cuidados à criança ($p=0,684$) e realização de formação relativa à segurança do doente e gestão de risco ($p=0,947$).

Tabela 41 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão "Dotação de profissionais" com as características profissionais dos participantes no estudo

Variáveis	n	%	Ordenação média	Valor do teste	df	p
Experiência na instituição						
Até 2 anos	5	6,7	21,0	<i>Kruskal-Wallis</i> 5,793	4	0,215
3 a 7 anos	8	10,7	29,56			
8 a 12 anos	10	13,3	44,85			
13 a 20 anos	25	33,3	38,86			
21 ou mais	27	36,0	40,31			
Total	75	100,0				
Serviço/unidade onde trabalha						
Neonatologia	8	11,0	51,06	<i>Kruskal-Wallis</i> 6,042	4	0,196
Internamento Pediatria	26	35,6	33,98			
Urgência Pediatria	19	26,0	31,97			
Consulta Externa Pediatria	4	5,4	45,00			
Vários Serviços	16	22,0	38,84			
Total	73	100,0				
O serviço é acreditado?						
Não	9	12,9	31,89	<i>Mann-Whitney</i> 242,0	-	0,561
Sim	61	87,1	36,03			
Total	70	100,0				
Experiência no serviço/unidade						
Até 2 anos	11	15,1	39,50	<i>Kruskal-Wallis</i> 4,687	4	0,321
3 a 7 anos	9	12,3	23,22			
8 a 12 anos	11	15,1	40,41			
13 a 20 anos	25	34,2	37,60			
21 ou mais	17	23,3	39,59			
Total	73	100,0				
Experiência na prestação de cuidados à criança						
Até 2 anos	11	15,3	34,59	<i>Kruskal-Wallis</i> 2,285	4	0,684
3 a 7 anos	10	13,9	44,10			
8 a 12 anos	8	11,1	33,88			
13 a 20 anos	8	11,1	33,88			
21 ou mais	22	30,5	38,44			
Total	72	100,0	33,17			
Formação em segurança e gestão do risco						
Não	46	61,3	37,87	<i>Mann-Whitney</i> 661,0	-	0,947
Sim	29	38,7	38,21			
Total	75	100,0				

Legenda: **n** - frequência absoluta da amostra; **%** - frequência relativa; **df** - graus de liberdade; **p** - probabilidade.

A análise da tabela 42 indica-nos não existirem diferenças estatísticas significativas entre a ordenação média da pontuação da dimensão "Resposta ao erro não punitiva" e as variáveis experiência na instituição ($p=0,525$), serviço ao qual pertence ($p=0,305$), acreditação do serviço ($p=0,069$), experiência no serviço ($p=0,525$) e experiência na prestação de cuidados à criança ($p=0,382$).

A ordenação média da pontuação da dimensão "Resposta ao erro não punitiva" difere significativamente entre a realização de formação relativa à segurança do doente e gestão de risco ($p=0,026$), tendo obtido a ordenação média mais elevada o grupo de participantes que já frequentou formação relativa à segurança do doente e gestão de risco (44,90), contrastando com os profissionais que não frequentaram este tipo de formação (33,65).

Tabela 42 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão "Resposta ao erro não punitiva" com as características profissionais dos participantes no estudo

Variáveis	n	%	Ordenação média	Valor do teste	df	p
Experiência na instituição						
Até 2 anos	5	6,7	35,60	<i>Kruskal-Wallis</i> 3,199	4	0,525
3 a 7 anos	7	9,3	35,79			
8 a 12 anos	11	12,0	45,44			
13 a 20 anos	27	36,0	33,28			
21 ou mais	29	36,0	41,26			
Total	79	100,0				
Serviço/unidade onde trabalha						
Neonatologia	7	9,6	41,71	<i>Kruskal-Wallis</i> 4,829	4	0,305
Internamento Pediatria	25	34,2	30,92			
Urgência Pediatria	20	27,4	35,90			
Consulta Externa Pediatria	5	6,8	45,70			
Vários Serviços	16	22,0	43,09			
Total	73	100,0				
O serviço é acreditado?						
Não	9	12,9	24,28	<i>Mann-Whitney</i> 173,50	-	0,069
Sim	61	87,1	37,16			
Total	70	100,0				
Experiência no serviço/unidade						
Até 2 anos	10	13,7	31,5	<i>Kruskal-Wallis</i> 3,198	4	0,525
3 a 7 anos	11	15,0	38,59			
8 a 12 anos	10	13,7	46,50			
13 a 20 anos	26	35,6	34,69			
21 ou mais	16	22,0	37,16			
Total	73	100,0				
Experiência na prestação de cuidados à criança						
Até 2 anos	10	13,9	37,05	<i>Kruskal-Wallis</i> 4,178	4	0,382
3 a 7 anos	11	15,2	38,32			
8 a 12 anos	7	9,8	50,43			
13 a 20 anos	24	33,3	34,02			
21 ou mais	20	27,8	33,33			
Total	72	100,0				
Formação em segurança e gestão do risco						
Não	46	61,3	33,65	<i>Mann-Whitney</i> 467,0	-	0,026
Sim	29	38,7	44,90			
Total	75	100,0				

Legenda: **n** - frequência absoluta da amostra; **%** - frequência relativa; **df** - graus de liberdade; **p** - probabilidade.

Ao analisarmos a tabela 43 verificamos que não existem diferenças estatísticas significativas entre a ordenação média da pontuação da dimensão "Apoio à segurança pela gestão" e as variáveis experiência na instituição ($p=0,979$), serviço ao qual pertence ($p=0,249$), acreditação do serviço ($p=0,254$), experiência no serviço ($p=0,299$), experiência na prestação de cuidados à criança ($p=0,998$) e realização de formação relativa à segurança do doente e gestão de risco ($p=0,067$).

Tabela 43 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Apoio à segurança pela gestão” com as características profissionais dos participantes no estudo

Variáveis	n	%	Ordenação média	Valor do teste	df	p
Experiência na instituição						
Até 2 anos	5	6,25	37,30	<i>Kruskal-Wallis</i> 0,436	4	0,979
3 a 7 anos	8	10,0	39,50			
8 a 12 anos	11	13,75	39,41			
13 a 20 anos	27	33,75	39,57			
21 ou mais	29	36,25	42,60			
Total	80	100,0				
Serviço/unidade onde trabalha						
Neonatologia	8	10,3	45,94	<i>Kruskal-Wallis</i> 5,396	4	0,249
Internamento Pediatria	27	34,6	37,28			
Urgência Pediatria	20	25,6	33,25			
Consulta Externa Pediatria	7	9,5	37,50			
Vários Serviços	16	20,5	48,72			
Total	78	100,0				
O serviço é acreditado?						
Não	9	12,0	30,44	<i>Mann-Whitney</i> 229,0	-	0,254
Sim	66	88,0	39,03			
Total	75	100,0				
Experiência no serviço/unidade						
Até 2 anos	11	14,1	38,27	<i>Kruskal-Wallis</i> 4,888	4	0,299
3 a 7 anos	11	14,1	26,95			
8 a 12 anos	12	15,4	42,00			
13 a 20 anos	26	33,3	40,38			
21 ou mais	18	23,1	44,97			
Total	78	100,0				
Experiência na prestação de cuidados à criança						
Até 2 anos	11	14,3	39,32	<i>Kruskal-Wallis</i> 0,104	4	0,998
3 a 7 anos	11	14,3	40,73			
8 a 12 anos	10	13,0	38,75			
13 a 20 anos	24	31,1	39,23			
21 ou mais	21	27,3	37,79			
Total	77	100,0				
Formação em segurança e gestão do risco						
Não	49	61,3	36,82	<i>Mann-Whitney</i> 579,0	-	0,067
Sim	31	38,7	46,32			
Total	80	100,0				

Legenda: **n** - frequência absoluta da amostra; **%** - frequência relativa; **df** - graus de liberdade; **p** - probabilidade.

Segundo a análise da tabela 44 constatamos que não existem diferenças estatísticas significativas entre a ordenação média da pontuação da dimensão “Trabalho em equipa entre unidades” e as variáveis experiência na instituição ($p=0,979$), serviço ao qual pertence ($p=0,274$), acreditação do serviço ($p=0,162$), experiência no serviço ($p=0,642$), experiência na prestação de cuidados à criança ($p=0,306$) e realização de formação relativa à segurança do doente e gestão de risco ($p=0,191$).

Tabela 44 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão "Trabalho em equipa entre unidades" com as características profissionais dos participantes no estudo

Variáveis	n	%	Ordenação média	Valor do teste	df	p
Experiência na instituição						
Até 2 anos	5	6,4	46,00	<i>Kruskal-Wallis</i> 3,339	4	0,503
3 a 7 anos	8	10,3	38,56			
8 a 12 anos	11	14,1	44,77			
13 a 20 anos	27	34,6	42,30			
21 ou mais	27	34,6	33,63			
Total	78	100,0				
Serviço/unidade onde trabalha						
Neonatologia	8	10,5	30,06	<i>Kruskal-Wallis</i> 5,130	4	0,274
Internamento Pediatria	27	35,5	38,11			
Urgência Pediatria	20	26,3	36,35			
Consulta Externa Pediatria	6	7,9	33,00			
Vários Serviços	15	19,8	48,77			
Total	76	100,0				
O serviço é acreditado?						
Não	9	12,3	27,89	<i>Mann-Whitney</i> 206,0	-	0,162
Sim	64	87,7	38,28			
Total	73	100,0				
Experiência no serviço/unidade						
Até 2 anos	11	14,5	39,45	<i>Kruskal-Wallis</i> 2,513	4	0,642
3 a 7 anos	11	14,5	31,00			
8 a 12 anos	12	15,8	41,88			
13 a 20 anos	26	34,2	41,67			
21 ou mais	16	21,0	35,31			
Total	76	100,0				
Experiência na prestação de cuidados à criança						
Até 2 anos	11	14,7	40,36	<i>Kruskal-Wallis</i> 4,819	4	0,306
3 a 7 anos	11	14,7	38,77			
8 a 12 anos	9	12,0	44,50			
13 a 20 anos	24	32,0	41,35			
21 ou mais	20	26,6	29,33			
Total	75	100,0				
Formação em segurança e gestão do risco						
Não	48	61,6	36,89	<i>Mann-Whitney</i> 594,5	-	0,191
Sim	30	38,4	43,68			
Total	78	100,0				

Legenda: **n** - frequência absoluta da amostra; **%** - frequência relativa; **df** - graus de liberdade; **p** - probabilidade.

A análise da tabela 45 indica-nos não existirem diferenças estatísticas significativas entre a ordenação média da pontuação da dimensão "Transferências e transições" e as variáveis serviço ao qual pertence ($p=0,873$), acreditação do serviço ($p=0,814$), experiência no serviço ($p=0,078$), experiência na prestação de cuidados à criança ($p=0,411$) e realização de formação relativa à segurança do doente e gestão de risco ($p=0,115$).

A ordenação média da pontuação da dimensão "Transferências e transições" difere significativamente da experiência na instituição ($p=0,041$), tendo obtido a ordenação média mais elevada o grupo de participantes com 8 a 12 anos de experiência na instituição (46,64), seguido do grupo de profissionais com 21 ou mais anos de serviço (43,93). O grupo de profissionais com experiência na instituição entre 3 a 7 anos obteve a ordenação média menos elevada (17,31).

Tabela 45 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão "Transferências e transições" com as características profissionais dos participantes no estudo

Variáveis	n	%	Ordenação média	Valor do teste	df	p
Experiência na instituição						
Até 2 anos	5	6,2	41,40	<i>Kruskal-Wallis</i> 9,955	4	0,041
3 a 7 anos	8	10,0	17,31			
8 a 12 anos	11	13,8	46,64			
13 a 20 anos	27	33,8	41,02			
21 ou mais	27	36,25	43,93			
Total	78	100,0				
Serviço/unidade onde trabalha						
Neonatologia	8	10,3	45,44	<i>Kruskal-Wallis</i> 1,230	4	0,873
Internamento Pediatria	27	34,6	36,43			
Urgência Pediatria	20	25,6	41,18			
Consulta Externa Pediatria	7	9,0	39,26			
Vários Serviços	16	20,5	39,72			
Total	78	100,0				
O serviço é acreditado?						
Não	9	12,0	39,56	<i>Mann-Whitney</i> 283,0	-	0,814
Sim	66	88,0	37,79			
Total	75	100,0				
Experiência no serviço/unidade						
Até 2 anos	11	14,1	33,91	<i>Kruskal-Wallis</i> 8,385	4	0,078
3 a 7 anos	11	14,1	24,18			
8 a 12 anos	12	15,4	47,08			
13 a 20 anos	26	33,3	43,12			
21 ou mais	18	23,1	42,00			
Total	78	100,0				
Experiência na prestação de cuidados à criança						
Até 2 anos	11	14,3	35,23	<i>Kruskal-Wallis</i> 3,962	4	0,411
3 a 7 anos	11	14,3	28,45			
8 a 12 anos	10	13,0	43,60			
13 a 20 anos	24	31,1	41,21			
21 ou mais	21	27,3	41,79			
Total	77	100,0				
Formação em segurança e gestão do risco						
Não	49	61,3	37,34	<i>Mann-Whitney</i> 604,50	-	0,115
Sim	31	38,7	45,50			
Total	80	100,0				

Legenda: **n** - frequência absoluta da amostra; **%** - frequência relativa; **df** - graus de liberdade; **p** - probabilidade.

Pelos resultados da tabela 46 podemos constatar que não existem diferenças estatísticas significativas entre a ordenação média da pontuação da dimensão "Percepções gerais sobre a segurança do doente" e as variáveis "experiência na instituição" ($p=0,728$), "serviço ao qual pertence" ($p=0,490$), "acreditação do serviço" ($p=0,111$), "experiência no serviço" ($p=0,403$), "experiência na prestação de cuidados à criança" ($p=0,588$) e "realização de formação relativa à segurança do doente e gestão de risco" ($p=0,599$).

Tabela 46 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Percepções gerais sobre a segurança do doente” com as características profissionais dos participantes no estudo

Variáveis	n	%	Ordenação média	Valor do teste	df	P
Experiência na instituição						
Até 2 anos	5	6,4	43,20	<i>Kruskal-Wallis</i> 2,042	4	0,728
3 a 7 anos	8	10,3	42,50			
8 a 12 anos	11	14,1	45,18			
13 a 20 anos	26	33,3	35,04			
21 ou mais	28	35,9	39,89			
Total	78	100,0				
Serviço/unidade onde trabalha						
Neonatologia	7	9,2	49,43	<i>Kruskal-Wallis</i> 3,418	4	0,490
Internamento Pediatria	26	34,2	35,44			
Urgência Pediatria	20	26,3	35,70			
Consulta Externa Pediatria	7	9,2	36,29			
Vários Serviços	16	21,1	43,16			
Total	76	100,0				
O serviço é acreditado?						
Não	8	11,0	25,88	<i>Mann-Whitney</i> 171,0	-	0,111
Sim	65	89,0	38,37			
Total	73	100,0				
Experiência no serviço/unidade						
Até 2 anos	10	13,2	41,20	<i>Kruskal-Wallis</i> 4,023	4	0,403
3 a 7 anos	11	14,6	34,36			
8 a 12 anos	12	15,8	49,08			
13 a 20 anos	25	32,8	36,58			
21 ou mais	18	23,6	35,14			
Total	76	100,0				
Experiência na prestação de cuidados à criança						
Até 2 anos	10	13,3	41,80	<i>Kruskal-Wallis</i> 2,042	4	0,588
3 a 7 anos	11	14,7	42,36			
8 a 12 anos	10	13,3	44,40			
13 a 20 anos	23	30,7	35,35			
21 ou mais	21	28,0	33,76			
Total	75	100,0				
Formação em segurança e gestão do risco						
Não	48	61,5	40,55	<i>Mann-Whitney</i> 669,5	-	0,599
Sim	30	38,5	37,82			
Total	78	100,0				

Legenda: **n** - frequência absoluta da amostra; **%** - frequência relativa; **df** - graus de liberdade; **p** - probabilidade.

