

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO (ORIGINAL)

Perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico

Health professionals' perceptions of pediatric patient safety culture

Percepción de los profesionales de la salud acerca de la cultura de seguridad del paciente pediátrico

Ernestina Maria Batoca Silva*, Dora Lúcia Lopes Pedrosa**,
Andrea Patrícia Correia de Leça***; Daniel Marques Silva****

Resumo

Enquadramento: A cultura de segurança de qualquer organização tem especial significado para os doentes, pagadores, gestores e prestadores de cuidados, sendo um fenómeno passível de ser avaliado nas várias dimensões que integra.

Objetivo: Avaliar a cultura de segurança do doente pediátrico percecionada pelos profissionais de saúde.

Metodologia: Estudo quantitativo de cariz descritivo. A amostra é não probabilística, constituída por 258 profissionais de saúde a exercer funções em serviços pediátricos e neonatais de 2 hospitais/centros hospitalares portugueses. O instrumento baseia-se no *Hospital Survey on Patient Safety Culture*.

Resultados: A maioria dos profissionais considera a segurança do doente boa ou muito boa. A dimensão Trabalho em Equipa destacou-se pela positiva, sendo o Apoio à Segurança do Doente pela Gestão e Resposta ao Erro não Punitiva consideradas problemáticas. Mais de 79% dos profissionais não notificou eventos/ocorrências nos últimos 12 meses.

Conclusão: Estes dados sugerem ser necessário investir numa cultura de segurança que promova a notificação voluntária e não punitiva do erro e incidentes adversos.

Palavras-chave: segurança do paciente; qualidade da assistência à saúde; erros médicos; serviços de saúde da criança

Abstract

Background: The safety culture of any organization holds special meaning for the patients, taxpayers, managers and care providers, and it is a phenomenon that can be assessed in its various dimensions.

Objective: To assess the health professionals' perceptions of the pediatric patient safety culture.

Methodology: A quantitative descriptive study was conducted using a non-probability sample of 258 health professionals working in pediatric and neonatal units of 2 Portuguese hospitals/hospital centers. The instrument is based on the *Hospital Survey on Patient Safety Culture*.

Results: Most professionals consider patient safety to be good or very good. The Teamwork Within Units dimension stood out positively, whereas Management Support for Patient Safety and Non-Punitive Response to Errors dimensions were considered problematic dimensions. More than 79% of the professionals did not report any events/occurrences in the 12 months prior to data collection.

Conclusion: These data suggest that it is necessary to invest in a safety culture that promotes voluntary and non-punitive reporting of errors and adverse events.

Keywords: patient safety; quality of health care; medical errors; child health services

* Ph.D., Professora, Escola Superior de Viseu, 3500-843, Viseu, Portugal [ernestinatoca@sapo.pt]. Contribuição no artigo: análise e discussão de dados, escrita do artigo. Morada para correspondência: Rua da Peça, nº 64, Esculca, 3500-843, Viseu, Portugal.

** Msc., Enfermeira, Saúde Infantil e Pediatria, Maternidade Daniel de Matos, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, 3030-165, Coimbra, Portugal [dora_pedrosa@hotmail.com]. Contribuição no artigo: pesquisa bibliográfica; recolha de dados; análise e discussão de dados; escrita do artigo.

*** Msc., Enfermeira, Saúde Infantil e Pediatria, Hospital Dr. Nélis Mendonça, RAM, 9004-514, Funchal [andrea.apel@gmail.com]. Contribuição no artigo: pesquisa bibliográfica, recolha de dados, análise e discussão de dados, escrita do artigo.

**** Ph.D., Professor Coordenador, Escola Superior de Viseu, 3500-843, Viseu, Portugal [dsilva.essv@gmail.com].

Resumen

Marco contextual: La cultura de seguridad de cualquier organización tiene un significado especial para los pacientes, pagadores, administradores y cuidadores, y es un fenómeno sujeto a ser evaluado en las diversas dimensiones que integra.

Objetivo: Evaluar la cultura de seguridad del paciente pediátrico percibida por los profesionales de la salud.

