

**A SEGURANÇA DOS CUIDADOS DA CRIANÇA  
HOSPITALIZADA: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS**

**CARE SAFETY OF HOSPITALIZED CHILDREN:  
PERCEPTIONS OF NURSES**

**Ernestina M<sup>a</sup> Batoca Silva**

*Professores na Escola Superior de Saúde de Viseu/CI&DETS, Instituto Politécnico de Viseu*

**Catarina Raquel Ferreira Garcia**

*Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria, no Centro de Saúde Ílhavo, Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Vouga*

**Daniel Marques da Silva**

**João Carvalho Duarte**

*Professores na Escola Superior de Saúde de Viseu/CI&DETS, Instituto Politécnico de Viseu*

**Resumo:** A segurança dos doentes é reconhecida como um dos pilares fundamentais da qualidade dos cuidados de saúde, sendo prioritário desenvolver uma cultura de segurança que vise minimizar a ocorrência de erros e favorecendo a aprendizagem com os mesmos. Caracterizar a cultura de segurança da criança hospitalizada, percebida pelos enfermeiros. Estudo quantitativo, descritivo-correlacional e transversal, efetuado numa amostra de 68 enfermeiros a exercer funções em serviços de pediatria/neonatologia (52,9%) e serviços de obstetrícia (47,1%) num centro hospitalar da zona Centro. Os participantes são maioritariamente do sexo feminino (98,5%), com idades entre os 27 e os 56 anos e o grupo com 3 a 7 anos de experiência na prestação de cuidados à criança aparece com os valores mais elevados (35,3%). Utilizámos uma versão adaptada do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (Eiras, Escoval, Grillo, & Silva-Fortes, 2014). Como pontos fortes da cultura de segurança salientaram-se as seguintes dimensões: “Trabalho em Equipa” (81,6%), “Expectativas do Supervisor/Gestor e Ações que Promovam a Segurança do Doente” (69,5%), “Aprendizagem Organizacional - Melhoria Contínua” (62,3%) e “Feedback e Comunicação Acerca do Erro” (62,3%). Por outro lado, as dimensões que constituem oportunidades de melhoria foram: “Trabalho entre Unidades” (38,3%), “Apoio à Segurança do Doente pela Gestão” (30,9%), “Resposta ao Erro Não Punitiva” (25,5%) e “Frequência da Notificação de Eventos” (18,4%). Para obter melhores resultados nas áreas identificadas como oportunidades de melhoria é fundamental o envolvimento de todos, pois apenas com uma colaboração conjunta teremos uma cultura de segurança mais enraizada e mais fortalecida. Destacamos a necessidade de formação na área da segurança do doente e gestão do risco e o desenvolvimento de estratégias que progressivamente permitam uma mudança de paradigma, permitindo a passagem da cultura da culpa onde o profissional de saúde é o centro das atenções, para uma cultura de aprendizagem com os erros.

**Palavras-chave:** Segurança do paciente, Pediatria, Qualidade dos cuidados de saúde.

**Abstract:** Patient's safety is recognized as one of the pillars of the health care quality. Develop a safety culture that aims to minimize the occurrence of mistakes, and encourage people to learn with them are considered a priority. Characterize the safety culture of the hospitalized child, from the nurses' perception. Quantitative, descriptive-correlational and transversal study, accomplished on a sample of 68 nurses working into pediatric/neonatology services (52.9%) and into obstetrics services (47.1%) of a hospital center in the Center zone. The participants are mostly females (98.5%), with ages between 27 and 56 years old, having in majority about 3 to 7 years of experience in the care of children (35.3%).

We used an adapted version of the questionnaire Hospital Survey on Patient Safety Culture (Eiras, Escoval, Grillo, & Silva-Fortes, 2014). As strong points in the safety culture, stood out the following dimensions: "Teamwork within Units" (81.6%), "Supervisor/Manager's Expectations and Actions Promoting Patient Safety" (69.5%), "Organizational Learning - Continuous Improvement" (62.3%), and "Feedback and Communication about the Error" (62.3%). On the other hand, the dimensions that revealed themselves as opportunities to improve were: "Teamwork across Units" (38.3%), "Management Support for Patient Safety" (30.9%), "Non-punitive Response to Error" (25.5%) and "Frequency of Events Reported" (18.4%). To obtain better results in the identified areas as improvement opportunities, it's fundamental everyone's involvement, because only with joint collaboration will we have a rooted and strengthened safety culture. We highlight the need for training in the area of patient safety and risk management and the development of strategies that progressively allow a change of mentalities, allowing the passage of the culture of guilt where the health professional is the center of attention, for a culture of learning from mistakes.