Analisando a tabela 47 verificamos não existirem diferenças estatísticas significativas entre a ordenação média da pontuação da dimensão “Frequência de notificação de incidentes/eventos adversos” e as variáveis experiência na instituição ($p=0,503$), serviço ao qual pertence ($p=0,089$), experiência no serviço ($p=0,794$), experiência na prestação de cuidados à criança ($p=0,329$) e realização de formação relativa à segurança do doente e gestão de risco ($p=0,115$).

A ordenação média da pontuação da dimensão “Frequência de notificação de incidentes/eventos adversos” difere significativamente entre a situação de acreditação dos serviços ou não acreditação da variável ($p=0,032$) e da variável “Formação em segurança e gestão de risco” ($p=0,022$). No primeiro caso, a ordenação média mais elevada pertence ao grupo de participantes pertencentes aos serviços acreditados (37,45), enquanto os

profissionais que exercem a sua atividade em serviços não acreditados obtiveram uma ordenação média de 22,28. Relativamente à formação em segurança e gestão de risco, a ordenação média mais elevada pertence aos participantes que já frequentaram este tipo de formação (45,12), os que não frequentaram obtiveram uma ordenação média de 33,51. Isto significa que os profissionais de saúde que exercem a sua atividade nos serviços acreditados possuem uma perceção da frequência de notificação de incidentes/eventos adversos mais positiva bem como aqueles que já realizaram formação em segurança e gestão de risco.

Tabela 47 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Frequência de notificação de eventos” com as características profissionais dos participantes no estudo

Variáveis	n	%	Ordenação média	Valor do teste	df	p
Experiência na instituição						
Até 2 anos	5	6,7	39,40	<i>Kruskal-Wallis</i> 5,749	4	0,503
3 a 7 anos	7	9,3	49,36			
8 a 12 anos	9	12,0	43,06			
13 a 20 anos	25	33,3	30,58			
21 ou mais	29	38,7	39,84			
Total	75	100,0				
Serviço/unidade onde trabalha						
Neonatologia	8	11,0	39,69	<i>Kruskal-Wallis</i> 8,083	4	0,089
Internamento Pediatria	26	35,6	33,73			
Urgência Pediatria	20	27,4	34,75			
Consulta Externa Pediatria	5	6,8	23,80			
Vários Serviços	14	19,2	49,46			
Total	73	100,0				
O serviço é acreditado?						
Não	9	12,9	22,28	<i>Mann-Whitney</i> 155,50	-	0,032
Sim	61	87,1	37,45			
Total	70	100,0				
Experiência no serviço/unidade						
Até 2 anos	10	13,7	41,65	<i>Kruskal-Wallis</i> 1,684	4	0,794
3 a 7 anos	11	15,0	40,05			
8 a 12 anos	10	13,7	39,15			
13 a 20 anos	24	32,9	33,15			
21 ou mais	18	24,7	36,15			
Total	73	100,0				
Experiência na prestação de cuidados à criança						
Até 2 anos	10	13,9	47,35	<i>Kruskal-Wallis</i> 4,620	4	0,329
3 a 7 anos	11	15,3	32,82			
8 a 12 anos	9	12,5	41,89			
13 a 20 anos	22	30,5	32,91			
21 ou mais	20	27,8	34,63			
Total	72	100,0				
Formação em segurança e gestão do risco						
Não	46	61,3	33,51	<i>Mann-Whitney</i> 460,50	-	0,022
Sim	29	38,7	45,12			
Total	75	100,0				

Legenda: **n** - frequência absoluta da amostra; **%** - frequência relativa; **df** - graus de liberdade; **p** - probabilidade.

Para darmos resposta à **Q5** - Que relação existe entre o conhecimento da estrutura conceptual da CISD, o conhecimento do SNNIEA, a notificação de incidentes e eventos adversos e a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico? - aplicámos os testes estatísticos *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis* entre as

diferentes dimensões da CSDP e as variáveis relacionadas com o conhecimento e utilização dos sistemas de notificação (Conhece a estrutura conceptual da CISD?; Considera que a notificação de forma anónima contribui para a participação dos profissionais na melhoria da segurança do doente?; Conhece o SNNIEA?; Já utilizou o SNNIEA?; Já notificou algum incidente/evento adverso ao longo da sua prática profissional?; Considera que a notificação de forma anónima contribui para a participação dos profissionais na melhoria da segurança do doente?), que aparecerão nas tabelas sempre por esta sequência.

Através da análise da tabela 48, não se verificam diferenças significativas entre as ordenações médias da pontuação da dimensão “Trabalho em equipa” das opções de resposta das variáveis “conhecimento da estrutura conceptual da CISD” ($p=0,707$), “conhecimento do SNNIEA” ($p=0,595$), “utilização do SNNIEA” ($p=0,549$), “notificação de algum incidente ou evento adverso ao longo da prática profissional” ($p=0,953$) e “a notificação de forma anónima contribui para a participação dos profissionais na melhoria da segurança do doente” ($p=0,815$). Logo, podemos afirmar que não há relação entre estas variáveis e a dimensão “Trabalho em equipa”.

Tabela 48 - Resultados dos testes estatísticos entre a dimensão “Trabalho em equipa” e as variáveis relacionadas com o conhecimento da estrutura conceptual da CISD e utilização do SNNIEA

Variáveis	n	%	Ordenação média	Valor do teste	df	p
Conhece a estrutura conceptual da CISD?						
Não	50	66,7				
Sim	25	33,3	37,39	<i>Mann-Whitney</i>	-	0,707
Total	75	100,0	39,22	594,5		
Conhece o SNNIEA?						
Não	31	41,3	36,5	<i>Mann-Whitney</i>	-	0,595
Sim	44	58,7	39,02			
Total	75	100,0				
Já utilizou o SNNIEA?						
Não	62	82,7	38,6	<i>Mann-Whitney</i>	-	0,549
Sim	13	17,3	35,0	364,0		
Total	75	100,0				
Já notificou algum incidente ou evento adverso ao longo da prática profissional?						
Não	42	56,0	37,88	<i>Mann-Whitney</i>		0,953
Sim	33	44,0	38,15	688,0		
Total	78	100,0				
Considera que a notificação de forma anónima contribui para a participação dos profissionais na melhoria da segurança do doente?						
Discordo fortemente	1		56,0	<i>Kruskal-Wallis</i>		
Discordo	2		41,0	1,564	4	0,815
Não concordo/Nem concordo	9		35,17			
Concordo	51		39,53			
Concordo fortemente	13		35,04			
Total	76					

Legenda: **n** - frequência absoluta da amostra; **%** - frequência relativa; **df** - graus de liberdade; **p** - probabilidade.

Observando a tabela 49, podemos constatar que não existem diferenças estatísticas significativas entre as ordenações médias da pontuação da dimensão “Expectativas do supervisor/gestor e ações de promoção de segurança” das opções de resposta das variáveis “conhecimento da estrutura conceptual da CISD” ($p=0,358$), “conhecimento do SNNIEA” ($p=0,878$), “utilização do SNNIEA” ($p=0,540$), “notificação de algum incidente ou evento adverso ao longo da prática profissional” ($p=0,843$) e “a notificação de forma anónima contribui para a participação dos profissionais na melhoria da segurança do doente” ($p=0,176$). Não existe relação de dependência entre estas variáveis e a dimensão “Expectativas do supervisor/gestor e ações de promoção de segurança”.

Tabela 49 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Expectativas do supervisor/gestor e ações de promoção de segurança” com as variáveis relacionadas com o conhecimento da estrutura conceptual da CISD e utilização do SNNIEA

Variáveis	n	%	Ordenação média	Valor do teste	df	p
Conhece a estrutura conceptual da CISD?						
Não	53	67,0	38,39	<i>Mann-Whitney</i> 603,5	-	0,358
Sim	26	33,3	43,29			
Total	79	100,0				
Conhece o SNNIEA?						
Não	33	42,0	39,55	<i>Mann-Whitney</i> 744,0	-	0,878
Sim	46	58,0	40,33			
Total	79	100,0				
Já utilizou o SNNIEA?						
Não	64	81,0	39,26	<i>Mann-Whitney</i> 432,5	-	0,540
Sim	15	19,0	43,17			
Total	79	100,0				
Já notificou algum incidente ou evento adverso ao longo da prática profissional?						
Não	44	55,7	40,44	<i>Mann-Whitney</i> 750,5		0,843
Sim	35	44,3	39,44			
Total	79	100,0				
Considera que a notificação de forma anónima contribui para a participação dos profissionais na melhoria da segurança do doente?						
Discordo fortemente	1	1,2	67,50	<i>Kruskal-Wallis</i> 6,325	4	0,176
Discordo	2	2,5	56,25			
Não concordo/Nem discordo	9	11,3	32,89			
Concordo	53	66,25	43,12			
Concordo fortemente	15	18,80	31,90			
Total	80	100,0				

Legenda: n - frequência absoluta da amostra; % - frequência relativa; df - graus de liberdade; p - probabilidade.

Ao analisar a tabela 50, não se verificam diferenças significativas entre as ordenações médias de pontuação da dimensão “Aprendizagem organizacional – Melhoria contínua” das opções de resposta das variáveis “conhecimento da estrutura conceptual da CISD” ($p=0,201$), “conhecimento do SNNIEA” ($p=0,567$), “utilização do SNNIEA” ($p=0,214$), “notificação de algum incidente ou evento adverso ao longo da prática profissional” ($p=0,118$) e “a notificação de forma anónima contribui para a participação dos profissionais na melhoria da

segurança do doente” ($p=0,628$). Podemos afirmar que não existe relação entre estas variáveis e a dimensão “Aprendizagem organizacional - Melhoria contínua”.

Tabela 50 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Aprendizagem organizacional - Melhoria contínua” com as variáveis relacionadas com o conhecimento da estrutura conceptual da CISD e utilização do SNNIEA

Variáveis	n	%	Ordenação média	Valor do teste	df	p
Conhece a estrutura conceptual da CISD?						
Não	51	67,1	36,33	<i>Mann-Whitney</i> 527,0	-	0,201
Sim	25	32,9	42,93			
Total	76	100,0				
Conhece o SNNIEA?						
Não	32	42,1	36,88	<i>Mann-Whitney</i> 652,0	-	0,567
Sim	44	57,9	39,68			
Total	76	100,0				
Já utilizou o SNNIEA?						
Não	61	80,3	39,99	<i>Mann-Whitney</i> 366,5	-	0,214
Sim	15	19,7	32,43			
Total	76	100,0				
Já notificou algum incidente ou evento adverso ao longo da prática profissional?						
Não	43	56,6	41,81	<i>Mann-Whitney</i> 567,0		0,118
Sim	33	43,4	34,18			
Total	76	100,0				
Considera que a notificação de forma anónima contribui para a participação dos profissionais na melhoria da segurança do doente?						
Discordo fortemente	1	1,3	63,0	<i>Kruskal-Wallis</i> 2,594	4	0,628
Discordo	2	2,6	50,50			
Não concordo/Nem discordo	8	10,4	32,50			
Concordo	52	67,5	38,80			
Concordo fortemente	14	18,2	39,79			
Total	77	100,0				

Legenda: **n** - frequência absoluta da amostra; **%** - frequência relativa; **df** - graus de liberdade; **p** - probabilidade.

Observamos pela tabela 51 que não se verificam diferenças estatísticas significativas entre as ordenações médias da pontuação da dimensão “*Feedback* e comunicação acerca do erro” das opções de resposta das variáveis “conhecimento da estrutura conceptual da CISD” ($p=0,181$), “utilização do SNNIEA” ($p= 0,216$), “notificação de algum incidente ou evento adverso ao longo da prática profissional” ($p=0,588$) e “a notificação de forma anónima contribui para a participação dos profissionais na melhoria da segurança do doente” ($p=0,092$). Não há relação de dependência entre estas variáveis.

As ordenações médias da pontuação da dimensão “*Feedback* e comunicação acerca do erro” das opções de resposta da variável “conhecimento do SNNIEA” diferem significativamente ($p=0,035$), sendo que a ordenação média mais elevada é a do grupo de participantes que conhece o SNNIEA (44,49). Logo, existe relação entre a dimensão “*Feedback* e comunicação acerca do erro” e o conhecimento do SNNIEA.

Tabela 51 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Feedback e comunicação acerca do erro” com as variáveis relacionadas com o conhecimento da estrutura conceptual da CISD e utilização do SNNIEA

Variáveis	n	%	Ordenação média	Valor do teste	df	p
Conhece a estrutura conceptual da CISD?						
Não	53	67,0	36,33	<i>Mann-Whitney</i> 564,0	-	0,181
Sim	26	33,0	42,92			
Total	79	100,0				
Conhece o SNNIEA?						
Não	33	41,8	33,74	<i>Mann-Whitney</i> 552,5	-	0,035
Sim	46	58,2	44,49			
Total	79	100,0				
Já utilizou o SNNIEA?						
Não	64	81,0	38,49	<i>Mann-Whitney</i> 383,5	-	0,216
Sim	15	19,0	46,43			
Total	79	100,0				
Já notificou algum incidente ou evento adverso ao longo da prática profissional?						
Não	44	55,7	38,78	<i>Mann-Whitney</i> 716,5		0,588
Sim	35	44,3	41,53			
Total	79	100,0				
Considera que a notificação de forma anónima contribui para a participação dos profissionais na melhoria da segurança do doente?						
Discordo fortemente	1	1,2	67,50	<i>Kruskal-Wallis</i> 8,00	4	0,092
Discordo	2	2,5	57,75			
Não concordo/Nem discordo	9	11,2	29,94			
Concordo	53	66,3	40,20			
Concordo fortemente	15	18,8	46,80			
Total	80	100,0				

Legenda: **n** - frequência absoluta da amostra; **%** - frequência relativa; **df** - graus de liberdade; **p** - probabilidade

Ao analisar a tabela 52 observamos que não se verificam diferenças significativas entre as ordenações médias de pontuação da dimensão “Abertura na comunicação” das opções de resposta das variáveis “conhecimento da estrutura conceptual da CISD” ($p=0,807$), “conhecimento do SNNIEA” ($p=0,088$), “utilização do SNNIEA” ($p=0,145$) e “notificação de algum incidente ou evento adverso ao longo da prática profissional” ($p=0,143$).

As ordenações médias da pontuação da dimensão “Abertura na comunicação” das opções de resposta da variável “a notificação de forma anónima contribui para a participação dos profissionais na melhoria da segurança do doente” diferem significativamente” ($p=0,002$), tendo obtido a ordenação média mais elevada o grupo de participantes que discorda fortemente que o anonimato na notificação contribui para a melhoria da segurança do doente (68,00), seguido dos que discordam (56,75). Podemos afirmar que existe relação entre a variável “a notificação de forma anónima contribui para a participação dos profissionais na melhoria da segurança do doente” e a dimensão “Abertura na comunicação”.

Tabela 52 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Abertura na comunicação” com as variáveis relacionadas com o conhecimento da estrutura conceptual da CISD e utilização do SNNIEA

Variáveis	n	%	Ordenação média	Valor do teste	df	p
Conhece a estrutura conceptual da CISD?						
Não	52	66,7	39,07	<i>Mann-Whitney</i> 653,5	-	0,807
Sim	26	33,0	40,37			
Total	78	100,0				
Conhece o SNNIEA?						
Não	32	41,0	34,39	<i>Mann-Whitney</i> 572,5	-	0,088
Sim	46	59,0	43,05			
Total	78	100,0				
Já utilizou o SNNIEA?						
Não	63	81,8	37,72	<i>Mann-Whitney</i> 360,5	-	0,145
Sim	15	19,2	46,97			
Total	78	100,0				
Já notificou algum incidente ou evento adverso ao longo da prática profissional?						
Não	44	56,4	36,28	<i>Mann-Whitney</i> 606,5	-	0,143
Sim	34	43,6	43,66			
Total	78	100,0				
Considera que a notificação de forma anónima contribui para a participação dos profissionais na melhoria da segurança do doente?						
Discordo fortemente	1	1,2	68,00	<i>Kruskal-Wallis</i> 16,484	4	0,002
Discordo	2	2,5	56,75			
Não concordo/Nem concordo	9	11,4	14,89			
Concordo	52	65,9	44,31			
Concordo fortemente	15	19,0	36,03			
Total	79	100,0				

Legenda: **n** - frequência absoluta da amostra; **%** - frequência relativa; **df** - graus de liberdade; **p** - probabilidade

Ao analisar a tabela 53 observamos diferenças significativas entre as ordenações médias de pontuação da dimensão “Dotação de profissionais” e as opções de resposta da variável “conhecimento da estrutura conceptual da CISD” ($p=0,050$), os profissionais que têm este conhecimento têm uma ordenação média superior (44,02), o que quer dizer que percecionam esta dimensão com mais positividade. Não se verificaram diferenças estatísticas significativas entre as ordenações médias da pontuação desta dimensão e as variáveis “conhecimento do SNNIEA” ($p=0,680$), “utilização do SNNIEA” ($p=0,720$), “notificação de algum incidente ou evento adverso ao longo da prática profissional” ($p=0,140$) e “a notificação de forma anónima contribui para a participação dos profissionais na melhoria da segurança do doente” ($p=0,423$). Podemos afirmar que não existe relação entre estas variáveis e a dimensão “Dotação de profissionais”.