Metodología: Estudio cuantitativo de carácter descriptivo en una muestra no probabilística constituida por 258 profesionales de la salud de los servicios pediátricos y neonatales de 2 hospitales/centros hospitalarios portugueses. El instrumento se basa en la *Hospital Survey on Patient Safety Culture*.

Resultados: La mayoría de los profesionales considera que la seguridad de los usuarios es buena o muy buena. La dimensión Trabajo en Equipo destacó positivamente, mientras que el Apoyo a la Seguridad del Paciente por la Dirección y Respuesta al Error no Punitiva se consideraron problemáticas. Más del 79 % de los profesionales no notificó acontecimientos/incidentes en los últimos 12 meses.

Conclusión: Estos datos sugieren que es necesario invertir en la concepción de una cultura de seguridad que promueva la notificación voluntaria y no punitiva del error y de los acontecimientos adversos.

Palabras clave: seguridad del paciente; calidad de la atención de la salud; errores médicos; servicios de salud del niño

Recebido para publicação em: 05.02.15

Aceite para publicação em: 20.04.16

Introdução

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

Em Portugal não é conhecida a verdadeira dimensão nem as consequências das falhas de segurança associadas à prestação de cuidados de saúde. No entanto, estima-se que em cada 100 internamentos hospitalares, 10 se compliquem devido a um qualquer erro ou incidente. O risco é uma constante, no entanto, certas situações específicas detêm uma maior probabilidade de ocorrência de falhas de segurança, como é o caso do doente internado numa unidade de cuidados intensivos ou do doente em idade pediátrica (Fragata, 2011).

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

Perante a escassez de estudos sobre segurança do doente pediátrico e convintas que as crianças merecem uma atenção diferenciada, considerou-se pertinente desenvolver este trabalho, cujo objetivo é avaliar a cultura de segurança do doente pediátrico percecionada pelos profissionais de saúde. O estudo tem como finalidade sensibilizar os profissionais de saúde para a reflexão e adoção de uma cultura de segurança do doente pediátrico em prol da segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Enquadramento

A preocupação com a segurança no âmbito dos cuidados de saúde tem vindo a aumentar de forma progressiva, sendo atualmente considerada, por parte da comunidade internacional, um grave problema de saúde pública (Direcção-Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde, 2011).

Apesar de em Portugal não existirem dados precisos relativos ao número de doentes afetados por algum tipo de evento adverso consequente aos cuidados

de saúde recebidos, tendo por base os resultados de estudos internacionais, acredita-se que 10 em cada 100 internamentos hospitalares possam estar sujeitos a qualquer tipo de erro (Fragata, 2010). Esta informação não passa de uma estimativa, mas é inegável que o problema existe. Por esse motivo, o Ministério da Saúde tem vindo a demonstrar uma preocupação crescente com a segurança do doente, considerando esta área uma prioridade para a qualidade em saúde.

É importante salientar que a ausência de segurança do doente pode ter consequências a vários níveis, sendo os utilizadores de cuidados de saúde as primeiras vítimas. Felizmente, cerca de 2/3 de todas as falhas existentes não causam dano, 1/3 é responsável por danos ligeiros e apenas 5% provoca danos graves e irreversíveis (Fragata, 2010). Contudo, existem implicações a um nível mais abrangente que não devem ser negligenciadas, nomeadamente: perda de confiança nas organizações de saúde e respetivos profissionais; menor probabilidade de alcançar os resultados previstos/desejados; e o aumento de custos diretos e indiretos, com grande impacto na economia da saúde (Fragata, 2010).

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

A cultura de segurança de qualquer organização é um fenómeno complexo, de carácter multidimensional. Tendo em conta a abrangência do conceito, não existe consenso quanto às dimensões que integra e os aspetos a considerar para o seu desenvolvimento. No entanto, algumas características são recorrentes na literatura, nomeadamente: notificação de eventos adversos; visão sistémica do erro; aprendizagem em torno do erro; importância da comunicação; preocupação geral com a segurança; importância da liderança; trabalho em equipa; cuidados baseados em evidência e centrados no paciente; e a cultura *just*, na qual as pessoas não são punidas por cometerem erros,

apenas as violações são punidas (Stavrianopoulos, 2012).