**Keywords:** Patient's safety, Pediatrics, Quality of the healthcare.

## Introdução

A segurança dos doentes visa a diminuição dos danos desnecessários e preveníveis e constitui uma componente essencial da qualidade dos cuidados de saúde, sendo atualmente considerada a nível mundial um problema de saúde pública. É certo que o erro irá ocorrer em alguma altura, pois este é inerente à condição humana, sendo a sua inevitabilidade e o sentimento de culpa que lhe está associado, as suas características fundamentais (Fragata, 2010). Apesar de todos os cuidados para não falhar, é do conhecimento geral que muito há ainda a fazer para garantir que todos os utilizadores das instituições de saúde recebam os cuidados que necessitam com a máxima segurança. Torna-se assim necessário o desenvolvimento de uma cultura de segurança que vise minimizar a possibilidade de ocorrência de erros e favorecer a aprendizagem com os mesmos.

Em Portugal, a notificação do erro tem vindo a tornar-se cada vez mais efetiva contudo, ainda está longe dos dados notificados refletirem a realidade nacional nem a verdadeira dimensão das suas consequências (Direcção-Geral da Saúde [DGS], 2014). O relatório de progresso de monitorização refere que foram registadas 3854 notificações por parte dos profissionais de saúde e 245 notificações por parte dos cidadãos, desde o início do sistema até ao final do 3º trimestre de 2017 (DGS, 2017).

A nível da pediatria, e apesar dos dados acerca da segurança da criança

hospitalizada serem escassos (Silva, Pedrosa, Leça, & Silva 2016), as preocupações com a segurança são legítimas, dado que as crianças se encontram mais vulneráveis aos erros devido a fatores intrínsecos relacionados com as suas características anatómicas e fisiológicas e a fatores extrínsecos nomeadamente uma indústria farmacêutica que ainda não se encontra voltada para as especificidades da criança e a falta de políticas de saúde (Belela, Pedreira, & Peterlini, 2011). Assim, surgiu o interesse por este estudo cujo objetivo consiste em caracterizar a cultura de segurança da criança hospitalizada, na percepção dos enfermeiros. A finalidade é contribuir para a sensibilização destes profissionais para a adoção de uma prática sistemática de segurança na prestação de cuidados à criança/jovem e nas organizações.

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

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

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

A avaliação da cultura de segurança do doente permite a colheita de informações sobre perceções e comportamentos dos colaboradores e da gestão relativamente à segurança (Pimenta, 2013). Esta avaliação constitui assim o primeiro passo para conhecer as áreas em que é urgente intervir. Os enfermeiros encontram-se em contacto permanente com o doente e todas as suas atitudes e comportamentos têm influência na cultura de segurança (Fernandes & Queirós, 2011).

É sabido que a prestação de cuidados de saúde envolve riscos, quer para os doentes, quer para os profissionais, não se podendo negligenciar nenhum desses riscos seja qual for a sua escala. Torna-se assim fundamental reconhecer que em todos os sistemas humanos podem ocorrer erros, e a sua probabilidade de ocorrência é diretamente proporcional à complexidade do próprio sistema. O risco associado aos cuidados de saúde tem sido motivo de preocupação desde a antiguidade. Hipócrates ficou célebre pela afirmação “*primum non nocere*”

(primeiro não fazer o mal), que desde então se tornou um princípio ético para a classe médica e para todos os profissionais de saúde (Fragata, 2010).

As repercussões dos erros são várias e para além das individuais, pelo sentimento de culpa e carga emocional pela consciência de ter cometido erro (Fragata, 2010), existem as repercussões económicas e também as sociais, pois contribuem para a diminuição da confiança dos doentes no sistema com influência na auto-estima dos profissionais de saúde (Abreu, 2009).