Tabela 53 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Dotação de profissionais” com as variáveis relacionadas com o conhecimento da estrutura conceptual da CISD e utilização do SNNIEA

Variáveis	n	%	Ordenação média	Valor do Teste	df	p
Conhece a estrutura conceptual da CISD?						
Não	48	64,9	33,97	<i>Mann-Whitney</i> 454,5	-	0,050
Sim	26	35,1	44,02			
Total	74	100,0				
Conhece o SNNIEA?						
Não	29	39,2	38,76	<i>Mann-Whitney</i> 616,0	-	0,680
Sim	45	60,8	36,69			
Total	74	100,0				
Já utilizou o SNNIEA?						
Não	60	81,0	37,08	<i>Mann-Whitney</i> 394,5	-	0,720
Sim	14	19,0	39,32			
Total	74	100,0				
Já notificou algum incidente ou evento adverso ao longo da prática profissional?						
Não	41	55,4	34,26	<i>Mann-Whitney</i> 543,5	-	0,140
Sim	33	44,6	41,53			
Total	74	100,0				
Considera que a notificação de forma anónima contribui para a participação dos profissionais na melhoria da segurança do doente?						
Discordo fortemente	1	1,3	56,00	<i>Kruskal-Wallis</i> 3,880	4	0,423
Discordo	1	1,3	73,50			
Não concordo/Nem discordo	7	9,4	35,79			
Concordo	51	68,0	36,66			
Concordo fortemente	15	20,0	40,03			
Total	75	100,0				

Legenda: **n** - frequência absoluta da amostra; **%** - frequência relativa; **df** - graus de liberdade; **p** - probabilidade.

Perante a tabela 54, observamos que não se verificam diferenças significativas entre as ordenações médias de pontuação da dimensão “Resposta ao erro não punitiva” das opções de resposta das variáveis “conhecimento do SNNIEA” ($p=0,151$), “utilização do SNNIEA” ($p=0,381$), “notificação de algum incidente ou evento adverso ao longo da prática profissional” ($p=0,343$) e “a notificação de forma anónima contribui para a participação dos profissionais na melhoria da segurança do doente” ($p=0,273$). Podemos afirmar que não existe relação entre estas variáveis e a dimensão “Resposta ao erro não punitiva”.

As ordenações médias da pontuação da dimensão “Resposta ao erro não punitiva” das opções de resposta da variável “conhecimento da estrutura conceptual da CISD” diferem significativamente ($p=0,014$), sendo que a ordenação média mais elevada é a do grupo de participantes que “conhece a estrutura conceptual da CISD” (45,92). Podemos afirmar que existe relação entre esta variável e a dimensão “Resposta ao erro não punitiva”.

Tabela 54 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Resposta ao erro não punitiva” com as variáveis relacionadas com o conhecimento da estrutura conceptual da CISD e utilização do SNNIEA

Variáveis	n	%	Ordenação média	Valor do teste	df	p
Conhece a estrutura conceptual da CISD?						
Não	49	66,2	33,20	<i>Mann-Whitney</i> 402,0	-	0,014
Sim	25	33,8	45,92			
Total	74	100,0				
Conhece o SNNIEA?						
Não	30	40,5	33,25	<i>Mann-Whitney</i> 532,5	-	0,151
Sim	44	59,5	40,40			
Total	74	100,0				
Já utilizou o SNNIEA?						
Não	60	81,0	36,47	<i>Mann-Whitney</i> 358,0	-	0,381
Sim	14	19,0	41,93			
Total	74	100,0				
Já notificou algum incidente ou evento adverso ao longo da prática profissional?						
Não	40	54,0	39,64	<i>Mann-Whitney</i> 594,5	-	0,343
Sim	34	46,0	34,99			
Total	74	100,0				
Considera que a notificação de forma anónima contribui para a participação dos profissionais na melhoria da segurança do doente?						
Discordo fortemente	1	1,3	61,00	<i>Kruskal-Wallis</i> 5,147	4	0,273
Discordo	1	1,3	61,00			
Não concordo/Nem discordo	7	9,4	31,79			
Concordo	53	70,7	36,03			
Concordo fortemente	13	17,3	45,85			
Total	75	100,0				

Legenda: **n** - frequência absoluta da amostra; **%** - frequência relativa; **df** - graus de liberdade; **p** - probabilidade.

Ao analisar a tabela 55 constatamos que não se verificam diferenças significativas entre as ordenações médias de pontuação da dimensão “Apoio à segurança do doente pela gestão” das opções de resposta das variáveis “conhecimento da estrutura conceptual CISD” ($p=0,460$), “conhecimento do SNNIEA” ($p=0,617$), “utilização do SNNIEA” ($p=0,060$), “notificação de algum incidente ou evento adverso ao longo da prática profissional” ($p=0,145$) e “a notificação de forma anónima contribui para a participação dos profissionais na melhoria da segurança do doente” ($p=0,334$). Podemos afirmar que não existe relação entre estas variáveis e a dimensão “Apoio à segurança do doente pela gestão”.

Tabela 55 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Apoio à segurança do doente pela gestão” com as variáveis relacionadas com o conhecimento da estrutura conceptual da CISD e utilização do SNNIEA

Variáveis	n	%	Ordenação média	Valor do teste	df	p
Conhece a estrutura conceptual da CISD?						
Não	53	67,0	38,70	<i>Mann-Whitney</i> 620,0	-	0,460
Sim	26	33,0	42,65			
Total	79	100,0				
Conhece o SNNIEA?						
Não	33	42,0	38,52	<i>Mann-Whitney</i> 710,0	-	0,617
Sim	46	58,0	41,07			
Total	79	100,0				
Já utilizou o SNNIEA?						
Não	64	81,0	37,71	<i>Mann-Whitney</i> 333,5	-	0,060
Sim	15	19,0	49,77			
Total	79	100,0				
Já notificou algum incidente ou evento adverso ao longo da prática profissional?						
Não	44	55,7	36,73	<i>Mann-Whitney</i> 626,0	-	0,145
Sim	35	44,3	44,11			
Total	79	100,0				
Considera que a notificação de forma anónima contribui para a participação dos profissionais na melhoria da segurança do doente?						
Discordo fortemente	1	1,3	70,5	<i>Kruskal-Wallis</i> 4.573	4	0,334
Discordo	2	2,5	52,75			
Não concordo/Nem discordo	9	11,2	29,78			
Concordo	53	66,2	40,52			
Concordo fortemente	15	18,8	43,23			
Total	80	100,0				

Legenda: n - frequência absoluta da amostra; % - frequência relativa; df - graus de liberdade; p - probabilidade.

Perante a tabela 56 observamos que não se verificam diferenças significativas entre as ordenações médias da pontuação da dimensão “Trabalho em equipa nas unidades” das opções de resposta das variáveis “conhecimento da estrutura conceptual da CISD” ($p=0,406$), “conhecimento do SNNIEA” ($p=0,268$), “utilização do SNNIEA” ($p=0,252$), “notificação de algum incidente ou evento adverso ao longo da prática profissional” ($p=0,680$) e “a notificação de forma anónima contribui para a participação dos profissionais na melhoria da segurança do doente” ($p=0,227$). Podemos afirmar que não existe relação entre estas variáveis e a dimensão “Trabalho em equipa nas unidades”.

Tabela 56 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Trabalho em equipa nas unidades” com as variáveis relacionadas com o conhecimento da estrutura conceptual da CISD e utilização do SNNIEA

Variáveis	n	%	Ordenação média	Valor do teste	df	p
Conhece a estrutura conceptual da CISD?						
Não	51	66,2	37,51	<i>Mann-Whitney</i> 587,0	-	0,406
Sim	26	33,8	41,92			
Total	77	100,0				
Conhece o SNNIEA?						
Não	32	41,6	35,70	<i>Mann-Whitney</i> 614,5	-	0,268
Sim	45	58,4	41,34			
Total	77	100,0				
Já utilizou o SNNIEA?						
Não	63	82,0	37,64	<i>Mann-Whitney</i> 355,5	-	0,252
Sim	14	18,0	45,11			
Total	77	100,0				
Já notificou algum incidente ou evento adverso ao longo da prática profissional?						
Não	43	56,0	38,10	<i>Mann-Whitney</i> 692,5	-	0,689
Sim	34	44,0	40,13			
Total	77	100,0				
Considera que a notificação de forma anónima contribui para a participação dos profissionais na melhoria da segurança do doente?						
Discordo fortemente	1	1,3	44,50	<i>Kruskal-Wallis</i> 5,643	4	0,227
Discordo	2	2,6	62,75			
Não concordo/Nem discordo	8	10,2	26,13			
Concordo	52	66,7	41,33			
Concordo fortemente	15	19,2	36,87			
Total	78	100,0				

Legenda: **n** - frequência absoluta da amostra; **%** - frequência relativa; **df** - graus de liberdade; **p** - probabilidade.

Ao analisar a tabela 57 constatamos que não se verificam diferenças significativas entre as ordenações médias da pontuação da dimensão “Transferências e transições hospitalares” das opções de resposta das variáveis “conhecimento da estrutura conceptual da CISD” ($p=0,641$), “conhecimento do SNNIEA” ($p=0,185$), utilização do SNNIEA” ($p=0,541$), “notificação de algum incidente ou evento adverso ao longo da prática profissional” ($p=0,823$) e “a notificação de forma anónima contribui para a participação dos profissionais na melhoria da segurança do doente” ($p=0,169$). Não existe relação entre estas variáveis e a dimensão “Transferências e transições hospitalares”.

Tabela 57 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Transferências e transições hospitalares” com as variáveis relacionadas com o conhecimento da estrutura conceptual da CISD e utilização do SNNIEA

Variáveis	n	%	Ordenação média	Valor do teste	df	p
Conhece a estrutura conceptual da CISD?						
Não	53	67,0	39,18	<i>Mann-Whitney</i> 645,5	-	0,641
Sim	26	33,0	41,67			
Total	79	100,0				
Conhece o SNNIEA?						
Não	33	41,8	36,08	<i>Mann-Whitney</i> 629,5	-	0,185
Sim	46	58,0	42,82			
Total	79	100,0				
Já utilizou o SNNIEA?						
Não	64	81,0	40,74	<i>Mann-Whitney</i> 432,5	-	0,541
Sim	15	19,0	36,83			
Total	79	100,0				
Já notificou algum incidente ou evento adverso ao longo da prática profissional?						
Não	44	55,7	40,50	<i>Mann-Whitney</i> 748,0	-	0,823
Sim	35	44,3	39,37			
Total	79	100,0				
Considera que a notificação de forma anónima contribui para a participação dos profissionais na melhoria da segurança do doente?						
Discordo fortemente	1	1,3	11,00	<i>Kruskal-Wallis</i> 6,433	4	0,169
Discordo	2	2,5	66,50			
Não concordo/Nem discordo	9	11,2	33,33			
Concordo	53	66,2	42,65			
Concordo fortemente	15	18,8	35,70			
Total	80	100,0				

Legenda: **n** - frequência absoluta da amostra; **%** - frequência relativa; **df** - graus de liberdade; **p** - probabilidade.

Ao analisar a tabela 58, verificamos não haver diferenças estatísticas significativas entre as ordenações médias da pontuação da dimensão “Perceções gerais sobre a segurança do doente” das opções de resposta das variáveis “conhecimento da estrutura conceptual da CISD” ($p=0,255$), “conhecimento do SNNIEA” ($p=0,983$), “utilização do SNNIEA” ($p=0,587$), “notificação de algum incidente ou evento adverso ao longo da prática profissional” ($p=0,707$) e “a notificação de forma anónima contribui para a participação dos profissionais na melhoria da segurança do doente” ($p=0,416$). Constatamos que não existe relação entre estas variáveis e a dimensão “Perceções gerais sobre a segurança do doente”.

Tabela 58 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Percepções gerais sobre a segurança do doente” com as variáveis relacionadas com o conhecimento da estrutura conceptual da CISD e utilização do SNNIEA

Variáveis	n	%	Ordenação média	Valor do teste	df	p
Conhece a estrutura conceptual da CISD?						
Não	52	67,5	37,02	<i>Mann-Whitney</i> 547,0	-	0,255
Sim	25	32,5	43,12			
Total	77	100,0				
Conhece o SNNIEA?						
Não	33	43,0	38,94	<i>Mann-Whitney</i> 724,0	-	0,983
Sim	44	57,0	39,05			
Total	77	100,0				
Já utilizou o SNNIEA?						
Não	63	82,0	39,64	<i>Mann-Whitney</i> 400,5	-	0,587
Sim	14	18,0	36,11			
Total	77	100,0				
Já notificou algum incidente ou evento adverso ao longo da prática profissional?						
Não	44	57,0	39,82	<i>Mann-Whitney</i> 690,0	-	0,707
Sim	33	43,0	37,91			
Total	77	100,0				
Considera que a notificação de forma anónima contribui para a participação dos profissionais na melhoria da segurança do doente?						
Discordo fortemente	1	1,3	69,50	<i>Kruskal-Wallis</i> 3,928	4	0,416
Discordo	2	2,5	55,50			
Não concordo/Nem discordo	9	11,5	33,17			
Concordo	52	66,7	38,56			
Concordo fortemente	14	18,0	42,64			
Total	78	100,0				

Legenda: **n** - frequência absoluta da amostra; **%** - frequência relativa; **df** - graus de liberdade; **p** - probabilidade.

Constatamos pela tabela 59 que não se verificam diferenças significativas entre as ordenações médias de pontuação da dimensão “Frequência da notificação de eventos” das opções de resposta das variáveis “conhecimento da estrutura conceptual da CISD” ($p=0,090$), “conhecimento do SNNIEA” ($p=0,471$), “utilização do SNNIEA” ($p=0,196$), “notificação de algum incidente ou evento adverso ao longo da prática profissional” ($p=0,063$) e “a notificação de forma anónima contribui para a participação dos profissionais na melhoria da segurança do doente” ($p=0,080$). Podemos afirmar que não existe relação entre estas variáveis e a dimensão “Dotação de profissionais”.

Tabela 59 - Resultados dos testes estatísticos da dimensão “Frequência da notificação de eventos” com as variáveis relacionadas com o conhecimento da estrutura conceptual da CISD e utilização do SNNIEA

Variáveis	n	%	Ordenação média	Valor do teste	df	p
Conhece a estrutura conceptual da CISD?						
Não	49	66,2	34,54	<i>Mann-Whitney</i> 467,50	-	0,090
Sim	25	33,8	43,30			
Total	74	100,0				
Conhece o SNNIEA?						
Não	30	40,5	35,37	<i>Mann-Whitney</i> 596,0	-	0,471
Sim	44	59,5	38,95			
Total	74	100,0				
Já utilizou o SNNIEA?						
Não	59	80,0	35,81	<i>Mann-Whitney</i> 342,5	-	0,196
Sim	15	20,0	44,71			
Total	74	100,0				
Já notificou algum incidente ou evento adverso ao longo da prática profissional?						
Não	39	53,0	33,19	<i>Mann-Whitney</i> 514,5	-	0,063
Sim	35	47,0	42,30			
Total	74	100,0				
Considera que a notificação de forma anónima contribui para a participação dos profissionais na melhoria da segurança do doente?						
Discordo fortemente	1	1,3	66,50	<i>Kruskal-Wallis</i> 8,351	4	0,080
Discordo	1	1,3	66,50			
Não concordo/Nem discordo	9	12,0	30,00			
Concordo	50	66,7	35,59			
Concordo fortemente	14	18,7	47,68			
Total	75	100,0				

Legenda: **n** - frequência absoluta da amostra; **%** - frequência relativa; **df** - graus de liberdade; **p** - probabilidade.