É crucial reconhecer que todos os sistemas humanos estão sujeitos a erros e a sua inevitabilidade e probabilidade de ocorrência é diretamente proporcional à complexidade do próprio sistema (Fragata, 2010). O reconhecimento da inevitabilidade do erro deve ser aliado ao desenvolvimento de um sistema não punitivo de notificação e análise de eventos adversos, permitindo a identificação pró-ativa das ameaças latentes, desenvolvendo assim uma cultura de aprendizagem em detrimento da culpabilização (Paese & Sasso, 2013).

Apesar de escassos os estudos acerca da segurança do doente pediátrico, os dados obtidos são inquietantes. Acredita-se que as crianças, pela sua especificidade, são mais vulneráveis à ocorrência de eventos adversos durante o período de internamento hospitalar, comparativamente à população adulta. A grande variabilidade de idades das crianças internadas, com inerente diferença em termos de desenvolvimento, requer uma adaptação constante dos prestadores de cuidados.

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

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

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

Muething et al. (2012) salientam que os eventos adversos são comuns em crianças hospitalizadas,

levando ao aumento de dias de internamento, maior taxa de mortalidade intra-hospitalar e acréscimo no total de encargos.

Embora se considere que a cultura de segurança é uma variável que pode ser isolada, analisada e alvo de mudança, os estudos realizados neste âmbito em contexto pediátrico são praticamente inexistentes (Poley, Starre, Bos, Dijk, & Tibboel, 2011).

Questões de investigação

Que cultura de segurança do doente pediátrico é percecionada pelos profissionais de saúde?

Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo de cariz descritivo. A amostra é não probabilística, constituída por 258 profissionais de saúde (assistentes técnicos, assistentes operacionais, enfermeiros, médicos, técnicos de diagnóstico e terapêutica, técnicos superiores) de dois hospitais/centros hospitalares portugueses. A amostra no hospital 1 (H1) é composta por 167 elementos dos serviços de internamento pediátricos e neonatais e no hospital 2 (H2) por 91 profissionais de saúde que exercem funções nos serviços de internamento, urgência, cuidados intensivos pediátricos e neonatais.

O instrumento de colheita de dados utilizado foi um questionário auto-preenchido, que tem por base o *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, da *Agency for Healthcare Research and Quality* traduzido e validado para a população portuguesa (Eiras, Escoval, Grillo, & Silva-Fortes, 2014). São consideradas 12 dimensões da cultura de segurança do doente, nomeadamente: Trabalho em Equipa; Expectativas do Supervisor/Gestor e Ações que Promovam a Segurança do Doente; Apoio à Segurança pela Gestão; Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua; Perceções Gerais sobre a Segurança do Doente; *Feedback* e Comunicação Acerca do Erro; Abertura à Comunicação; Frequência da Notificação de Eventos; Trabalho entre as Unidades; Profissionais; Transições; e Resposta ao Erro Não Punitiva; bem como duas variáveis de item único: grau de segurança do doente e número de eventos/ocorrências notificadas nos últimos 12 meses.

Cada um dos itens que integra o questionário é pontuado numa escala de *Likert*, graduada de 1 a 5 pontos, onde 1 corresponde a *discordo fortemente* ou *nunca* e 5 corresponde a *concordo fortemente* ou *sempre*. Para proceder à análise e interpretação dos resultados, de acordo com as recomendações dos autores da escala original, procedeu-se à recodificação da escala de cinco para três níveis, em que 1 corresponde ao total de respostas negativas (integra o ponto 1 e 2 da escala anteriormente referida), o 2 corresponde a respostas neutras e o 3 diz respeito a respostas positivas (agregando o ponto 4 e 5).