Como foi referido anteriormente, a criança encontra-se mais vulnerável ao risco e à ocorrência de erros decorrentes da prestação de cuidados. Por outro lado, quando estes ocorrem, o seu efeito nocivo tende a ser maior comparativamente ao efeito dos erros ocorridos em adultos (Belela, Pedreira, & Peterlini, 2011).

Os erros de medicação são um fenómeno mais frequente na população pediátrica dado que esta faixa etária comporta um conjunto de riscos específicos, existindo já diversos estudos sobre o erro de medicação em pediatria. Como condicionantes do risco pode considerar-se a complexidade do doente, a complexidade da tarefa, performance humana, da equipa e da organização e o acaso (Fragata, 2009).

A Organização Mundial de Saúde e o Conselho da União Europeia consideram que a primeira fase para o desenvolvimento da cultura de segurança é a sua avaliação na perceção dos profissionais de saúde, sendo esta uma condição fundamental para a introdução de mudanças nos comportamentos dos profissionais e nas organizações e deste modo se alcançarem melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados ao doente (DGS, 2013a). Conscientes da inevitabilidade do erro, todos os profissionais devem orientar a sua prática construindo e assegurando uma cultura de segurança, que se traduz no modo como um grupo ou uma organização exerce a sua atividade.

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

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

Desde 2001 que a Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organizations requer como critério para a acreditação a divulgação dos eventos

adversos através de relatórios (Raimundo, 2012). Neste âmbito, Fragata (2011) considera que um sistema de notificação de eventos é fundamental para a cultura de segurança, devendo possibilitar o anonimato, sem culpabilização dos profissionais envolvidos, compreendendo uma componente facultativa, sendo os eventos mais graves/sentinela (never events) obrigatoriamente notificados.

A notificação constitui assim uma ferramenta que promove a melhoria contínua da qualidade em saúde. Quanto maior for o número de eventos notificados, mais informação será disponibilizada acerca dos erros e conseqüentemente, mais ações podem ser tomadas no sentido de aumentar a segurança dos cuidados de saúde (Pimenta, 2013).

Para que a notificação seja possível, foi criado o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA/NOTIFICA), desenvolvido pelo Departamento da Qualidade na Saúde, da Direção Geral de Saúde, onde os profissionais de saúde e os cidadãos podem de uma forma anónima reportar os incidentes/eventos ocorridos, fornecendo uma interface que permite reunir, fornecer e recuperar dados de um modo fiável. Este sistema de notificação foi apresentado em 2011, tendo sido a sua aplicabilidade testada e adaptada para a realidade portuguesa. A notificação testemunha o compromisso com a segurança do doente, promovendo o desenvolvimento de uma cultura de segurança nas unidades de saúde e apoiando os profissionais na prestação de cuidados mais seguros (DGS, 2013b).

Existem estudos que demonstram uma associação positiva entre maior adesão ao relato do erro e grupos de profissionais onde prevalecem valores como apoio, confiança e cuidados centrados no doente versus estruturas com culturas demasiado formais, hierarquizadas e racionais (visando a produção e eficácia) (Raimundo, 2012). Por outro lado, uma baixa ou ausente taxa de notificação de eventos adversos, usualmente está associada ao paradigma da punição e ocultação do erro e ao medo de represálias e sanções profissionais (Faria, 2010).

### Questão de investigação

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

## Metodologia

Delineamos um estudo de natureza descritivo-correlacional e transversal com uma abordagem quantitativa consistindo num processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis (Fortin, 2009).

A variável dependente é a cultura de segurança da criança hospitalizada

e as variáveis independentes foram subdivididas em três grupos: variáveis de caracterização sociodemográfica onde incluímos a idade e o sexo; variáveis profissionais, onde incluímos as habilitações académicas, a experiência profissional (em anos) e a experiência na prestação de cuidados à criança (em anos); e a formação em segurança do doente e gestão do risco.

### *Participantes*

A amostra é não probabilística por conveniência, constituída por 68 enfermeiros que em diferentes serviços prestam cuidados à criança/jovem, nomeadamente nos serviços de pediatria, neonatologia, urgência pediátrica, bloco de partos e puerpério de um centro hospitalar da zona Centro.