3. Discussão dos Resultados

A discussão dos resultados será efetuada através da comparação dos resultados obtidos no presente estudo com os resultados provenientes de estudos realizados, preferencialmente, a nível nacional, mas também a nível internacional para complementação (Europa e Estados Unidos da América). Todos estes estudos aplicaram a mesma escala e o mesmo tipo de estudo (quantitativo, descritivo e transversal) em contexto hospitalar.

A discussão será efetuada na mesma sequência de apresentação dos resultados, iniciando com a caracterização sociodemográfica, passando à caracterização profissional e, por último, à CSDP, dimensão a dimensão. Esta discussão será feita de forma integradora, ou seja, integrará os resultados da estatística descritiva com os da estatística inferencial relativa à mesma variável.

No presente estudo, com uma amostra de 80 indivíduos, a maioria dos participantes era do sexo feminino (88,8%), tal como no estudo de Eiras (2011), em que 68,9% da amostra pertencia ao sexo feminino, e nos estudos de Fernandes e Queirós (2011), Peralta (2012), Sousa (2013), Pimenta (2013) e Costa (2014), que obtiveram um percentual, respetivamente, de 75,7%, 83,6%, 73,9%, 75,7% e 83,6% do sexo feminino, sendo todos estes valores inferiores aos do nosso estudo.

A maioria da amostra era constituída por 52,5% de sujeitos que pertenciam ao grupo etário dos 44 e 61 anos, percentual muito semelhante, embora ligeiramente inferior, ao do estudo realizado por Fernandes e Queirós (2011), em que mais de metade dos participantes (55,1%) tinha idades compreendidas entre 23 e 43 anos.

Quanto ao grupo profissional, os enfermeiros constituíam 59,2% da nossa amostra, seguidos dos assistentes operacionais (15,5%) e médicos (12,7%). Estes resultados são muito aproximados aos dos estudos realizados em Portugal e também noutros países. No estudo de Eiras (2011), o grupo profissional mais representado foi igualmente o dos enfermeiros (39,76%), seguido dos médicos (21,32%), embora neste estudo a proporção de enfermeiros fosse inferior ao do nosso estudo, no caso dos médicos foi superior. Também nos estudos de Peralta (2012), Sousa (2013), Pimenta (2013) e Costa (2014), o grupo profissional que apresentou maior percentagem foi o dos enfermeiros, respetivamente, com 60,2%, 60,6%, 28,6%, e 44,2%, percentuais muito aproximados nos dois primeiros estudos, mas bastante inferiores nos dois últimos. Nos estudos espanhóis, esta realidade mantém-se. Um estudo

realizado em 2009 pelo Ministerio de Sanidad y Política Social espanhol teve uma amostra representativa de 61,1% de enfermeiros, seguidos pelos médicos (30,2%), sendo neste caso percentuais superiores aos do presente estudo.

O maior percentual de respostas quanto aos anos de experiência na instituição foi de 33,6% para a categoria de 21 ou mais anos, seguida da categoria de 13 a 20 anos, com 32,4%. Isto significa que a amostra revelou ter bastante experiência profissional na instituição e nos serviços, tempo necessário para adquirir cultura organizacional, útil para este estudo. Este resultado assemelha-se com os obtidos nos estudos de Costa (2014), que revelou 22,8% de profissionais com mais de 21 anos de experiência na instituição.

No nosso estudo, a maioria dos profissionais trabalhava no internamento de pediatria (33,8%). Este resultado deve-se ao facto de a equipa multidisciplinar deste serviço ser mais alargada do que a dos outros serviços, tendo mais oito elementos do que os restantes. Este serviço também é o que acolhe mais profissionais do sexo feminino (36,6%), enquanto os homens se distribuem pela urgência e pelos vários serviços (33,3% nas duas categorias).

A maioria (82,5%) dos profissionais da nossa amostra exerce a sua atividade profissional em serviços acreditados, contrariamente aos resultados obtidos por Sousa (2013), em que apenas 35,5% dos profissionais trabalhava em serviços acreditados. O elevado percentual de profissionais a exercer a sua atividade profissional em serviços acreditados é uma mais-valia para a aquisição de atitudes, valores compatíveis e comportamentos com uma cultura de segurança do doente positiva.

Quanto à experiência na prestação de cuidados à criança, 30,0% da amostra assinalou ter entre 13 a 20 anos de experiência, o que significa que tinham muita experiência e conhecimentos na área da pediatria, sendo por isso profissionais mais despertos para prováveis riscos que põem em causa a segurança do doente pediátrico. Esta constatação abrange ambos os sexos que têm grande experiência na prestação de cuidados à criança, uma vez que obtiveram os maiores percentuais nas duas categorias com mais anos.

A maior parte dos profissionais não fez formação relativa à segurança e gestão de risco (61,3%). Os resultados em função do sexo indicam que a maioria do sexo masculino assinalou ter feito este tipo de formação (77,8%), em contraste com os participantes do sexo feminino (66,2%), que assinalaram não ter feito formação no âmbito da segurança. Este resultado pode ser explicado pelos anos de experiência, quer na instituição quer no serviço e por os homens

serem mais velhos comparativamente com as mulheres, tendo tido mais tempo e mais oportunidades para frequentar este tipo de formação.

A maioria da amostra (66,3%) não conhece a estrutura conceptual da CISD, mas 57,5% diz conhecer o SNNIEA, embora a maioria nunca o tivesse utilizado (80%). No entanto, 43,8% da amostra diz ter já notificado algum incidente ou evento adverso ao longo da prática profissional. Esta incongruência talvez possa ser explicada por a notificação de incidentes ser realizada neste contexto hospitalar, e não num outro sistema que não o sistema nacional. Não se constata grandes diferenças destas variáveis em função do sexo, uma vez que mantêm o mesmo comportamento do total da amostra. Exceto na experiência de notificação, em que os homens (66,7%) notificam mais que as mulheres (40,9%), embora esta diferença não seja estatisticamente significativa ($p=0,174$). Tal como no caso anterior, este resultado pode estar associado aos anos de experiência na instituição e no serviço que os homens têm em relação às mulheres, tempo útil para vivenciarem situações e experiências menos positivas e estarem despertos para a importância da notificação de incidentes.

Quanto à opinião dos profissionais de saúde acerca da segurança do doente pediátrico, a maioria (66,3%) concorda que a notificação anónima de eventos/ocorrências adversos contribui para a melhoria da segurança do doente, resultados coincidentes com os do estudo de Lima (2011), em que 63,5% da amostra considerava o anonimato na notificação importante para a melhoria da segurança. Estes resultados convergem com a afirmação da WHO (2005), que defende o anonimato e a confidencialidade nos sistemas de notificação, pois assim evita a culpabilização e a punição de quem reporta, o que contribui para o maior número de incidentes notificados.

- Grau de segurança do doente pediátrico

O grau de segurança do doente pediátrico é percecionado pela maioria dos respondentes (47,5%) como aceitável e 43,8% como muito bom, ou seja, a maioria dos inquiridos tem uma perceção positiva do grau de segurança do doente, o que leva a crer que assumem uma política de segurança na sua prática clínica.

Os nossos resultados são similares aos de outros estudos, sendo ligeiramente mais positivos que os de Sousa (2013), em que 40,6% dos participantes diz considerar aceitável o grau de segurança e apenas 35,6% o classifica como muito bom. No entanto, comparativamente com outros estudos, como o de Eiras (2011), os nossos resultados são menos positivos, já que no mesmo estudo 42% dos respondentes considerou a cultura de

segurança aceitável e 45% muito boa. Outros estudos como o de Pimenta (2013) e de Peralta (2012) obtiveram percentuais ainda mais elevados para o grau de segurança muito bom, respetivamente 60% e 51,7%. Salientamos os resultados do estudo de Sorra, Famolaro, Dyer, Nelson e Smith (2012), em que 45% dos participantes tinha uma perceção do grau de segurança de muito bom e 30% considerava-o mesmo excelente. Estes resultados melhoram em relação a 2004, em que se realizou pela primeira vez este estudo, o que pode traduzir que a avaliação da cultura de segurança do doente, nas organizações de saúde, desperta os profissionais para a importância do desenvolvimento de uma cultura assente na qualidade e segurança dos cuidados prestados aos doentes.

A distribuição destes resultados em função do sexo mostra que o sexo masculino tem uma perceção mais positiva do que o sexo feminino, o que pela nossa experiência empírica poderá ser explicado pelo facto de os poucos participantes do sexo masculino exercerem cargos de chefia e de gestão.

- Frequência da notificação de eventos/ocorrências

Verificamos que a maioria dos respondentes (81,3%) não fez qualquer notificação de eventos/ocorrências nos últimos 12 meses. Estes resultados são similares aos obtidos noutros estudos, como os do Ministerio de Sanidad y Política Social (2009), Fernandes e Queirós (2011), Eiras (2011) e Costa (2014), nos quais também a maioria da amostra, respetivamente 80%, 73%, 77,7% e 77,9%, não notificou qualquer incidente, embora estes percentuais sejam inferiores aos do presente estudo. Resultados reveladores de uma maior notificação de eventos obtiveram Sorra et al. (2012), ao constatarem que 55% dos participantes respondeu não ter notificado qualquer evento nos últimos 12 meses, ou seja, 45% dos sujeitos terá feito alguma notificação. No presente estudo constatamos que os profissionais notificaram poucos incidentes nos últimos 12 meses, uma vez que 12,5% dos respondentes notificou 1 a 2 eventos e 3,8% notificou entre 6 a 10 eventos. A notificação de eventos/ocorrências é identificada como uma área de melhoria para a maioria dos hospitais onde estes estudos foram realizados, o que parece ser o caso do contexto onde realizamos o nosso estudo.

Da análise da distribuição desta questão em função do sexo, no nosso estudo verificamos que os homens notificam mais que as mulheres, sendo que 22,2% já notificou entre 1 a 2 eventos e 11,1% notificou entre 6 a 10 eventos. Estes resultados contrastam com os resultados obtidos por Lima (2011) que, ao comparar a notificação de eventos/erros/incidentes

com a variável sexo, verificou que o sexo feminino notificava com maior frequência, com diferenças estatisticamente significativas ($p=0,035$).

Analisando em conjunto os nossos resultados referente ao grau de segurança do doente pediátrico, considerado por 43,8% dos participantes como muito bom, e a frequência da notificação de eventos/ocorrências, em que apenas 18,7% assinalou ter feito alguma notificação de eventos/ocorrências, constatamos que existe aqui uma incongruência, uma vez que a notificação de incidentes/eventos adversos é basilar para a segurança do doente, para o estabelecimento de uma cultura de segurança, logo se não há notificação a segurança do doente fica debilitada.

Perante estes resultados, inferimos que os profissionais de saúde não valorizam a notificação de eventos/ocorrências como instrumento de melhoria dos cuidados e da segurança do doente, o que contraria um dos quatro princípios subjacentes ao sistema de notificação de incidentes/eventos adversos, que é a importância que a notificação tem no reforço da segurança do doente, aprendendo com as falhas do sistema de saúde (World Alliance for Patient Safety, 2005).

- Dimensões da cultura de segurança do doente pediátrico

Das 12 dimensões da CSDP avaliadas no presente estudo, a que obteve a média percentual positiva mais alta foi a dimensão “**Trabalho em equipa**”, com o valor de 85,3%, considerada como o único ponto forte da CSDP da organização em estudo, uma vez que o percentual era superior a 75%. Este resultado aproxima-se bastante ao do estudo de Fernandes e Queirós (2011), com uma percentagem de 79%, e ao de Sorra et al. (2012), que obteve 80% de respostas positivas. Dos itens que compõem esta dimensão, apenas o item “Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio” obteve um percentual positivo inferior a 75% (58,8%), tal como sucedeu nos estudos de Eiras (2011), com 52%, e de Sousa (2013) com o mesmo percentual. Todos os outros foram avaliados com percentuais positivos acima de 90%, itens considerados fortes na CSDP.

Nesta dimensão não observamos evidência de diferenças estatísticas significativas quanto às variáveis sociodemográficas, tal como no estudo de Sousa (2013), em que não verificou significância estatística entre esta dimensão e a profissão ($p=0,459$), mas divergentes dos resultados obtidos por Peralta (2012), que constatou que a dimensão “Trabalho em equipa” diferia entre os participantes com diferentes profissões ($p=0,000$).

Relativamente às características profissionais, no nosso estudo não se verificou relação com a dimensão “Trabalho em equipa”. Peralta (2012) também não constatou a existência de dependência entre esta dimensão e a experiência na instituição ($p=0,234$), tal como Costa (2014) ($p=0,602$) e Sousa (2013) ($p=0,136$). Costa (2014) constatou existir relação entre a dimensão “Trabalho em equipa” e a acreditação dos serviços ($p=0,007$), tendo os profissionais que trabalhavam em serviços acreditados uma cultura de segurança mais forte.

Quanto às variáveis relacionadas com o conhecimento da estrutura conceptual da CISD, o conhecimento do SNNIEA e a notificação de incidentes e eventos adversos não se verificou existir relação entre a dimensão “Trabalho em equipa”.

A dimensão **“Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança”** apresenta o segundo melhor valor positivo (70%), destacando-se dois itens que obtiveram um total percentual de respostas positivas superiores a 75%, que são: “O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente” (80%) e “O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança, que ocorrem repetidamente” (82,5%). Isto significa que os profissionais consideram o seu superior hierárquico interessado na promoção da segurança do doente. Os nossos resultados são ligeiramente mais positivos que os obtidos no estudo do Ministerio de Sanidad y Política Social (2009), com 62%, no de Gama et al. (2013), com 63,2%, no de Eiras (2011), com 62% e no de Peralta (2012), com 64%. Estudos com valores positivos mais baixos são os de Sousa (2013), com 58% e de Costa (2014), com esta dimensão avaliada como aspeto crítico da cultura de segurança do doente (42,6%). Os resultados de Sorra et al. (2012) destacam-se com 75% de média positiva, superior à obtida no estudo de 2004 em que obtiveram 71% de positividade para esta dimensão.

No presente estudo constatamos que a dimensão **“Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança”** tem relação com a profissão dos participantes ($p=0,029$), sendo os assistentes operacionais a ter uma perceção mais positiva, o que vai de encontro aos resultados do estudo de Sousa (2013) ($p=0,041$) e de Peralta (2012) ($p=0,012$), em que, tal como no nosso estudo, são os assistentes operacionais a ter uma perceção mais positiva desta dimensão. No estudo de Costa (2014) também se verificaram diferenças estatísticas significativas ($p=0,003$), mas neste caso são os médicos a ter a melhor ordenação média.

Em relação às características profissionais, verificamos diferenças estatísticas significativas entre a dimensão “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a

segurança” e o serviço ao qual os profissionais pertencem ($p=0,019$), sendo os participantes que exercem no serviço de neonatologia os que têm uma percepção mais positiva do seu supervisor/gestor e das ações relacionadas com a segurança. Não conseguimos encontrar estudos que relacionassem estas duas variáveis. Quanto às variáveis relacionadas com o “conhecimento da estrutura conceptual da CISD”, o “conhecimento do SNNIEA” e “a notificação de incidentes e eventos adversos” não se verificou existir relação entre esta dimensão.

A liderança é elementar para a segurança dos doentes, na medida em que tem um papel fundamental na funcionalidade das equipas, influenciando ambientes, culturas e comportamentos, promovendo, assim, a cultura de segurança. O líder deve promover a confiança entre as equipas, ter um papel ativo ao envolver-se no trabalho e colaborar com os restantes elementos. As relações com os seus colaboradores devem basear-se no respeito, na comunicação e na procura da satisfação dos mesmos (Fragata, 2011).

A dimensão “**Aprendizagem organizacional – Melhoria contínua**” é a que apresenta o terceiro melhor resultado com um percentual positivo de 68,3%, com destaque para o item “Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente”, que obteve 85% de positividade. Estes resultados indicam que os profissionais cuidadores do doente pediátrico preocupam-se em avaliar os cuidados que praticam, no sentido de os tornar mais seguros. No entanto, o resultado obtido no item “Aqui os erros conduzem a mudanças positivas” (52,5%) induz-nos a concluir que os participantes no estudo duvidam que os erros cometidos levem a mudanças positivas. Isto pode ser uma das causas para a baixa notificação de incidentes/eventos adversos assinalada pelos participantes, impedindo o *feedback* de informação e, conseqüentemente, a posterior aprendizagem com os erros de forma a serem prevenidos no futuro.