Os resultados foram agrupados por dimensões, traduzindo a perceção dos profissionais através de um valor percentual de respostas positivas, neutras e negativas. A análise foi efetuada com base na frequência composta de respostas que traduz a percentagem de respostas positivas do conjunto dos itens da dimensão. Com base nestes valores é possível verificar quais os fatores e indicadores relativos à cultura de segurança do doente que se evidenciam fortes e quais os pontos fracos. Para classificar um fator como forte, foi tido em consideração o critério definido pela *Agency for Healthcare Research and Quality*, que corresponde a uma percentagem média de respostas positivas maior ou igual a 75%. Em sentido oposto, se a percentagem média de respostas positivas for igual ou inferior a 50%, entende-se que este fator ou área é fraca, sugerindo uma cultura de segurança com aspetos negativos e com necessidade de melhoria.

A validação de cada questionário teve em conta as recomendações dos autores, sendo excluídos os questionários que apresentaram: menos de metade dos itens preenchidos ao longo de todo o questionário; nenhuma secção completamente preenchida; e todos os itens preenchidos de igual modo (exceto na secção E).

A fiabilidade do questionário de avaliação da cultura de segurança foi estudada através da análise da consistência interna das suas dimensões. Os resultados da determinação do coeficiente *alfa de Cronbach* permitiu-nos constatar no H1 valores compreendidos entre 0,60 na dimensão Profissionais e 0,89 na dimensão Frequência de Notificação de Eventos, sendo 0,91 para a escala global. No H2 verificamos valores compreendidos entre 0,31 na dimensão Perceções Gerais sobre a Segurança do Doente e 0,85 na dimensão Frequência da Notificação de Erros, sendo 0,86 para a escala global.

Com base nos resultados apresentados, considera-se que no presente estudo o questionário evidenciou boa fiabilidade interna e que esta é semelhante à observada em estudos anteriores, nomeadamente nos desenvolvidos para a validação para o contexto sociocultural português.

Para o tratamento de dados utilizamos o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS®) na versão 22,0 e o nível de significância estabelecido foi de 5% ($p=0,05$).

No decurso do estudo foram tidos em conta os pressupostos éticos que lhe estão inerentes. Foi solicitada autorização à autora para utilização do instrumento de colheita de dados e efetuado um pedido formal dirigido aos presidentes dos conselhos de administração de cada um dos hospitais/centros hospitalares, que mereceu parecer favorável das Comissões de Ética. A equipa investigadora entregou aos enfermeiros chefes e diretores dos serviços o total de questionários correspondente ao número de profissionais. Após o preenchimento cada questionário foi colocado num envelope sem identificação, garantindo assim o anonimato dos profissionais de saúde. A participação dos inquiridos tem por base o seu consentimento e colaboração voluntária. A colheita de dados decorreu de junho a outubro de 2014.

Resultados

A amostra selecionada em ambas as unidades hospitalares é constituída maioritariamente por profissionais do sexo feminino (86,8% no H2 e 88,6% no H1). Verificou-se também que tanto no H1 como no H2, 64,7% e 67% dos inquiridos, respetivamente, eram enfermeiros. Praticamente todos os inquiridos (96,7% no H2 e 94% no H1) afirmaram que, no âmbito das suas funções, usualmente têm contacto direto com os doentes.

No que se refere ao tempo de experiência profissional no presente serviço/unidade, em pediatria e na instituição, constatamos que a maioria dos profissionais do H1 exercia funções em cada uma das áreas referidas há menos de 5 anos (em concreto 42,5%, 25,1% e 21,6%). Por outro lado, no H2, 30,8% dos inquiridos desempenham funções no presente serviço/unidade entre 3 e 7 anos, 31,9% trabalha em pediatria também entre 3 e 7 anos e 34,1% exerce funções na instituição há 8-12 anos.