### *Instrumentos*

Como instrumento de colheita de dados, utilizámos uma versão adaptada do questionário "Avaliação da cultura de segurança do doente em hospitais" traduzido e validado para a população portuguesa por Eiras et al. (2014) do original Hospital Survey on Patient Safety Culture. Apresenta-se numa escala de Likert, graduada em 5 níveis desde "discordo fortemente" ou "nunca" (1) até "concordo fortemente" ou "sempre" (5). Possibilita a avaliação de 12 dimensões da cultura de segurança do doente, nomeadamente: "Trabalho em equipa", "Expetativas do Supervisor/Gestor e Ações que Promovam a Segurança do Doente", "Aprendizagem Organizacional - Melhoria Contínua", "Feedback e Comunicação Acerca do Erro", "Abertura à Comunicação", "Profissionais", "Resposta ao Erro Não Punitiva", "Apoio à Segurança pela Gestão", "Trabalho entre as Unidades", "Transições", "Perceções Gerais sobre a Segurança do Doente" e "Frequência da Notificação de Eventos".

Para uma melhor compreensão da análise e interpretação dos dados seguimos a metodologia recomendada pelos autores. Deste modo, procedemos à inversão das questões formuladas negativamente e à recodificação da escala de cinco para três categorias.

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

O percentual de respostas positivas específicas na dimensão passou a ser o principal indicador de análise. Deste modo, com a percentagem de respostas

positivas nos diferentes itens, pudemos identificar os pontos fortes da cultura de segurança da criança hospitalizada e também os pontos mais problemáticos, onde é prioritário intervir. Considerando os critérios definidos (Eiras et al. 2014), o item ou dimensão com uma percentagem de respostas positivas igual ou superior a 75% classifica-se de fortaleza. O item ou dimensão com uma percentagem de respostas positivas igual ou inferior a 50% classifica-se como oportunidade de melhoria.

Para valores intermédios (respostas positivas superiores a 51% e inferiores a 74% Eiras et al. (2014) não definiram orientações e decidimos seguir os critérios definidos por Fernandes e Queirós (2011), considerando os itens e dimensões deste intervalo como aceitáveis sendo contudo aspetos que carecem de melhorias.

Relativamente às respostas dos itens que se apresentam formulados pela negativa, procedeu-se à sua inversão. O tratamento estatístico foi efetuado com recurso ao programa informático de estatística IBM SPSS Statistics versão 22 para Windows e o nível de significância estabelecido foi de 5% ( $p=0,05$ ).

### *Procedimentos*

No decurso do estudo foram tidos em conta os procedimentos éticos, nomeadamente, pedido de autorização à autora da tradução e validação do estudo para a utilização do instrumento de colheita de dados, pedido de parecer sobre o estudo à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu e pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração do centro hospitalar alvo do nosso estudo, tendo sido obtidos pareceres favoráveis.

A investigadora entregou pessoalmente a cada enfermeiro o questionário e, juntamente, foi distribuído um envelope individual sem qualquer identificação, o qual serviu para colocar cada um dos questionários depois de preenchidos, garantindo o anonimato e confidencialidade dos respondentes foi obtido o consentimento informado e esclarecido e a sua colaboração voluntária.

## **Resultados**

Verificámos que a maioria dos participantes no estudo é do sexo feminino (98,5%). Quanto à idade, 36,8% têm idade  $\leq 31$  anos, 29,4% entre os 32 e os 37 anos e 33,8%  $\geq 38$  anos, sendo a idade mínima de 27 anos, a idade máxima de 56 anos e a média 36,1 anos.

A maioria dos enfermeiros são licenciados (52,9%), sendo que 30,9% possuem uma pós-licenciatura e 16,2% um mestrado. Em relação à experiência de serviço o grupo mais representativo têm entre 3-7 anos de experiência (47,1%), 14,7% apresentam 1-2 anos de experiência, 16,2% de 8-12anos, 13,2% de 13-20 anos e 8,8% mais de 21 anos de experiência profissional.



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

O grupo mais representativo dos enfermeiros tem entre 3-7 anos de experiência profissional na prestação de cuidados à criança (35,3%). Apenas 3% têm menos de um ano de experiência profissional na prestação de cuidados à criança, enquanto 14,7% têm 1-2 anos, 19,1% de 8-12 anos, 13,2% de 13 a 20 anos e 14,7%  $\geq$ 21 anos.