O resultado relativo ao percentual positivo desta dimensão aproxima-se do valor obtido no estudo realizado por Fernandes e Queirós (2011), com um percentual de 67%, Sorra e Nieva (2004) e Sorra et al. (2012), com 71% e 72%, respetivamente, Eiras (2011), Peralta (2012) e Costa (2014), que obtiveram 63,9%, 68% e 71%, respetivamente. Os estudos realizados pelo Ministerio de Sanidad y Política Social (2009), por Gama et al. (2013) e Sousa (2013) obtiveram percentuais mais reduzidos, respetivamente 54%, 55% e 53,4%. Esta dimensão representou em todos os estudos apresentados um aspeto a necessitar de melhoria na cultura de segurança do doente. Não se verificou relação entre a dimensão “Aprendizagem organizacional – Melhoria contínua” e as variáveis sociodemográficas e profissionais, o que

vai de encontro ao estudo de Sousa (2013). Já Peralta (2012) e Costa (2014) concluíram haver relação entre esta dimensão e a profissão dos participantes, no primeiro caso, com os assistentes operacionais ($p=0,008$) a obterem a ordenação média mais elevada e, no segundo caso, essa posição a ser ocupada pelos técnicos de diagnóstico e terapêutica. Relativamente às variáveis relacionadas com o “conhecimento da estrutura conceptual da CISD”, o “conhecimento do SNNIEA” e “a notificação de incidentes e eventos adversos” não se verificou existir relação entre a dimensão “Aprendizagem organizacional – Melhoria contínua”.

A dimensão “**Feedback e comunicação acerca do erro**” apresentou uma avaliação média positiva de 57,6%, indo ao encontro de resultados de outros estudos portugueses e internacionais com pontuações positivas, como o de Eiras (2011), que obteve uma média de 54%, o de Fernandes e Queirós (2011), com 51%, e o de Peralta (2012), com 62%. O estudo de Sorra e Nieva (2004) obteve um percentual de 52%, enquanto que, em 2012, Sorra et al. obtiveram um resultado melhor com 65% de positividade para esta dimensão. Avaliações menos positivas obtiveram os estudos espanhóis do Ministerio de Sanidad y Política Social (2009), com 44% e de Gama et al. (2013), com 43%. Os estudos portugueses de Sousa (2013), Pimenta (2013) e Costa (2014) também obtiveram médias positivas inferiores a 50%, respetivamente 47%, 45% e 46,5%, representando aspetos críticos das organizações. No nosso estudo é uma dimensão a necessitar de melhoria, tal como todos os itens que a constituem, embora se destaque o item “Neste serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a acontecer”, com 73,7% de respostas positivas, o que indica um trabalho em equipa positivo com a preocupação pela prevenção de erro, indo ao encontro da avaliação feita à dimensão “Trabalho em equipa” (85,3%). Porém, a pontuação atribuída aos outros itens “É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências” (45,3%) e “Somos informados acerca de erros que aconteçam neste serviço” (53,8%) mostra que os profissionais não sentem que são informados quanto aos erros que ocorrem, ou seja, não há divulgação dos resultados após a análise dos erros notificados. Mas como a notificação de ocorrências/eventos adversos é muito baixa, é normal que o *feedback* não aconteça, pois não houve notificação. Daí a importância da notificação na prevenção de erros, para que se possa promover com eficácia a segurança do doente pediátrico.

Verificamos que dimensão “**Feedback e comunicação acerca do erro**” tem relação estatística com a variável grupos etários ($p=0,004$), em que o grupo dos participantes com

mais idade percebe esta dimensão com mais positividade, indo ao encontro do estudo de Fernandes e Queirós (2011). Não se verificou dependência com as variáveis sexo e profissão, mas Costa (2014) concluiu existir relação entre as variáveis “*Feedback* e comunicação acerca do erro” e a profissão, sendo os enfermeiros os que possuem maior cultura de segurança relativa a esta dimensão. No nosso estudo constatamos que existe relação entre o “*Feedback* e comunicação acerca do erro” e o serviço onde os profissionais de saúde da amostra exercem a sua atividade ($p=0,000$), tendo os profissionais do serviço de neonatologia uma cultura de segurança mais forte que os dos outros serviços em análise. Não se encontraram convergências no mesmo sentido nos estudos analisados. De referir que Costa (2014) revela existir dependência desta dimensão com a certificação dos serviços ($p=0,000$) e com a formação relativa à segurança e gestão de risco ($p=0,001$), sendo os profissionais pertencentes a serviços acreditados e com este tipo de formação, aqueles que detinham uma perspetiva desta dimensão mais positiva. Constatamos que existe relação entre a variável “conhecimento do SNNIEA” e a dimensão “*Feedback* e comunicação acerca do erro”, em que os participantes que conhecem o referido sistema detêm uma perceção mais favorável da CSDP, relacionada com esta dimensão. Esta constatação sugere que quem conhece o SNNIEA também sabe que a notificação do erro implica automaticamente um *feedback* ao notificador.

A dimensão “**Abertura na comunicação**” apresenta uma média positiva de 58,3%, ligeiramente superior a alguns estudos realizados em Portugal, como o de Eiras (2011), com 52%, o de Sousa (2013), com 44%, o de Peralta (2012), que obteve um percentual de 58%, e o de Costa (2014), com 52,7%. Os estudos espanhóis do Ministerio de Sanidad y Política Social (2009) e de Gama et al. (2013) apresentaram médias positivas inferiores a 50%, respetivamente 48% e 49%, sendo aspetos críticos da cultura de segurança nas organizações de saúde espanholas. Mais uma vez os estudos americanos apresentam os melhores resultados para a “Abertura na comunicação”, como é visível no estudo de Sorra e Nieva em 2004, que obtiveram uma média positiva de 61% e o de Sorra et al., em 2012, ligeiramente melhor (62%).

Os três itens que constituem esta dimensão tiveram resultados muito diferentes. O item “Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente” obteve uma média positiva de 78,8%, aspeto forte, constituindo um ponto forte na CSDP. Este resultado evidencia o interesse e preocupação dos profissionais em proteger o doente pediátrico de incidentes, através da abertura em falar do que pode afetar negativamente a criança, o que também vai ao encontro quando responderam com 63,8% de

positividade ao item “Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo”. O item “Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos” apresentou um percentual muito baixo (32,5%), o que manifesta a existência de barreiras na comunicação entre as equipas e os seus líderes. As barreiras na comunicação são favorecedoras da ocorrência de erros, uma vez que o *feedback* a um procedimento incorreto e a propostas alternativas mais eficazes não são verbalizados, impedindo uma correção atempada (Santos et al., 2010), sendo por isso necessário ultrapassá-las com estratégias que facilitem a partilha de preocupações e soluções. Uma comunicação aberta é um elemento determinante de uma cultura de segurança positiva (Fragata, 2011; Santos et al., 2010).

Ao analisarmos a relação desta dimensão com as variáveis sociodemográficas e profissionais não se verificaram diferenças estatísticas significativas. Estes resultados não vão ao encontro dos estudos de Costa (2014) e de Peralta (2012), que identificaram diferenças estatísticas significativas com a profissão ($p=0,000$ e $p=0,003$, respetivamente), no primeiro caso com os técnicos de diagnóstico e terapêutica, que tinham maior perceção da “Abertura na comunicação”, e no segundo com os médicos. Costa (2014) verificou ainda relação de dependência com as variáveis certificação de serviços ($p=0,004$) e formação em segurança ($p=0,014$). Outro dado relevante neste estudo é a constatação da relação entre a dimensão “Abertura na comunicação” e a variável “Notificação anónima como forma de melhoria da segurança do doente” ($p=0,002$). Os participantes que não concordam com a notificação anónima como forma de melhorar a segurança do doente percecionam de forma mais positiva a dimensão “Abertura na comunicação”, sugerindo que o anonimato não leva a que haja mais abertura na comunicação e não implica melhoria na segurança do doente.

A dimensão “**Dotação de profissionais**” é percecionada pelos profissionais como um aspeto crítico da instituição onde trabalham, pois apresentou um percentual positivo de, apenas, 48,4%. O item com cotação menos positiva é o item “Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados”, com um percentual positivo de 17,5%.

Comparado com os estudos analisados, o resultado desta dimensão é apenas ultrapassado pelos estudos americanos, de Sorra e Nieva em 2004 e de Sorra et al. em 2012, que apresentaram médias positivas, respetivamente, 50% e 57%. Nos outros estudos, esta dimensão constituiu um dos resultados mais baixos do estudo da avaliação da cultura de segurança do doente em termos de dimensões. Dos estudos portugueses analisados nenhum

obteve média positiva superior a 50%, Eiras (2011) aproximou-se do nosso resultado com 47% e Pimenta (2013) com 45%. Os estudos menos positivos são os de Peralta (2012), com 38,8%, e de Sousa (2013), com 35,5%, e os estudos espanhóis do Ministerio de Sanidad y Política Social (2009), com 25,8% e de Gama et al. (2013), com 28%. Perante estes resultados, constatamos que em nenhum dos estudos analisados são atingidas médias positivas com o valor superior a 75%, de forma a poderem ser considerados aspetos fortes da cultura de segurança do doente. Esta realidade é global e uma das prioridades de intervenção nas organizações de saúde. Segundo a OE (2006), os eventos adversos estão correlacionados com os níveis inadequados de pessoal e uma das recomendações de Eiras (2011) é a contratação de profissionais de saúde para a satisfação das necessidades dos doentes e para assegurar a qualidade dos cuidados.

Quando analisamos a dimensão **“Dotação de profissionais”** e a sua relação com as variáveis sociodemográficas e profissionais, não se verificaram diferenças estatísticas significativas, logo não há relação entre as variáveis. Estes resultados divergem dos resultados de Costa (2014), que constatou existir diferenças estatísticas significativas entre esta dimensão e a profissão ($p=0,003$), e o tempo de experiência ($p=0,001$), sendo o grupo profissional dos médicos e o tempo de experiência inferior a seis meses, os que têm uma perceção mais forte relativamente à dotação de profissionais. Constatamos haver relação desta dimensão com o conhecimento da estrutura conceptual da CISD ($p=0,005$), os profissionais que conhecem esta estrutura percecionam a dotação de profissionais de forma mais positiva do que os que não detêm este conhecimento. Não se constatou relação de dependência entre as variáveis relacionadas com o “conhecimento do SNNIEA” e “a notificação de incidentes e eventos adversos”.

A dimensão **“Resposta ao erro não punitiva”** obteve a média percentual positiva mais baixa da CSDP (24,5%), semelhante aos resultados de Peralta (2012), em que foi de 23%, de Sousa (2013), com 21%, e de Costa (2014), com 25,4%, sendo este o resultado mais baixo de todos os estudos analisados. Apenas os estudos realizados em hospitais espanhóis tiveram médias percentuais positivas superiores a 50%, de que é exemplo o estudo do Ministerio de Sanidad y Política Social (2009) e de Gama et al. (2013), ambos com 53%. Mesmo os estudos de Sorra e Nieva (2004) e de Sorra et al. (2012) não obtiveram resultados superiores a 50%.

No presente estudo todos os itens foram avaliados com percentuais inferiores a 50%. No entanto, salientamos o item “Os profissionais preocupam-se se os erros que cometem são

registados no seu processo pessoal”, com apenas 13,8%, sinal indicador do receio dos profissionais em sofrerem algum tipo de punição pelos erros que cometem, o que explica a baixa notificação de incidentes/eventos adversos verificada no nosso estudo. Também nos estudos de Peralta (2012), Sousa (2013) e Pimenta (2013) este foi o item menos positivo, tendo obtido um percentual de 12,3%, 13,1% e 13%, respetivamente. Sem dúvida que esta dimensão é um aspeto crítico da cultura de segurança das organizações de saúde a necessitar prioritariamente de ações de melhoria.

Verificaram-se diferenças estatísticas significativas entre a dimensão “Resposta ao erro não punitiva” e a variável sexo ($p=0,025$), sendo o sexo masculino a ter uma visão mais positiva desta dimensão. Não se encontraram estudos com resultados similares. Sousa (2013) verificou relação com a profissão ($p=0,006$), com os médicos a terem uma perceção mais positiva. Quanto às variáveis profissionais, apenas constatou diferenças significativas com a formação realizada na área da segurança ($p=0,026$), sendo que os profissionais que realizaram este tipo de formação têm uma visão mais positiva da dimensão “Resposta ao erro não punitiva”. Nos outros estudos não se encontraram diferenças estatísticas significativas entre estas variáveis. Constatamos também que a dimensão “Resposta ao erro não punitiva” tem relação com a variável “conhecimento da estrutura conceptual da CISD” ($p=0,014$), sugerindo que os profissionais que conhecem esta estrutura têm uma perceção mais positiva da dimensão acima referida, o que pode explicar-se pelo facto dos participantes que conhecem a estrutura conceptual da CISD, saberem que o sistema subjacente à comunicação do erro não pretende a punição, mas a promoção de medidas de melhoria da segurança e qualidade dos cuidados.

A dimensão “**Apoio à segurança pela gestão**” foi considerada pelos participantes do nosso estudo como uma área problemática da CSDP, pois obteve uma média positiva de 37,9%. Estes resultados são convergentes com a maioria dos estudos portugueses e espanhóis, de que são exemplo o estudo de Eiras (2011), que obteve um percentual de 48%, o de Sousa (2013), com 24%, o de Costa (2014), com 39,9%, o do Ministerio de Sanidad y Política Social (2009), com 25%, e o de Gama et al. (2013), com um percentual de 29%. Salientam-se os resultados mais positivos obtidos por Sorra et al. (2012), com 60%, e por Pimenta (2013), com 67%.

Os três itens que constituem esta dimensão tiveram a pontuação mais elevada nas respostas neutras, ou seja, na categoria “Não concordo/nem discordo”. A baixa positividade desta dimensão contrasta com os valores obtidos pela dimensão “Expectativas do

supervisor/gestor e ações que promovam a segurança”, que obteve um dos valores mais altos deste estudo, querendo dizer que os profissionais não sentem que a gestão crie ambientes seguros e se preocupe com a segurança dos doentes, mas ao mesmo tempo têm grandes expectativas nos seus supervisores relativamente à promoção da segurança.

Não se verificaram diferenças estatísticas significativas na dimensão “Apoio à segurança pela gestão” e as variáveis sociodemográficas, resultados que contrastam com os estudos de Peralta (2012) e de Sousa (2013), que verificaram diferenças estatísticas com a profissão ($p=0,041$ e $p= 0,030$, respetivamente), sendo os assistentes operacionais no primeiro caso e os técnicos de diagnóstico e terapêutico no segundo caso, aqueles que apresentavam uma visão mais positiva desta dimensão. Também não se verificou relação com as variáveis profissionais, o que diverge dos resultados de Peralta (2012) e de Costa (2014), nos quais esta dimensão tinha relação, no primeiro caso, com os anos de experiência na instituição ($p=0,041$), sendo os profissionais com 1 a 2 anos de experiência a deter uma perspetiva mais positiva do apoio à segurança e, no segundo caso, com a acreditação dos serviços, em que os participantes que trabalhavam em serviços acreditados detinham uma cultura de segurança do doente, relativa a esta dimensão, mais forte. Constatamos, também, não haver relação com as variáveis relacionadas com o “conhecimento da estrutura conceptual da CISD”, o “conhecimento do SNNIEA” e “a notificação de incidentes e eventos adversos”.

A dimensão “**Trabalho em equipa entre unidades**” avaliada por quatro itens obteve um percentual de respostas positivas de 51%, o que vai ao encontro da maioria dos estudos realizados, como é o caso do estudo de Eiras (2011), que obteve 51%, de Pimenta (2013), com 61%, de Costa (2014), com 52% e de Sorra et al. (2012), com 59%, constituindo um aspeto da cultura de segurança do doente a necessitar de intervenções de melhoria. Outros estudos obtiveram uma avaliação menos positiva, de que são exemplo os estudos de Peralta (2012), Sousa (2013) e Gama et al. (2013), que obtiveram percentuais, respetivamente, de 47%, 35% e 41%. O sexo masculino mantém-se também mais positivo comparativamente ao sexo oposto em relação a esta dimensão.