Ao questionar os profissionais sobre a frequência de formação sobre segurança do doente e gestão do risco, 72,5% no H2 e 56,3% no H1 da totalidade dos inquiridos afirmaram já ter frequentado e 94,5% no H2 e 94% no H1 demonstraram interesse em realizar formação neste âmbito, caso surja oportunidade. Procurando dar resposta à questão de investigação Que cultura de segurança do doente pediátrico é percebida pelos profissionais de saúde?, analisando as 12 dimensões da cultura de segurança (Tabela 1), constatamos que a dimensão Trabalho em Equipa obteve em ambas as unidades hospitalares o resultado mais positivo do conjunto das 12 dimensões. Além desta, no H2, as dimensões Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua e *Feedback* e Comunicação Acerca do Erro obtiveram

uma percentagem média de respostas positivas superior a 75%, pelo que se consideram dimensões fortes (Figura 1). Em sentido oposto, as dimensões Apoio à Segurança do Doente pela Gestão e Resposta ao Erro não Punitiva são consideradas fracas pelos profissionais de saúde de ambas as unidades hospitalares. No H1 as dimensões Frequência de Notificação de Eventos e a dotação de Profissionais apresentaram igualmente uma percentagem média de respostas positivas ≤ 50%. Quanto às restantes dimensões avaliadas, apesar de não serem considerados pontos fracos, devem ser merecedoras de atenção a longo prazo para que um dia possam também ser consideradas aspetos fortes da instituição.

Tabela 1
Dimensões da cultura de segurança e respetiva abreviatura

Dimensões	
D1	Trabalho em Equipa
D2	Expectativas do Supervisor/Gestor e Acções que Promovam a Segurança do Doente
D3	Apoio à Segurança do Doente pela Gestão
D4	Aprendizagem Organizacional - Melhoria Contínua
D5	Perceções Gerais sobre a Segurança do Doente
D6	<i>Feedback</i> e Comunicação Acerca do Erro
D7	Abertura à Comunicação
D8	Frequência da Notificação de Erros
D9	Trabalho entre as Unidades
D10	Profissionais
D11	Transições
D12	Resposta ao Erro Não Punitiva

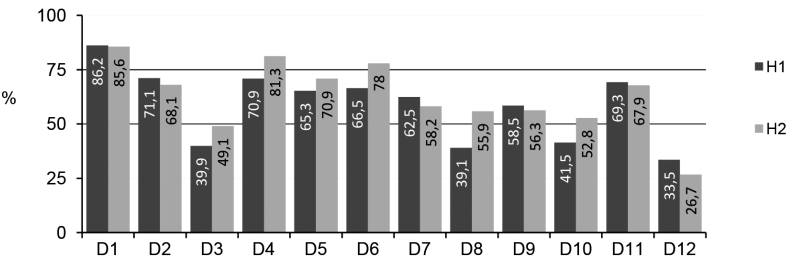


Figura 1. Percentagem média de respostas positivas atribuídas a cada uma das 12 dimensões da cultura de segurança avaliadas.

Analisando em específico o grau de segurança do doente atribuído pelos profissionais ao seu serviço, verificamos que a maioria dos inquiridos (68,9% da amostra do H1 e 58,2% dos profissionais do H2) a considerou muito boa.

Quanto à experiência de notificação, constatámos que mais de 79% dos profissionais do H1 e 84,6% do H2 não notificaram nenhum evento/ocorrência nos últimos 12 meses.

Discussão

Verificou-se que a maioria dos profissionais é do sexo feminino, o que seria expectável considerando o tradicional predomínio das mulheres na profissão de enfermagem que, por sua vez, é a classe profissional representada por um maior número de profissionais, tanto na amostra selecionada no H1 como no H2.

O grau de segurança do doente atribuído pelos profissionais ao seu serviço é muito positivo. No H1 verifica-se que 68,9% refere ser *muito boa* e que 12,6% considera mesmo que o seu serviço detém um grau de segurança que se pode denominar de *excelente*. Estes dados são significativamente melhores do que os apresentados por Peralta (2012), Sousa (2013) e Gomes (2012), onde 42,3%, 40,6% e 38,3% dos profissionais consideram que o serviço no qual trabalham detém uma segurança *aceitável*. No H2, o Grau de Segurança do Doente é percebido pela maioria dos profissionais (58,2%) como muito bom, à semelhança da grande parte dos estudos portugueses, nomeadamente, Direcção-Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde (2011) com 45%, Fernandes e Queirós (2011) com 46%, Gomes (2012) com 53%, Peralta (2012) com 51% e Pimenta (2013) com 60%.