Foi questionado se possuíam ou não formação relativamente à segurança do doente e gestão do risco, a maioria dos enfermeiros (52,9%) nunca fez formação neste âmbito, no entanto 94,1% dos enfermeiros frequentariam este tipo de formação, se tivessem oportunidade.

No sentido de obter resposta para a questão de investigação, analisamos as 12 dimensões da cultura de segurança da criança hospitalizada e apresentamos a perspetiva global desta avaliação. Podemos constatar que na perceção dos enfermeiros, apenas a dimensão “Trabalho em Equipa”, com uma percentagem de respostas positivas superior a 75%, constitui um ponto forte da cultura de segurança da criança hospitalizada. Por outro lado, verificámos a existência de 4 dimensões, nomeadamente a “Resposta ao Erro Não Punitiva”, o “Apoio à Segurança do Doente pela Gestão”, o “Trabalho entre Unidades” e a “Frequência da Notificação de Eventos”, com percentagem de respostas positivas bastante inferior a 50%, constituindo oportunidades de melhoria com necessidade de intervenção prioritária. A percentagem de respostas positivas das restantes dimensões situa-se entre os 51 e 74%, sendo consideradas aceitáveis, contudo a necessitar de melhoria (cf. Figura 1).



**Figura 1.** Perspetiva global da avaliação da cultura de segurança da criança hospitalizada: percentagem de respostas positivas nas 12 dimensões

Relativamente ao grau de segurança do doente no seu serviço/unidade, a maioria dos respondentes (57,4%) considerou a segurança do doente como muito boa, 41,2% classificaram-na como aceitável e um enfermeiro considerou a segurança do doente no seu serviço/unidade como excelente (1,5%).

Questionados sobre o número de relatórios de eventos/ocorrências preenchidos e entregues nos últimos 12 meses, a grande maioria dos enfermeiros (95,6%) respondeu nenhum.

## Discussão

O grau de segurança do doente atribuído pela maioria dos enfermeiros (57,4%) é muito bom e 41,2% classificaram-no como aceitável, sendo para 1,5% dos participantes excelente. É de salientar que no nosso estudo, nenhum dos participantes considerou a segurança do doente fraca nem muito fraca, o que é um aspeto bastante positivo. No estudo de Fernandes e Queirós (2011) que avaliou a cultura de segurança do doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses, verificaram-se resultados ligeiramente mais positivos do que no nosso estudo, dado que 46% dos respondentes consideraram o grau de segurança do doente no seu serviço/unidade muito bom, 44% aceitável e 10% fraco. A nível internacional, o estudo de Sorra, Famolaro, Dyer, Nelson, e Smith (2012) revelou resultados mais positivos pois 30% dos participantes consideraram o grau de segurança excelente e 45% muito bom.

Relativamente ao número de relatórios de eventos/ocorrências preenchidos e entregues nos últimos 12 meses, a grande maioria dos enfermeiros (95,6%) respondeu nenhum. Estes resultados evidenciam fragilidades no nosso sistema de notificação, em que a subnotificação dos erros é ainda uma realidade e vão ao encontro dos resultados obtidos em outros estudos que denotam que a notificação de eventos/ocorrências na área da saúde não alcança o seu pleno potencial (Saturno et al. 2009; Suján, 2012).

No estudo de Sorra et al. (2012) relativamente a este aspeto, constatou-se que 55% dos participantes referiram não ter notificado eventos/ocorrências nos últimos 12 meses. Comparativamente aos estudos realizados em Portugal, estes dados revelam percentagens inferiores, o que denota que apesar das notificações terem vindo a aumentar ainda temos um caminho a percorrer na melhoria do sistema de notificação (DGS, 2014).