O item com mais positividade foi o item “É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros serviços/unidades do hospital”, contrastando com a maior percentagem de respostas negativas atribuídas ao item “Os serviços/unidades do hospital não se coordenam bem uns com os outros”, o que é indicador de falhas existentes na comunicação.

Não se constataram diferenças estatísticas significativas entre a dimensão “Trabalho em equipa entre unidades” e as variáveis sociodemográficas e profissionais. Porém, existem estudos em que se verificou relação entre esta dimensão e a variável sociodemográfica profissão, tal como o de Peralta (2012) ($p=0,021$), que observou que os assistentes operacionais percebem o trabalho em equipa entre unidades de forma mais positiva que os outros profissionais e o de Costa (2014) ($p=0,040$) que identificou serem os técnicos de diagnóstico a deter essa percepção mais positiva.

Não se verificou relação de dependência entre esta dimensão e as variáveis relacionadas com o “conhecimento da estrutura conceptual da CISD”, o “conhecimento do SNNIEA” e “a notificação de incidentes e eventos adversos”.

A dimensão “**Transferências e transições**”, avaliada por quatro itens todos com a maior pontuação na positividade, obteve uma avaliação média positiva de 65,3%. Este resultado é superior ao de quase todos os resultados dos outros estudos, exceto o de Fernandes e Queirós (2011), com 71% de percentual positivo. Uma explicação para esta diferença pode residir no facto da amostra deste estudo ser formada só por enfermeiros e esta dimensão estar muito relacionada com as passagens de turno feitas pelos enfermeiros. Sousa (2013) e Costa (2014) constataram que esta dimensão constitui uma área crítica da segurança do doente, tendo os seus resultados sido inferiores a 50%, assim como os de Sorra e Nieva (2004) e de Sorra et al. (2012). Tanto o sexo feminino como o masculino avaliou os quatro itens com positividade. O item com menos positividade (58,7%) está relacionado com as passagens de turno, considerado um momento problemático para o doente.

No nosso estudo verificamos haver diferenças estatísticas significativas entre esta variável e o grupo etário ($p=0,033$), em que os participantes pertencentes ao grupo etário dos 44-61 anos tinham uma perspetiva mais positiva desta dimensão. Fernandes e Queirós (2011) verificaram que 74% dos enfermeiros participantes no seu estudo, do grupo etário dos 44-65 anos, tinha uma cultura de segurança mais positiva que o outro grupo etário, *versus* 71% do grupo etário dos 23-43 anos. Peralta (2012) e Costa (2014) constataram relação existente entre a dimensão “Transferências e transições” e a variável profissão ($p=0,023$; $p=0,000$), em que os enfermeiros têm uma ordenação média mais elevada, ou seja, têm uma percepção mais forte desta dimensão. Quanto às variáveis de caracterização profissional, constatamos diferença estatística significativa com a variável experiência na instituição ($p=0,041$), sendo os profissionais com 8 a 12 anos de serviço os que detêm uma percepção mais positiva desta dimensão. No entanto, o mesmo não se verificou com as variáveis relacionadas com o

“conhecimento da estrutura conceptual da CISD”, o “conhecimento do SNNIEA” e “a notificação de incidentes e eventos adversos”, não existindo relação de dependência com a dimensão “Transferências e transições hospitalares”.

A dimensão “**Perceções gerais sobre a segurança do doente**”, avaliada por quatro itens, teve uma média positiva de 60,6 %, em que todos os itens foram avaliados com positividade entre 50% a 70%, não podendo ser considerados aspetos críticos nem fortes da cultura de segurança mas a necessitar de melhoria. Consideramos a pontuação 57,5% atribuída ao item “Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer” incongruente com os percentuais obtidos nos itens relacionados com a notificação de incidentes e a resposta ao erro não punitiva, uma vez que estão associados a sistemas de prevenção de erro.

Os nossos resultados vão ao encontro de outros estudos pesquisados, uma vez que em nenhum estudo esta dimensão foi considerada uma área forte da CSDP. Salienta-se, pela negativa, o estudo de Sousa (2013), que obteve um percentual de 43,5% e os estudos espanhóis do Ministerio de Sanidad y Política Social (2009) e de Gama et al. (2013), com resultados de 48% e 49%, respetivamente. Quanto ao sexo, os homens consideraram o item “Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho” como uma ponto crítico da cultura de segurança do doente, ao contrário do sexo oposto, que considerou todos os itens a necessitar de melhoria.

Não se encontraram diferenças estatísticas significativas entre a dimensão “Perceções gerais sobre a segurança do doente” e as variáveis de caracterização sociodemográfica e profissionais dos participantes. Este resultado diverge do estudo de Peralta (2012), que constatou que esta dimensão tinha relação com a profissão ($p=0,002$) e do de Sousa (2013), que observou significância estatística com a acreditação de serviços ($p=0,016$), em que, no primeiro caso, são os assistentes operacionais que detêm uma perceção mais forte desta dimensão e, no segundo caso, são os profissionais de saúde que trabalham em serviços acreditados a obter melhores resultados. O mesmo sucedeu com as variáveis relacionadas com o “conhecimento da estrutura conceptual da CISD”, o “conhecimento do SNNIEA” e “a notificação de incidentes e eventos adversos”, em que não se verificaram diferenças estatísticas significativas entre a dimensão “Perceções gerais sobre a segurança do doente”.

A dimensão “**Frequência da notificação de eventos adversos**” obteve um percentual médio positivo muito baixo (29,9%), tendo todos os itens sido avaliados negativamente. Assim, esta dimensão é considerada uma área crítica da CSDP. Com este percentual tão baixo

entende-se que os profissionais de saúde participantes neste estudo não valorizam a notificação dos eventos adversos, quer os incidentes corrigidos e detetados antes de chegar ao doente (30%), os que não tiveram potencial dano para o doente (28,8%), quer os que poderiam causar dano ao doente, mas não chegou a acontecer (31,3%). Estes resultados são congruentes com o número de incidentes/eventos adversos notificados, em que apenas 18,7% dos profissionais assinalou ter notificado algum evento nos últimos 12 meses. A análise destes dados permite-nos inferir que está instalada uma cultura de não notificação e de culpabilização, pelo também baixo percentual de respostas positivas à dimensão “Resposta ao erro não punitiva”, os profissionais não parecem estar motivados para a notificação, como forma de prevenção do erro e como veículo para uma CSDP positiva e forte. Estes resultados vão ao encontro de quase todos os estudos portugueses, entre os quais o de Eiras (2011), que obteve um percentual médio positivo de 44%, o de Peralta (2012) e Sousa (2013), com um percentual médio de 28%, o de Costa (2014), com 36,1%, e o de Fernandes e Queirós (2011), com 33%. Apenas Pimenta (2013) atingiu a positividade com 51% de média positiva. Os melhores resultados foram obtidos pelos estudos americanos de Sorra e Nieva e Sorra et al., com evolução positiva entre 2004 (52%) e 2012 (64%). Perante estes resultados reconhece-se que a subnotificação de incidentes de segurança é uma realidade internacional, sendo, portanto, necessário melhorar, nas instituições prestadoras de cuidados, o nível da cultura de notificação e de aprendizagem com o erro (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro).

Quanto ao sexo, verificamos, no entanto, que o sexo masculino é mais positivo em relação à notificação de incidentes, tendo atribuído a todos os itens positividade, o que é coerente com a maior proporção de ocorrências assinalado pelos mesmos.

Constatamos diferenças estatísticas significativas entre a dimensão “Frequência de notificação de eventos” e o sexo dos participantes no presente estudo ($p=0,008$), em que o sexo masculino detém uma visão mais positiva desta dimensão e a acreditação de serviços ($p=0,032$), sendo os profissionais que exercem a sua atividade profissional nos serviços acreditados os que têm maior perceção desta dimensão. Este último resultado vai ao encontro do estudo de Sousa (2013) ($p=0,040$) e de Costa (2014) ($p=0,049$), em que também os profissionais que prestam cuidados nos serviços acreditados obtiveram uma perceção mais positiva da cultura de segurança do doente.

Nos estudos analisados, Peralta (2012) e Costa (2014) verificaram relação desta dimensão com a profissão ($p=0,000$ e $p=0,040$, respetivamente), sendo os assistentes operacionais a deter a média mais positiva no primeiro caso e os técnicos de diagnóstico e

terapêutico no segundo caso. No entanto, não se verificaram relação da dimensão “Frequência da notificação de eventos” com as variáveis relacionadas com o “conhecimento da estrutura conceptual da CISD”, o “conhecimento do SNNIEA” e “a notificação de incidentes e eventos adversos”.

CONCLUSÃO

Depois de uma análise exaustiva aos resultados obtidos no presente estudo e da sua discussão, tendo presente os objetivos delineados à partida e as questões de investigação que nortearam este percurso investigativo, estamos agora em condições de elencar um conjunto de conclusões que descrevemos de seguida.

O perfil de participantes do nosso estudo pode dizer-se que é um profissional que pertence ao sexo feminino, enquadra-se no grupo etário dos 44-61 anos e pertence à profissão de enfermeiro.

No que se refere às dimensões (fatores) identificadas como aspetos fortes da CSDP, apenas emergiu a dimensão “Trabalho em equipa”. Quanto aos itens (indicadores) que se revelaram aspetos fortes da CSDP, inseridos nas diversas dimensões, foram identificados oito itens: item B1, B3 e B4 na dimensão “Trabalho em equipa”; item C2 e C4r na dimensão “Expectativas do supervisor/gestor”; item B13 na dimensão “Aprendizagem organizacional - Melhoria contínua”; item D2 na dimensão “Abertura na comunicação” e item G5r na dimensão “Transferências e transições hospitalares”.

Relativamente às dimensões a necessitar de melhoria na CSDP, emergiram sete dimensões: “Expectativas do supervisor/gestor e ações de promoção de segurança”, “Aprendizagem organizacional - Melhoria contínua”, “*Feedback* e comunicação acerca do erro”, “Abertura na comunicação”, “Trabalho em equipa nas unidades hospitalares”, “Transferências e transições” e “Perceções gerais sobre a segurança do doente”.

Os itens que se enquadraram nesta categoria foram: o item B11 da dimensão “Trabalho em equipa”, o item C1 da dimensão “Expectativas do supervisor/gestor e ações de promoção de segurança”, os itens B6 e B9 da dimensão “Aprendizagem organizacional - Melhoria contínua”, os itens D3 e D5 da dimensão “*Feedback* e comunicação acerca do erro”, o item D6r da dimensão “Abertura na comunicação”, os itens B2 e B7r da dimensão “Dotação de profissionais”, os itens G6r e G10 da dimensão “Trabalho em equipa nas unidades hospitalares”, os itens G3r, G7r e G11r da dimensão “Transferências e transições hospitalares” e os itens B10r, B15, B17r e B18 da dimensão “Perceções gerais sobre a segurança do doente”.

No que concerne às dimensões identificadas como aspetos críticos/problemáticos da CSDP, emergiram quatro dimensões: “Dotação de profissionais”, “Resposta ao erro não punitiva”, “Apoio à segurança do doente pela gestão” e “Frequência da notificação de eventos”. Salienta-se que estas conclusões se assemelham às obtidas em Portugal em 2014

através da avaliação da cultura de segurança do doente realizada nas instituições hospitalares, em que as dimensões com maior potencial de melhoria a curto prazo são “Apoio à segurança do doente pela gestão”, “Frequência da notificação”, “Trabalho entre unidades”, “Dotação de profissionais” e “Resposta ao erro não punitiva” (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro).

Enquadravam-se nesta mesma categoria os itens C3r da dimensão “Expectativas do supervisor/gestor e ações de promoção de segurança”, o item D1 da dimensão “*Feedback* e comunicação acerca do erro”, D4 da dimensão “Abertura na comunicação”, os itens B2, B5r e B14r da dimensão “Dotação de profissionais”, os itens B8r, B12r e B16r da dimensão “Resposta ao erro não punitiva”, os itens G1, G8 e G9r da dimensão “Apoio à segurança do doente pela gestão”, os itens G2r e G4 da dimensão “Trabalho em equipa nas unidades hospitalares” e os itens E1, E2 e E3 da dimensão “Frequência da notificação de eventos adversos”.

Apesar de não se ter referido que estas dimensões e itens, enquadrados na categoria aspetos problemáticos/críticos, necessitassem de ações de melhoria, estes itens deverão ser selecionados prioritariamente para serem alvo das referidas ações.

No que diz respeito ao intervalo de notificação de eventos/ocorrências, nos últimos 12 meses a mais frequente foi a categoria “Nenhum” (81,3%), seguido do intervalo de 1 a 2 evento/ocorrências (12,5%), sendo por isso uma amostra que notificou muito poucas vezes nos últimos 12 meses.

Tendo em conta as dimensões e itens considerados no nosso estudo como aspetos críticos, concluímos que a CSDP percecionada pelos participantes no estudo pode considerar-se crítica a necessitar de medidas corretivas urgentes, uma vez que revela apenas uma dimensão forte. A CSDP revelada por este estudo caracteriza-se por uma cultura de punição e ocultação do erro, tendo os profissionais de saúde a ideia de que quando notificam os erros, passam a ser alvo de atenção e não a situação registada. Sobressai a preocupação de que o facto possa vir a ser registado no processo pessoal, podendo ser usado contra o profissional de saúde. Esta convicção não é favorecedora de uma cultura de notificação de eventos nem da cultura de segurança do doente. Neste âmbito, constitui uma das metas para 2020 do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 aumentar, em 20%/ano, o número de notificação de incidentes de segurança no Sistema Nacional Notificação de Incidentes (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro).

Fazendo uma análise global a todas as dimensões ressalta uma incongruência. Os profissionais têm a percepção de que lhes é dada pouca informação acerca de erros que aconteçam no serviço e sobre mudanças realizadas após a notificação de eventos/ocorrências. No entanto, verificamos que a notificação de eventos/ocorrências é muito reduzida, logo o *feedback* relativo às ações efetuadas como consequência da notificação também será reduzido.

Em termos da percepção dos profissionais de saúde acerca do conhecimento da estrutura conceptual da CISD, verificamos que a maioria dos participantes (66,3%) assinalou não ter este conhecimento. No entanto, uma ligeira maioria assinalou conhecer o SNNIEA. A maioria dos participantes (85,1%) é de opinião que a notificação de eventos/ocorrências adversos de forma anónima contribui para a participação dos profissionais na melhoria da segurança do doente pediátrico, no entanto, esta opinião parece não ter reflexos no comportamento de participação de eventos/ocorrência.

Quase a totalidade da amostra (98,8%) tem uma opinião favorável no que se refere à afirmação de que a segurança do doente é um dever ético dos profissionais de saúde, mas ainda terão que fazer um esforço para que a referida segurança possa ser melhorada.

Constatamos que não existe relação entre o sexo a que pertenciam os profissionais de saúde e a experiência de notificação de incidentes/eventos adversos, embora os homens notifiquem mais que as mulheres mas sem diferenças significativas.

No que concerne à relação entre as variáveis sociodemográficas e a percepção de CSDP, constatamos existir relação entre a profissão e a dimensão “Expectativas do supervisor/gestor e ações de promoção de segurança”, com o médico a destacar-se, tendo obtido uma maior percepção desta dimensão; existe relação entre o grupo etário e a dimensão “*Feedback* e comunicação acerca do erro”, com o grupo etário dos mais velhos (44-61 anos) a obter uma maior cultura de segurança nesta dimensão; existe relação entre o sexo dos participantes e a dimensão “Resposta ao erro não punitiva”, sendo os homens com uma percepção mais forte desta dimensão; existe relação entre o grupo etário e a dimensão “Transferências e transições hospitalares”, sendo o grupo etário dos mais velhos (44-61 anos) a obter uma melhor percepção; por último, existe relação entre o sexo dos participantes e a dimensão “Frequência da notificação”, sendo os profissionais do sexo masculino com melhor percepção desta dimensão.