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

Os resultados obtidos na dimensão Percepções Gerais Sobre a Segurança do Doente demonstram alguma concordância com a opinião respeitante ao grau de segurança do doente atribuído pelos profissionais ao seu serviço. Contrariamente aos resultados apresentados por Gomes (2012) e Sousa (2013), que não alcançaram os 50% de média de respostas positivas, os nossos resultados (70,9% no H2 e 65,3% no H1) são idênticos ao do estudo americano (63%) realizado por Mardon, Khanna, Sorra, Dyer, e Famolaro (2010). Uma das formas de direccionar a

atenção para a segurança é conhecer as percepções do clima de segurança. Estas mostram como os funcionários visualizam a segurança do doente com base na percepção que têm acerca do compromisso dos seus líderes para com a segurança, prioridade dada à segurança e divulgação de informações de segurança. Portanto, o simples facto da percepção dos profissionais acerca da segurança do doente ser positiva é um bom ponto de partida para a melhoria da segurança do doente.

De todas as dimensões avaliadas, os profissionais de saúde destacaram pela positiva o Trabalho em Equipa. Em todos os estudos consultados, esta dimensão evidencia-se das restantes (Mardon et al., 2010; Fernandes & Queirós, 2011; Direcção-Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde, 2011; Gomes, 2012; Peralta, 2012; Pimenta, 2013; Sousa, 2013), mas nenhum obteve uma percentagem tão elevada. O trabalho em equipa é essencial para a qualidade dos cuidados de saúde prestados uma vez que gera segurança, no sentido em que “reduz substancialmente tanto o número de erros como o potencial do erro para a gravidade da situação” (Fragata, 2010, p. 206). Relativamente às dimensões consideradas fracas, o Apoio à Segurança do Doente pela Gestão foi uma das dimensões que apresentou uma percentagem média de respostas positivas mais baixa. À semelhança do nosso estudo, vários investigadores portugueses obtiveram resultados inferiores a 50% de respostas positivas, nomeadamente, Sousa (2013) com 24%, Gomes (2012) com 28%, DGS (Direcção-Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde, 2011) com 48% e Fernandes e Queirós (2011), 44%.

Profit et al. (2012), num estudo realizado exclusivamente em unidades de cuidados intensivos neonatais, constataram também a noção de falta de apoio da gestão hospitalar. Estes resultados sugerem a necessidade da direcção hospitalar divulgar o que de facto tem sido desenvolvido em benefício da segurança e qualidade dos cuidados prestados. Apesar das restrições financeiras que atualmente condicionam a gestão de qualquer organização pública, acreditamos que têm sido desenvolvidos e implementados alguns projetos, mas talvez não estejam a ser convenientemente transmitidos aos profissionais.

O apoio à segurança do doente pela gestão é crucial, promove um clima de confiança e o sentimento de que se está a agir com base num propósito comum,

o que indubitavelmente influencia a motivação e a disponibilidade dos profissionais (Profit et al., 2012). No H1, contrariamente ao que se verifica no H2, a dotação de profissionais é também um aspeto percecionado como fraco (41,5%). A contratação de profissionais temporários não se evidencia um fator preocupante. No entanto, a maioria dos profissionais de saúde entende trabalhar mais horas por turno do que seria desejável e apenas 44,9% referem que existem meios humanos adequados para o trabalho exigido. Dado que a dotação de profissionais é, sem dúvida, um fator que em muito contribui para a segurança e qualidade dos cuidados prestados, é indispensável refletir sobre o assunto e procurar estratégias que possibilitem a resolução do problema. Mediante a análise dos dados colhidos no H1 e no H2, um outro fator que se revelou preocupante foi a notificação de incidentes. A Frequência de Notificação de Eventos é uma das dimensões avaliadas que apresenta uma percentagem média de respostas positivas mais baixa no H1 (39,1%), à semelhança dos estudos realizados por Peralta (2012), Sousa (2013) e Fernandes e Queirós (2011). Contrariamente a alguns dos resultados obtidos em Portugal, uma investigação efetuada nos Estados Unidos da América com uma amostra superior a 56 mil profissionais, apresenta uma percentagem significativamente superior para esta dimensão – 60% (Mardon et al., 2010). Em concordância com o que foi exposto anteriormente, constata-se ainda que a maioria dos profissionais de saúde inquiridos (79,6% no H1 e 84,6% no H2) não notificou nenhum evento/ocorrência nos últimos 12 meses.