Realizando uma análise global de todas as dimensões, apuramos que as que apresentam maior percentual de respostas positivas no nosso estudo, sendo portanto considerados pontos fortes dos serviços onde o estudo foi realizado, são as dimensões “Trabalho em equipa” com 81,6%, “Expectativas do supervisor/Gestor e Ações que Promovam a Segurança do Doente” com 69,5%,

“Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua” com 62,3%, “Feedback e Comunicação Acerca do Erro” também com 62,3% e “Abertura na Comunicação” com 58,8% de respostas positivas. Verificamos que as primeiras três destas cinco dimensões coincidem com as do estudo de Eiras et al. (2011). As dimensões “Feedback e Comunicação Acerca do Erro” e “Abertura na Comunicação” com maior percentual de respostas positivas diferem nestes dois estudos, uma vez que no estudo de Eiras et al. (2011) são as dimensões “Transições” com 59% e “Perceções Gerais sobre a Segurança do Doente” também com 59%. No entanto, podemos verificar que as cinco dimensões com maior percentual no nosso estudo coincidem com as cinco dimensões mais pontuadas positivamente no estudo de Peralta (2012).

No estudo de Sorra et al. (2012), foram as dimensões “Trabalho em Equipa” com 80%, “Expectativas do Supervisor/Gestor e Ações que Promovam a Segurança do Doente” com 75%, “Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua” com 72%, “Apoio à Segurança do Doente pela Gestão” também com 72% e “Perceções Gerais Sobre a Segurança do Doente” com 66% de respostas positivas.

Embora a comparação dos estudos deva ser prudente, os nossos dados são semelhantes aos estudos consultados pois a percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança/adolescente hospitalizada releva como pontos fortes o “Trabalho em Equipa”, “Expectativas do Supervisor/Gestor e Ações que Promovam a Segurança do Doente” e “Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua”. Por outro lado, as dimensões da cultura de segurança que no nosso estudo revelaram percentual de respostas positivas mais baixas, sendo portanto oportunidades de melhoria, são as dimensões: “Trabalho entre Unidades”, “Apoio à Segurança do Doente pela Gestão”, “Resposta ao Erro não Punitiva” e “Frequência da Notificação de Eventos”.

Constatamos que três destas dimensões coincidem com as da investigação de Eiras et al. (2011) nomeadamente a “Resposta ao Erro não Punitiva” que no referido estudo obteve 41%, “Frequência da Notificação de Eventos” com 44% e “Apoio à Segurança do Doente pela Gestão” com 48% de respostas positivas. A quarta dimensão menos pontuada no estudo de Eiras et al. (2011) difere do nosso estudo tendo sido a dimensão “Profissionais” com 47%. Verificamos que três das quatro dimensões menos pontuadas no nosso estudo coincidem com as do estudo de Peralta (2012), exceto a dimensão “Profissionais”.

Relativamente aos resultados dos estudos internacionais, no estudo de Sorra et al. (2012) obtiveram-se os percentuais mais baixos nas dimensões “Trabalho entre Unidades” com 58%, “Profissionais” com 56%, “Transições” com 45% e “Resposta ao Erro não Punitiva” com 44% de respostas positivas, resultados em parte também semelhantes aos verificados no nosso estudo.

Procuramos também verificar a influência das variáveis sociodemográficas

e profissionais na cultura de segurança. Assim, constatamos que em relação à idade dos enfermeiros os resultados apontam para níveis mais elevados de cultura de segurança no grupo de enfermeiros com idade  $\geq 38$  anos, excetuando-se as dimensões “Aprendizagem Organizacional - Melhoria Contínua”, “Feedback e Comunicação Acerca do Erro”, e “Trabalho entre Unidades”, onde é o grupo de enfermeiros com idade  $\leq 31$  anos que apresenta valores superiores de percepção da cultura de segurança. Nas dimensões “Abertura na Comunicação” e “Frequência da Notificação de Eventos”, verificamos que é o grupo de enfermeiros entre 32 e 37 anos que evidencia percepção superior da cultura de segurança.

As diferenças encontradas apresentam significância estatística para a dimensão “Aprendizagem Organizacional - Melhoria Contínua” ( $p = 0,021$ ), podendo afirmar-se que há relação entre a idade  $\leq 31$  anos e a percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada para esta dimensão. Estes resultados vão de encontro aos de Fernandes e Queirós (2011) que evidenciam ser os enfermeiros mais novos os mais céticos relativamente à cultura de segurança.