Relativamente à relação entre as variáveis profissionais e as dimensões de CSDP, verificamos existir relação entre o serviço/unidade onde os participantes trabalham e a

dimensão “Expectativas do supervisor/gestor e ações de promoção de segurança” e a dimensão “*Feedback* e comunicação acerca do erro”, onde os profissionais que exercem em vários serviços têm uma percepção mais positiva no primeiro caso e, no segundo caso, os profissionais que trabalham no serviço de neonatologia têm uma melhor percepção da dimensão “*Feedback* e comunicação acerca do erro”; existe relação entre a formação em segurança e gestão de risco e a dimensão “Resposta ao erro não punitiva”, em que os profissionais que já frequentaram este tipo de formação possuem uma percepção mais positiva desta dimensão; existe relação entre a experiência na instituição e a dimensão “Transferências e transições hospitalares”, tendo sido os profissionais com experiência entre 8 a 12 anos na instituição os que obtiveram uma percepção mais forte desta dimensão; por último, existe relação entre a acreditação do serviço e a dimensão “Frequência de notificação”, em que os profissionais que exercem a sua atividade profissional em serviços acreditados são detentores de uma percepção mais positiva desta dimensão. Quanto à relação entre as variáveis relacionadas com o “conhecimento da estrutura conceptual da CISD”, o “conhecimento do SNNIEA” e “a notificação de incidentes e eventos adversos”, verificou-se que existe relação entre o conhecimento do SNNIEA e a dimensão “*Feedback* e comunicação acerca do erro”, em que os profissionais que conhecem este sistema de notificação têm uma percepção mais positiva da dimensão “*Feedback* e comunicação acerca do erro”; existe relação entre a notificação de forma anónima e a dimensão “Abertura na comunicação”, sendo os profissionais que discordam com o anonimato na notificação como contributo para melhorar a segurança do doente, os que têm uma percepção mais forte desta dimensão; por último, existe relação entre o “conhecimento da estrutura conceptual da CISD” e as dimensões “Resposta ao erro não punitiva” e “Dotação de profissionais em que são os profissionais que conhecem esta estrutura os que percebem de forma mais positiva estas duas dimensões.

Como vimos, a segurança do doente é uma preocupação para as organizações de saúde e é essencial alertar os profissionais de saúde, doentes e a população em geral para a importância da notificação de incidentes. Os líderes das organizações de saúde devem apelar à notificação, como meio de aprendizagem organizacional com os incidentes. É de igual forma essencial fornecer a informação resultante da análise da notificação realizada ao notificador, como a descrição da implementação das respetivas medidas corretivas levadas a cabo, para que a causa do incidente não se volte a repetir. Um sistema seguro é um sistema com boa qualidade e a notificação é fundamental para se aumentar a segurança dos doentes e se manter esta qualidade dos cuidados (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro).

Limitações

As principais limitações deste estudo relacionam-se com a dimensão da amostra que é relativamente reduzida e o facto de se tratar de uma amostra não aleatória.

Implicações na prática

Foi sempre nossa pretensão realizar um trabalho que, embora académico, tivesse aplicabilidade prática, e como profissional de enfermagem em contacto direto com a criança doente, consideramos a segurança do doente pediátrico um tema fundamental para a garantia de cuidados seguros e de qualidade. A realização deste estudo sensibilizou os profissionais de saúde que nele participaram para a importância da notificação de eventos/ocorrências adversos para a CSDP até mesmo para esta problemática enquanto instrumento de melhoria dos cuidados prestados à criança.

Este trabalho poderá chamar a atenção dos gestores/supervisores dos serviços envolvidos no estudo para a melhoria da comunicação entre as equipas e os próprios gestores e para a criação de condições que incentivem a notificação de incidentes sem o receio de punição pessoal. Deverá ser instituída uma perspetiva de considerar os erros como falhas nos sistemas da própria organização e não como erros pessoais, sem no entanto banalizar os erros que ocorrem por negligência.

Somos da opinião que o tópico da CSDP deverá fazer parte dos currícula dos cursos de licenciatura em enfermagem e mestrado integrado em medicina e da formação de outros profissionais, a fim de sensibilizar os estudantes, enquanto futuros profissionais, para a importância da sua implementação enquanto motor da melhor qualidade dos cuidados prestados em pediatria.

Por último, este estudo poderá ser o embrião do desenvolvimento de valores relativos à CSDP na instituição e o impulso inicial para a implementação de uma cultura de segurança do doente na instituição. Por tudo isto, comprometemo-nos desde já a fazer chegar as principais conclusões do estudo aos gestores/supervisores das unidades e à administração do centro hospitalar onde o estudo se realizou.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations. (1993). *Study group on human factors, third report: Organising for safety*. London: HMSO.
- Agency for Health Research and Quality. (2012). *AHRQ PSNet Patient Safety Primers*. US Department of Health and Human Services. Retrieved from <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=5>
- Almeida, R., Abreu, C., Mendes, A., (2010). Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *Referência*, 2 (Série 3), 163-172.
- American Academy of Pediatrics. (2001). Principles of patient safety in pediatrics. National Initiative for Children's Health Care Quality Project Advisory Committee. *Pediatrics* 107 (6), 1473-1475. doi:10.1542/peds.107.6.1473
- American Academy Pediatrics. (2011). Policy statement - Principles of pediatric patient safety: Reducing harm due to medical care. *Pediatrics*, 127 (6), 1199-1212.
- Ammouri, A.A., Tailakh, A.K., Muliira J.K., Geethakrishnan R., & Al Kindi S.N. (2014). Patient safety culture among nurses. *Int Nurs Rev.*, 62 (1), 102-110. doi:10.1111/inr.12159
- Aspden, P., Corrigan, J.M., Wolcott, J., & Erickson, S.M., (Eds). (2004). *Patient safety. Achieving a new standard for care*. Washington, DC: National Academies Press.
- Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar. (s.d.). *Qualidade e segurança do doente*. Lisboa: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/ANEXO%20VIII%20-%20QualidadeSegDoente.pdf>
- Barros, L. (1999). *Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Barroso, F. (2013). *Sistema Local de Notificação de Incidentes e os desafios da integração com o SNNIEA* [PowerPoint]. Direção-Geral da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. Recuperado de <http://pt.slideshare.net/FernandoFaustoMBarroso/sistema-local-de-notificacao-de-incidentes-e-os-desafios-da-integracao-com-o-snniea-fernando-barroso>
- Belela, A.S.C., Pedreira, M.L.G., & Peterlini, M.A.S. (2011). Erros de medicação em pediatria. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64 (3), 563-569. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a22.pdf>
- Bortolete, G.S., & Brêtas, J.R.S. (2008). O ambiente estimulador ao desenvolvimento da criança hospitalizada. *Rev. Esc Enferm USP*, 42 (3), 422-429. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a01.pdf>
- Brazelton, T.B. (1994). *Momentos decisivos do desenvolvimento infantil*. São Paulo: Martins Fontes.
- Campos, L., Saturno, P., & Carneiro, A.V. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A qualidade dos cuidados e dos serviços*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. Recuperado de <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>
- Carneiro, A.V. (2010). O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: Uma análise baseada na evidência científica. *Rev Port Saúde Pública*, 10 (Vol. temat.), 3-10.
- Cassiani, S.H.B. (2005). A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. *Rev Bras Enferm.*, 58 (1), 95-99. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n1/a19.pdf>
- Castro, E.K. (2007). Psicologia pediátrica: A atenção à criança e ao adolescente com problemas de saúde. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27 (3), 396-405. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v27n3/v27n3a03.pdf>

- Clancy, C.M., Farquhar, M.B., & Sharp, B.A. (2005). Patient safety in nursing practice. *J Nurs Care Qual.*, 20 (3), 193-197. Retrieved from www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15965381
- Colla, J.B., Bracken, A.C., Kinney, L.M., & Weeks, W.B. (2005). Measuring patient safety climate: A review of surveys. *Qual Saf Health Care*, 14, 364-366. doi:10.1136/qshc.2005.014217
- Committee on Drugs and Committee on Hospital Care. (2003). Prevention of medication error in the pediatric inpatient setting. *Pediatrics*, 112 (2), 431-437. Retrieved from <http://pediatrics.aappublications.org/content/112/2/431.full.pdf+html>
- Costa, A.C. (2011). *Segurança do doente* [Powerpoint]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde. Recuperado de <file:///C:/Users/User/Downloads/i016641.pdf>
- Costa, I.M.D. (2013). *Adaptação e validação para português do questionário Nursing Home Survey on Patient Safety Culture (NHSPSC)*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, Coimbra. Recuperado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/23250>
- Costa, M.F.S.P. (2014). *Cultura de segurança do doente num hospital da região centro, percepção dos profissionais*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia.
- Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial. (2008). *Princípios éticos para a investigação médica em seres humanos*. 59ª Assembleia Geral da AMM, Seul, outubro. Recuperado de http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf
- Decreto-Lei n.º 125/2004*, de 31 de maio. Cria o Instituto Português de Acreditação, I. P. (IPAC). Diário da República, 127. Série I-A.
- Despacho n.º 1400-A/2015*, de 10 de fevereiro. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República, 28. Série II.
- Direção-Geral da Saúde. (2013a). *Avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais: Norma n.º 025/2013*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2013b). *Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos: Norma n.º 008/2013*. Lisboa: Autor.
- Donaldson, L., & Philip, P. (2004). *Patient safety: A global priority*. *Bulletin of the World Health Organization*, 82 (12), 892-892.
- Douglas, A., Wiegmann, H.Z., von Thaden, T., Sharma, G., & Mitchell, A. (2002). *A synthesis of safety culture and safety climate research. Technical Report ARL-02-3/FAA-02-2*. Illinois: Aviation Research Lab Institute of Aviation.
- Eiras, M. (Coord.). (2011). *Avaliação da cultura de segurança do doente numa amostra de hospitais portugueses. Resultados do estudo piloto*. Direção-Geral da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde.
- Eiras, M., Escoval, A., Grillo, I.M., Silva-Fortes, C. (2014). The hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals: Instrument validity and reliability. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 27 (2), 111-122. doi:10.1108/IJHCQA-07-2012-0072
- Fernandes, A., & Queirós, P. (2011). Cultura de segurança do doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (Série 3), 37-48.

- Fortin, M-F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos doentes: Uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel.
- Gadd, S., & Collins, A.M. (2002). *Safety culture: A review of the literature*. Health & Safety Laboratory. Retrieved from http://www.hse.gov.uk/research/hsl_pdf/2002/hsl02-25.pdf
- Gama, Z.A.S., & Saturno Hernández, P. (2013). A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. In *Assistência segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática* (pp. 29-39). Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
- Gama, Z.A.S., Oliveira, A.C.S., & Saturno Hernández, P.J. (2013). Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. *Cad. Saúde Pública*, 29 (2), 283-293.
- Gil, A.C. (2006). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (5a ed.). São Paulo: Atlas.
- Gonçalves Filho, A.P., Andrade, J.C.S., & Marinho, M.M.O. (2011). Cultura e gestão da segurança no trabalho: Uma proposta de modelo. *Gest. Prod.*, 18 (1), 205-220. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/gp/v18n1/15.pdf>
- Hale, A.R. (2000). Culture's confusions. *Safety Science*, 34 (1), 1-14. doi:10.1016/S0925-7535(00)00003-5
- Harada, M.J.C.S., Chanes, D.C., Kusahara, D.M., & Pedreira, M.L.G. (2012). Segurança na administração de medicamentos em pediatria. *Acta Paul Enferm.*, 25 (4), 639-642.
- Hughes, R.G. (Ed.). (2008). *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. AHRQ Publication No. 08-0043. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Hughes, R.G., & Edgerton, E.A. (2005). *Reducing pediatric medication errors: Children are especially at risk for medication errors*. *Am J Nurs.*, 105 (5), 79-80. Retrieved from http://www.researchgate.net/publication/7869921_Reducing_pediatric_medication_errors_children_are_especially_at_risk_for_medication_errors
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm. A new health system for the 21 century*. Washington Dc: National academy Press.
- Institute of Medicine. (2002). The IOM Quality Initiative: A progress report at year six. *Shaping the Future*, 1 (1 winter), 1-8. Retrieved from http://health.usf.edu/medicine/educationalaffairs/pace_files/IOM%20Quality%20Initiative.pdf
- Instituto de Apoio à Criança. (2008). *Carta da criança hospitalizada* (4a ed.). Lisboa: Autor. Recuperado de <http://www.iacrianca.pt/carta-da-crianca-hospitalizada>
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Estatísticas demográficas 2012*. Lisboa: Autor. Recuperado de file:///C:/Users/User/Downloads/Pub_Est_Demograficas2012.pdf
- Joanna Briggs Institute. (2009). Strategies to reduce medication errors with reference to older adults. *Best Practice*, 13 (2), 1-4. Retrieved from <http://connect.jbiconnectplus.org/ViewSourceFile.aspx?0=475>
- Jones, K.J., Skinner, A., Xu, L., Sun, J., & Mueller, K. (2008). The AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: A tool to plan and evaluate patient safety programs. Retrieved from

http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/advances-in-patient-safety-2/vol2/Advances-Jones_29.pdf

- Jorge, A., Fonseca, A., Santos, L., & Levy, M.L. (2004). Humanização dos serviços de atendimento à criança. *Boletim do IAC*, 73 (Separata 12), 1-4. Recuperado de <http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/boletim/Separata732.pdf>
- Jorge, A.M. (2004). *Família e hospitalização da criança: (Re)pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência
- King, W.J., Paice, N., Rangrej, J., Forestell, G.J., & Swartz, R. (2003). The effect of computerized physician order entry on medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients. *Pediatrics*, 112 (3), 506-509. Recuperado <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12949274>
- Kirwan, M., Matthews, A. & Scott, P.A. (2013). The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: A multi-level modelling approach. *International Journal of Nursing Studies*, 50 (2), 253–263. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.08.020
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M., & Donaldson, M.S. (1999). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: Institute of Medicine. Retrieved from <http://www.csen.com/err.pdf>
- Lacey, S., Smith, J., & Cox, K. (2008). Pediatric safety and quality. In R.G. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses (Chapt. 15)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US). Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2662/>
- Lage, M.J. (2010). Segurança do doente: Da teoria à prática clínica. *Rev Port Saúde Pública*, 10 (Vol. temat.), 11-16.
- Lei n° 106/2009*, de 14 de setembro. Acompanhamento familiar em internamento hospitalar. Diário da República, 178. Série I.
- Levy, M.L. (2006). A convenção dos direitos da criança/idade pediátrica. In Instituto de Apoio à Criança, *Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital* (pp. 10-11). Lisboa: Autor.
- Lima, F.D.M. (2011). A segurança do paciente e intervenções para a qualidade dos cuidados de saúde. *Revista Espaço para a Saúde*, 15 (3), 22-29. Recuperado de <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/18190>
- Lima, F.D.M. (2014). A segurança do paciente e intervenções para a qualidade dos cuidados de saúde. *Revista Espaço para a Saúde*, 15 (3), 22-29. Recuperado de http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/18190/pdf_37
- Loch, J.A. (2002). Princípios da bioética. In D.J. Kipper (Ed.), *Uma introdução à bioética* (pp. 12-19). Recuperado de [http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Princ%C3%ADpios/PRINC%C3%8DPIOS%20DA%20BIO%C3%89TICA%20\(3\).pdf](http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Princ%C3%ADpios/PRINC%C3%8DPIOS%20DA%20BIO%C3%89TICA%20(3).pdf)
- Manuila, L., Manuila, A., Lewalle, P., & Nicoulin, M. (1999). *Dicionário médico*. Lisboa: Climpesi Editores.
- Marôco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS* (3a ed. rev. e aum.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Mendes, M.G.S.R., & Martins, M.M.F.P.S. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: Do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 6 (Série 3), 113-121.