Os estudos realizados por Fernandes e Queirós (2011), DGS (Direção-Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde, 2011), Gomes (2012), Peralta (2012), Sousa (2013) e Pimenta (2013) evidenciam também taxas de notificação baixas. Revelam que uma grande maioria dos respondentes não efetuou qualquer notificação nos 12 meses que antecederam a colheita de dados, correspondendo a 80%, 73%, 76,7%, 68,6%, 68,7% e 68% dos profissionais, respetivamente.

Estes dados vão ao encontro da informação providenciada pela DGS (Direção-Geral da Saúde, 2014), constatando-se apenas 190 notificações feitas por profissionais de saúde através do SNNIEA/NOTIFICA no primeiro semestre de 2014. Uma vez que a área da saúde, dada a sua elevada complexidade,

é suscetível à ocorrência de erros (Firas et al., 2014), acreditamos que estes valores não refletem a realidade nacional.

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

A Resposta ao Erro não Punitiva é, de entre todas as dimensões e à semelhança do que se observou em outros estudos (Mardon et al., 2010; Fernandes & Queirós, 2011; Direção-Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde, 2011; Gomes, 2012; Peralta, 2012; Pimenta, 2013; Sousa, 2013), a que se evidencia mais problemática (33,5% no H1 e 26,7% no H2). Os profissionais estão preocupados se os erros que cometem ficam registados no seu processo pessoal. Torna-se necessário, desta forma, transformar as mentalidades e, também, garantir o anonimato nas notificações de incidentes e eventos adversos, salvaguardando-se a segurança jurídica da informação e dos intervenientes (Sousa, 2013). Estes resultados sugerem a existência de uma cultura de culpabilização em detrimento de uma cultura *just*, que preconiza uma aprendizagem e aperfeiçoamento constantes em benefício da segurança do doente.

A existência de respostas punitivas e estigmatizantes contribui para a não notificação de incidentes que, por sua vez, leva a negligenciar informações valiosas sobre os erros, limita a sua análise e, consequentemente, a implementação de medidas corretivas. Apesar do estudo de Fragata (2010) concluir que cerca de 2/3 de todas as falhas existentes não causam dano, este fato não é suficiente para motivar a notificação e diminuir a carga punitiva que lhe está associada. É urgente investir nesta área. A mudança de mentalidades é um processo lento, mas possível. Deve fomentar-se a existência de um ambiente livre de culpa, até porque a existência de erros é inerente à condição humana. Cada um, independentemente da profissão, idade, experiência ou aptidão profissional, pode em algum momento cometer um erro. A chave é valorizar cada um dos incidentes, aprender com eles e utilizar esse conhecimento para minimizar a ocorrência de eventos futuros (Paese & Sasso, 2013).

Apesar de se proceder à análise por dimensão, não será difícil compreender que a cultura de segurança deve ser vista de uma forma integrativa, considerando

que as suas várias dimensões têm a capacidade de se influenciar mutuamente. Ao existir uma percepção de resposta punitiva ao erro é expectável que a taxa de notificação de incidentes e eventos adversos seja baixa.

Para promover a cultura de segurança, o investimento em formação profissional é determinante, aproveitando o facto da grande maioria dos profissionais inquiridos demonstrar interesse em frequentar formação sobre segurança e gestão do risco. Tendo por base a análise dos dados, sugere-se que numa fase inicial a atenção seja dirigida a questões relacionadas com o erro e a importância da notificação, incentivando a partilha de informação nos serviços. É fundamental formar, informar e desconstruir de forma gradual a ideia de culpabilização do erro.