Em relação à variável habilitações académicas verificámos que os enfermeiros com licenciatura apresentam níveis mais elevados de percepção da cultura de segurança do doente, com exceção das dimensões “Trabalho em Equipa”, “Aprendizagem Organizacional - Melhoria Contínua”, “Trabalho entre Unidades”, “Profissionais” e “Resposta ao Erro não Punitiva”, onde é o grupo de enfermeiros com mestrado que apontaram os valores mais elevados na escala da cultura de segurança. Encontramos significância estatística para a dimensão “Feedback e Comunicação Acerca do Erro” o que nos permite afirmar que existe relação entre as habilitações académicas e a percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança da criança para esta dimensão ( $p = 0,031$ ).

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

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

Curiosamente, verificámos que os enfermeiros que não possuem formação em segurança do doente e gestão do risco apresentam níveis mais elevados de

percepção sobre a cultura de segurança do doente com exceção das dimensões “Apoio à Segurança do Doente pela Gestão”, “Frequência da Notificação de Eventos” e “Trabalho entre Unidades”, onde foram os enfermeiros com formação na referida temática que evidenciaram níveis superiores de percepção sobre a cultura de segurança, tendo sido encontrada significância estatística para a dimensão “Percepções Gerais sobre a Segurança do Doente” ( $p=0,033$ ).

## Conclusão

A cultura de segurança e a qualidade dos cuidados de saúde encontram-se intimamente relacionadas, sendo que o estudo sobre a cultura de segurança da criança hospitalizada é um contributo para a melhoria dos padrões da qualidade dos cuidados prestados.

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

Neste estudo, os pontos fortes identificados foram as dimensões “Trabalho em Equipa” com 81,6%, “Expectativas do Supervisor/Gestor e Ações que Promovam a Segurança do Doente” (69,5%), “Aprendizagem Organizacional - Melhoria Contínua” (62,3%) e “Feedback e Comunicação Acerca do Erro” também com 62,3%. Contudo, apenas a dimensão “Trabalho em Equipa” se revela uma fortaleza, sendo avaliada com mais de 75% de respostas positivas. Quanto às outras três dimensões referidas, apesar da sua avaliação média não atingir os 75%, alguns dos seus itens ultrapassam este valor, sendo considerados também fortalezas.

Por outro lado, identificamos também as dimensões da cultura de segurança que revelaram percentual de respostas positivas mais baixo, sendo portanto oportunidades de melhoria e que são as seguintes: “Trabalho entre Unidades” com 38,3%, “Apoio à Segurança do Doente pela Gestão” com 30,9%, “Resposta ao Erro não Punitiva” com 25,5% e “Frequência da Notificação de Eventos” com 18,4% de respostas positivas. A nível destas dimensões constata-se a necessidade de uma intervenção prioritária, no sentido de se alcançar uma melhoria da cultura de segurança.

Verificamos que a dimensão “Frequência da Notificação de Eventos” é a que apresenta piores resultados, estando em consonância com a reduzida taxa de notificação de eventos/ocorrências nos últimos 12 meses, dado que apenas 4,4% dos enfermeiros referem ter realizado alguma notificação. Estes resultados denotam a fragilidades do sistema de notificação, ou seja, apenas são

notificados uma reduzida parte dos que na realidade acontecem.

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

Garantir a colaboração e uma comunicação eficaz entre os profissionais, assegurando que todos perseguem o mesmo objetivo, ou seja, a segurança do doente e a prestação de cuidados de saúde de qualidade, é também um aspeto merecedor de atenção já que neste estudo a dimensão “Trabalho entre Unidades” revelou uma percentagem de respostas positivas baixa, muito aquém do desejável. Para a obtenção de melhores resultados é fundamental que ocorra o envolvimento de todos, pois apenas com uma colaboração conjunta teremos uma cultura de segurança mais enraizada e mais fortalecida.