- Miller, M.R., Elixhauser, A., & Zhan, C. (2003). Patient safety events during pediatric hospitalizations [Abstract]. *Pediatrics*, *111* (6 Pt1), 1358-1366. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12777553>
- Miller, M.R., Robinson, K.A., Lubomski, L.H., Rinke, M.L., & Pronovost, P.J. (2007). Medication errors in paediatric care: A systematic review of epidemiology and an evaluation of evidence supporting reduction strategy recommendations. *Quality and Safety in Health Care*, *16* (2), 116-126. doi:10.1136/qshc.2006.019950
- Ministério da Saúde. (2012). *Plano nacional de saúde 2012-2016. Eixo estratégico: Qualidade em saúde*. Lisboa: Autor. Recuperado de http://pns.dgs.pt/files/2012/02/0024_-_Qualidade_em_Sa%C3%BAde_2013-01-17_.pdf
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español*. Madrid: Autor. Obtenido de http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf
- National Patient Safety Agency. (2004). *Seven steps to patient safety: The full reference guide*. London: Author. Retrieved from file:///C:/Users/User/Downloads/NRLS-0034-seven-steps-pat~reference-2004-07-v1%20(2).pdf
- National Patient Safety Agency. (2009). *Review of patient safety for children and young people*. London: Author. Retrieved from file:///C:/Users/User/Downloads/NRLS-0886-Review-of-patie~ng-people-2009-06-v1.pdf
- Nieva, V.F., & Sorra, J.S. (2003). Safety culture assessment: A tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*, *12*, ii17-ii23. doi:10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17
- Nunes, L. (2007). Prólogo ao VII seminário do Conselho Juridiscional – Segurança nos Cuidados. *Ordem dos Enfermeiros*, *24*, 4-5.
- Oliveira, R.M., Leitão, I.M.T.A., Silva, L.M.S., Figueiredo, S.V., Sampaio, R.L. & Gondim, M.M. (2014). Estratégias para promover segurança do paciente: Da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Esc Anna Nery*, *18* (1), 122-129. doi:10.5935/1414-8145.20140018
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Tomada de posição sobre segurança do cliente*. Lisboa: Autor. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao_2maio2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica* (Vol. 1). Lisboa: Autor. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatica_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Autor. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf
- Organização das Nações Unidas. (1989). *Convenção sobre os direitos da criança*. Recuperado de https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Parcianello, A.T., & Felin, R.B. (2008). E agora doutor, onde vou brincar? Considerações sobre a hospitalização infantil. *Barbarói, Revista do Departamento de Ciências Humanas e do*

Departamento de Psicologia, 28, 147-166. Recuperado de file:///C:/Users/User/Downloads/356-2613-1-PB.pdf

- Pedreira, M.L.G., Peterlini, M.A.S., & Harada, M.J.C.S (2005). Tecnologia da informação e prevenção de erros de medicação em pediatria: Prescrição informatizada, código de barras e bombas de infusão inteligentes. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.*, 5 (1), 55-61. Recuperado de http://www.sobep.org.br/revista/imagens/stories/pdf-revista/vol5-n1/v.5_n.1-art7.revi-tecnologia-da-informacao-e-prevencao-de-erro.pdf
- Pedroto, I. (2006). Risco clínico e segurança do doente. *Nascer e Crescer*, 15 (3), s168-s173.
- Peralta, T.J.A. (2012). *Segurança do doente: Perspetiva dos profissionais de um hospital da região centro*. Dissertação de mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Pestana, M.H., & Gajeiro, J.N. (2005). *Análise de dados para as ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Peterlini, M.A.S., Chaud, M.N., & Pedreira, M.L.G. (2003). Órfãos de terapia medicamentosa: A administração de medicamentos por via intravenosa em crianças hospitalizada. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 11 (1), 88-95. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/16564.pdf>
- Pimenta, L.C. (2013). *Avaliação da cultura de segurança do doente e propostas de melhoria*. Tese de mestrado não publicada, Instituto Politécnico de Lisboa, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve. Recuperado de <http://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/2929>
- Pinto, S., & Barbosa, C.M. (2008). Medicamentos manipulados em pediatria: Estado actual e perspectivas futuras. *Arquivos de Medicina*, 22 (2-3), 75-84.
- Pires, M.P.O., Pedreira, M.L.G., & Peterlini, M.A.S. (2013). Safe pediatric surgery: development and validation of preoperative interventions checklist. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21 (5), 1087-1087. Retrieved from <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/76025/79661>
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Portz, A., Silva, E.F., & Lorenzini, E. (2014). Erros de medicação em pediatria: Percepções de profissionais de enfermagem de um hospital de grande porte da região sul do Brasil. *Biblioteca Lascasas*, 10 (1). Recuperado de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0755.pdf>
- Pucci, F.C. (2009). *Aspectos éticos e jurídicos da pesquisa em seres humanos*. Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Direito, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil. Recuperado de <http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/33749-44006-1-PB.pdf>
- Ramos, S., & Trindade, L. (2013). Incidentes de segurança do doente. Porquê Relatar? *Tecno Hospital*, 60, 10-16.
- Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *West J Med.*, 172 (6), 393-396.
- Regulamento n.º 123/2011*, de 18 de fevereiro. Define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República, 35. Série 2.

- Reis, C.T., Laguardia, J., & Martins, M. (202). Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: Etapa inicial. *Cad. Saúde Pública*, 28 (11), 2199-2210.
- Reis, F.L. (2010). *Como elaborar uma dissertação de mestrado segundo Bolonha*, Lisboa: Pactor.
- Renaud, M. (2007). Da falibilidade humana. *Ordem dos Enfermeiros*, 24, 6-12.
- Rockville, W., Sorra, J., Famolaro, T., Dyer, N., Nelson, D., & Smith, S.A. (2012). *Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2012 user comparative database report*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved from <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2012/hospsurv121.pdf>
- Runciman W, Hibbert P, Thomson R., Schaaf TV, Sherman H., & LewalleP. (2009). Towards an International Classification for Patient Safety: Key concepts and terms. *Int J Qual Health Care*, 21 (1), 18-26.
- Santos, M.C., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: Problemas e desafios. *Rev Port Saúde Pública*, 10 (Vol. temat.), 47-57.
- Santos, M.R.S., Biagioni, B.C., Faria, A.L., & Santos, T.C.M.M. (2011). *Iatrogenia medicamentosa: A culpa e humana, ou o culpado é o sistema?* In XIV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e X Encontro Latino Americano de Pós-Graduação, Universidade do Vale do Paraíba. Recuperado de http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2011/anais/arquivos/RE_0099_0618_01.pdf
- Schatkoski, A.M., Wegner, W., Algeri, S., & Pedro, E.N.R. (2009). Segurança e proteção à criança hospitalizada: Revisão de literatura. *Rev Latino-am Enfermagem*, 17 (3), 410-416. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_20.pdf
- Silva, T., Wegner, W., & Pedro, E.N.R. (2012). Segurança da criança hospitalizada na UTI: Compreendendo os eventos adversos sob a ótica do acompanhante. *Rev. Eletr. Enf.*, 14 (2), 337-344.
- Sorra, J., Famolaro, T., Dyer, N., Nelson, D., & Smith, S.A. (2012). *Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2012 user comparative database report*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved from <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2012/hospsurv121.pdf>
- Sorra, J.S., & Nieva, V.F. (2004). *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved from <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>
- Sousa, A.M. (2013). *Avaliação da cultura de segurança do doente num centro hospitalar da região centro*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, Coimbra. Recuperado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/24879>
- Sousa, P. (2006). Patient safety: A necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 309-318.
- Sousa, P., Uva, A.S., & Serranheira, F. (2010). Investigação e inovação em segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10 (Vol. temat.), 89-95.
- Tase, T.H., Lourenção, D.C.A., Bianchini, S.M., & Tronchin, D.M.R. (2013). Identificação do paciente nas organizações de saúde: Uma reflexão emergente. *Rev Gaúcha Enferm.*, 34 (2), 196-200. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n3/a25v34n3.pdf>

- Travassos, C., & Caldas, B. (2013). *A Qualidade do cuidado e a segurança do paciente: Históricos e conceitos*. In Assistência Segura do Paciente e qualidade em serviços de Saúde (Cap. 2, pp. 19-27). Lisboa: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
- Ullán de la Fuente, A-M., & Hernández Belver, M. (2004). *Los niños en los hospitales: Espacios, tempos y juegos en la hospitalización infantil*. Madrid: Ediciones Témpora.
- Veloso, I.R., Telles Filho, P.C.P., & Durão, A.M.S. (2011). Identificação e análise de erros no preparo de medicamentos em uma unidade pediátrica hospitalar. *Rev Gaúcha Enferm.*, 32 (1), 93-99. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n1/a12v32n1.pdf>
- Walsh, K.E., Kaushal, R., & Chessare, J.B. (2005). How to avoid paediatric medication errors: a user's guide to the literature. *Arch Dis Child.*, 90, 698-702. doi:10.1136/adc.2003.048827
- Wegner, W. (2011). *A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: Prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. Recuperado de <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/29132/000776300.pdf?sequence=1>
- Wegner, W., & Pedro, E.N.R. (2012). A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: Prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. *Rev. Latino Am. Enfermagem*, 20 (3), 8 telas. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a02v20n3.pdf
- World Alliance for Patient Safety. (2005). *WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: From information to action*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf
- World Health Organization. (2004). *World Alliance for Patient Safety: Forward programme 2005*. Geneva: Author. Retrieved from http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf
- World Health Organization. (2007). *Patient safety solutions preamble*. Geneva: Author. Retrieved from <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/Preamble.pdf>
- World Health Organization. (2009a). *Global priorities for patient safety research*. Geneva: Author. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598620_eng.pdf
- World Health Organization. (2009b) *The conceptual framework for the international classification for patient Safety*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2009c). *Human factors in patient safety review of topics and tools*. Retrieved from http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf
- Young, J., McCann, D., Watson, K.M., Pitcher, A., Bundy, R., & Greathead, D. (2006). Negotiation of care for a hospitalized child: Parental perspectives. *Neonatal, Pediatric and Child Health Nursing*, 9 (2), 4-13. Recuperado de <http://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:160553>

ANEXOS

ANEXO I

Instrumento de recolha 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 La-Saete Guimarães, sou enfermeira e encontro-me a realizar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem de Viseu, cujo tema de dissertação é **Cultura de Segurança do doente pediátrico – percepção dos profissionais de saúde**, sob orientação da Professora Doutora Ernestina Silva.

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

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

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

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

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

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

SECÇÃO A: Identificação

1 - Sexo: Feminino Masculino 2 - Idade: ____ anos

3 - Alguma vez tinha respondido a este questionário? Sim Não

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

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

6 - Profissão:

- Assistente técnico
Assistente operacional
 Enfermeiro
Médico
Técnico de diagnóstico e terapêutico
Qual? _____
 Técnico superior. Qual? _____
 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 ou serviço neste hospital é:

- Neonatologia
Internamento de
Pediatria
 Urgência Pediátrica
Consulta externa de
Pediatria

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 a segurança do doente e gestão de risco? Sim Não

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

SECÇÃO B: O seu Serviço/unidade de trabalho

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

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

	1	2	3	4	5
1. Neste Serviço/unidade os profissionais entreajudam-se					<input type="radio"/>
2. Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido					<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"/>
4. Neste Serviço/unidade as pessoas tratam-se com respeito					<input type="radio"/>
5. Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados					<input type="radio"/>
6. Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente					<input type="radio"/>
7. Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável					<input type="radio"/>
8. Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles					<input type="radio"/>
9. Aqui, os erros conduzem a mudanças positivas					<input type="radio"/>
10. É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste serviço/unidade					<input type="radio"/>
11. Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio					<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"/>
13. Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente					<input type="radio"/>
14. Trabalhamos em "modo crise", tentando fazer muito, demasiado depressa					<input type="radio"/>
15. Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho					<input type="radio"/>
16. Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal					<input type="radio"/>
17. Neste serviço/unidade temos problemas com a segurança do doente					<input type="radio"/>
18. Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer					<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"/>
2. O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente					<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"/>
4. O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente					<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"/>
2. Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente					<input type="radio"/>
3. Somos informados acerca de erros que aconteçam neste serviço/unidade					<input type="radio"/>
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos					<input type="radio"/>
5. Neste serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer					<input type="radio"/>
6. Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo					<input type="radio"/>

SECÇÃO E: Frequência da notificação de eventos/ocorrências

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

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

	1	2	3	4	5
1. Quando ocorre um evento/ocorrência, mas é detetado e corrigido antes de afectar o doente, com que frequência é notificada?					<input type="radio"/>
2. Quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificada?					<input type="radio"/>
3. Quando ocorre um evento/ocorrência, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é notificada?					<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"/>
2. Os serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros				<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"/>
4. Existe boa colaboração entre os serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente				<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"/>
6. É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros serviços/unidades do Hospital				<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"/>
8. As ações da Direção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades				<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"/>
10. Os serviços/unidades do hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. As mudanças de turno neste Hospital são problemáticas para o doente				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SECÇÃO H: Número de eventos/ocorrências notificadas

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

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

SEGUNDA PARTE OPINIÃO E CONHECIMENTO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

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 para a utilização do questionário (HSPSC) à investigadora
que o validou para a população portuguesa

Pedido a ser efectuado via electrónica para o e-mail da Dr.^a Margarida Eiras

E-mail: margarida.eiras@estesl.ipl.pt

Chamo-me La-Salete Barros Guimarães, sou enfermeira e encontro-me a realizar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Saúde de Viseu. A minha dissertação está subordinada ao tema “Cultura de Segurança do Doente Pediátrico – percepção dos profissionais de Saúde”, tendo como Orientadora a Professora Doutora Ernestina Silva. Venho por este meio solicitar a V. Exma. Dr.^a Margarida Eiras o fornecimento e, respectiva autorização para a utilização, do Questionário sobre Avaliação da Cultura e 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.

Grata pela atenção disponibilizada,

La-Salete Barros Guimarães

Outlook | Novo Responder | Excluir Arquivar Lixo Eletrônico | Limpar

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 – perceção 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

© 2014 Microsoft Termos Privacidade Desenvolvedores Português (Brasil)

Outlook |   Novo Responder |  Excluir Arquivar Lixo Eletrônico |  Limp

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

© 2014 Microsoft Termos Privacidade Desenvolvedores Português (Brasil)

ANEXO III

Pedido de parecer para a realização do estudo à Comissão de Ética



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

PARECER

Nº 10/2014

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

Tendo a estudante La Salette Maria Carneiro de Barros Guimarães sob a orientação da Profª Doutora Ernestina Maria V. Batoca Silva, solicitado emissão de parecer sobre o estudo a realizar no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, incluindo como participantes os enfermeiros pertencentes aos serviços de **Pediatria, Neonatologia e Urgências Pediátricas do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Unidade Hospitalar de Vila Real**, 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


P' A presidente da CE da ESSV

Informar


18-2-2014

ANEXO IV

Pedido de autorização para a recolha de dados



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Exmo. Sr.
Presidente do Conselho de Administração do
**Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro,
EPE**
Av. Noruega - Lordelo
5000-508 VILA REAL

VOSSA REFERÊNCIA:

VOSSA DATA:

NOSSA REFERÊNCIA:

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS 226 20-FEB-14

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) e a estudante La Salette Maria Carneiro de Barros Guimarães, 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 do Doente Pediátrico percebida pelos profissionais de saúde, identificar quais os fatores e indicadores que se revelam fortes relativamente à Cultura de Segurança do Doente Pediátrico, identificar quais os fatores e indicadores que se revelam problemáticos relativamente à Cultura de Segurança do Doente Pediátrico, determinar a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais na perceção dos enfermeiros acerca da Cultura de Segurança do Doente Pediátrico e verificar a frequência de notificação de eventos/ocorrências.

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 e Urgências Pediátricas do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro 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, do Projeto de Investigação e Declaração do Orientador.

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

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


O Presidente da ESSV
Professor Doutor Carlos Pereira

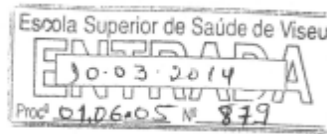
EBNC

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



Exm^o(a). Senhor(a):

Prof. Dr. Carlos Pereira
Escola Superior de Saúde de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomers de
Almeida, 102

3500-843 Viseu

ASSUNTO: Pedido de autorização para efectuar recolha de dados

V/ REFERÊNCIA ESSV 0226 de 20.02.2014

Em resposta ao solicitado no ofício em referência, informo que foi autorizada a colheita de dados pela aluna La Salette Maria Carneiro de Barros Guimarães, no Serviço de Pediatria.

O Director do Serviço, coloca apenas uma ressalva, para o caso em que os dados recolhidos sejam comparados no mesmo estudo com outros hospitais. Neste sentido e caso seja este o caso, deve ser mantido o anonimato das instituições na apresentação pública dos resultados.

Vila Real 05.03.2014

O ENFERMEIRO DIRECTOR

José João Lameirão
José João Lameirão

Doc n.º,