## Referências

- Abreu, C. (2009). Perspetiva clínica do erro. *Revista Sinais Vitais*, 83(41), 23-25.
- Belela, A. Pedreira, M., Peterline, M. (2011). Erros de medicação em pediatria. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64 (3), 563-9. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a22.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2013a). Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais. Norma da direcção geral da saúde nº 025/2013. Acedido em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0252013-de-24122013.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2013b). Apresentação do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos. Acedido em <https://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?codigoms=5521&back=1&codigono=0011001500420135AAAAAAA>
- Direcção-Geral da Saúde. (2014). Informação da Direcção-Geral da Saúde n.º 002/2014 de 25/02/2014: Relatório de Progresso de Monitorização do SNNIEA 2013. Lisboa: DGS.
- Direcção-Geral da Saúde. (2017). Relatório de Progresso de Monitorização do

- Sistema Nacional de Notificação de Incidentes. Lisboa: DGS.
- Eiras, M., Diniz, A., Escoval, A., Costa, C., Gaspar, M., Bruno, P., Fernandes, A. (2011). Avaliação da Cultura de Segurança do doente numa amostra de hospitais portugueses - Resultados do estudo piloto. Acedido em <http://www.dgs.pt/?cr=23056>
- Eiras, M., Escoval, A., Grillo, I. M., & Silva-Fortes, C. (2014). The hospital survey on patient safety culture in portuguese hospitals: Instrument validity and reliability. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 27(2), 111-122. doi: 10.1108/IJHCQA-07-2012-0072
- Faria, P. (2010). Perspetivas do Direito em Segurança do Doente com base na experiência norte-americana. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10,81-88. Acedido em <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/9-Perspectivas%20do%20Direito%20da%20Saude%20em%20Seguranca%20do%20Doente.pdf>
- Fernandes, A., Queirós, P. (2011). Cultura de Segurança da doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*; 3ª série: 4. Acedido em [http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832011000200004](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000200004)
- Fortin, M. (2009). Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação. Loures: Lusociência.
- Fragata, J. (2009). Gestão de Risco. In: *Governação dos Hospitais (1ªed.)*. Alfragide: Casa Das Letras.
- Fragata, J. (2010). A segurança dos doentes - Indicador de Qualidade em Saúde. Dossier: erro médico. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26 (6), 564-70.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes - Uma Abordagem Prática*. Lisboa: Lidel.
- Peralta, T. (2012). *Segurança do doente - Perspetiva dos profissionais de um hospital da região centro (Tese de mestrado não publicada)*, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal. Acedido em <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCkQFjAB&url=http%3A%2F%2Frepositorio.esenfc.pt%2Fprivate%2Findex.php%3Fprocess%3Ddownload%26id%3D24072%26code%3D327&ei=uf86VNzkBcHaarPKgugE&usq=AFQjCNGdd1N4pFOePieegqPOZr9R5asXvw&bvm=bv.77161500,d.d2s>
- Pimenta, L. (2013). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente e propostas de melhoria (Tese de mestrado não publicada)*, Universidade do Algarve, Algarve, Portugal. Acedido em: <http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/2929/1/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20cultura%20de%20seguran%C3%A7a%20do%20doente%20e%20propostas%20de%20melhoria.pdf>.
- Raimundo, H. (2012). *Relato de Erros de Medicação: Perceções dos Enfermeiros*

- (Dissertação de mestrado), Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu, Portugal. Acedido em <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1634/1/RAIMUNDO%20Hugo%20Alexandre%20Silva%20-%20Relato%20de%20erros%20de%20medica%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Saturno, P., García, E., Gama, Zenewton., Sousa, S., Oliveira, A., Miranda, Y., Ferreira, M. (2009). Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Acedido em: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis\\_cultura\\_SP\\_ambito\\_hospitalario.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf)
- Silva, E., Pedrosa, D., Leça, A., & Silva, D. (2016). Perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico. *Revista de Enfermagem Referência. Série IV, n.º 9, abr./mai./jun*): pp.87-95.
- Sorra J, Famolaro T, Dyer N, Nelson, D., Smith, S. (2012). Hospital Survey on Patient Safety Culture 2012 user comparative database report. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ Publication (12)0017. Acedido em <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2012/hospSurv121.pdf>
- Sujan, M. (2012). A novel tool for organisational learning and its impact on safety culture in a hospital dispensary. *Reliability Engineering & System Safety* (101), 21-34. Acedido em <http://wrap.warwick.ac.uk/55560/>
- World Health Organization. (2009). Global Priorities for Patient Safety Research - Better Knowledge for Safer Care. Acedido em [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598620\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598620_eng.pdf)