Reconhecemos a existência de algumas limitações à realização deste estudo, pelo que é necessária prudência na sua interpretação e generalização. A primeira limitação prende-se com a escassez de estudos sobre cultura de segurança do doente pediátrico, o que dificultou a discussão dos resultados. Um outro aspeto não menos relevante relaciona-se com o tipo de amostragem e número de elementos, não existindo garantia de ser representativa da população, o que impossibilita a generalização dos resultados.

Conclusão

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

Perante o objetivo estabelecido para este trabalho, verificamos que a dimensão considerada mais forte é o Trabalho em Equipa, destacando-se inclusive dos resultados obtidos em outros estudos nacionais e internacionais. As dimensões Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua e *Feedback* e Comunicação Acerca do Erro são também consideradas pelos profissionais do H2 como aspetos fortes.

Mediante a análise dos dados, as dimensões tidas como mais fracas em ambas as unidades hospitalares são o Apoio à Segurança do Doente pela Gestão e

Resposta ao Erro não Punitiva, pelo que necessitam de intervenção prioritária.

Quanto ao grau de segurança do seu serviço, a maioria (81,5% no H1 e 64,8% no H2) entende que se situa entre o muito bom e o excelente, apesar de mais de 79% não ter notificado nenhum incidente nos 12 meses que precederam a colheita de dados.

A subnotificação é uma realidade nestas instituições, sendo transversal a muitos hospitais portugueses. Considerando a importância da notificação de incidentes no processo de aprendizagem em torno do erro, aleado à percepção negativa na dimensão Resposta ao Erro não Punitiva, verificamos que urge desenvolver uma política de segurança de doente que promova a notificação voluntária e não punitiva de todos os incidentes com consequente identificação das falhas ocorridas e implementação de estratégias corretivas, para que não voltem a repetir-se. Esse seria apenas o primeiro passo, investindo posteriormente em outras áreas, nomeadamente estudos sobre os danos provocados pelos erros e sua divulgação junto dos profissionais.

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

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

Referências bibliográficas

- American Academy of Pediatrics. (2011). Principles of pediatric patient safety: Reducing harm due to medical care. *Pediatrics*, 127(6), 1199-1212. doi: 10.1542/peds.2011-0967
- Direção-Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde. (2011). Avaliação da cultura de segurança do doente numa amostra de hospitais portugueses: Resultados do estudo piloto. Lisboa, Portugal: Autor.

- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Informação da Direção-Geral da Saúde n.º 002/2014 de 25/02/2014: Relatório de progresso de monitorização do SNNIEA 2013*. Lisboa, Portugal: Autor.
- 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 percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(4), 37-48. doi: 10.12707/RHII1040
- Fragata, J. (2010). A segurança dos doentes: Indicador de qualidade em saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26(6), 564-570.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos doentes: Uma abordagem prática*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Gomes, M. J. (2012). *Cultura de segurança do doente no bloco operatório* (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Mardon, R. E., Khanna, K., Sorra, J., Dyer, N., & Famolaro, T. (2010). Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events. *Journal of Patient Safety*, 6(4), 226-232. doi: 10.1097/PTS.0b013e3181fd1a00
- Muething, S., Goudie, A., Schoettker, P., Donnelly, P., Goodfriend, M., Bracke, T., . . . Kotagal, U. (2012). Quality improvement initiative to reduce serious safety events and improve patient safety culture. *Pediatrics*, 130(2), e423-e431. doi: 10.1542/peds.2011-3566
- Paese, F., & Sasso, G. T. (2013). Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, 22(2), 302-310. doi: 10.1590/S0104-07072013000200005
- Peralta, T. J. (2012). *Segurança do doente: Perspectivas dos profissionais de um hospital da região centro* (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Pimenta, L. C. (2013). *Avaliação da cultura de segurança do doente e propostas de melhoria* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa/Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve, Portugal.
- Poley, M. J., Starre, C., Bos, A., Dijk, M., & Tibboel, D. (2011). Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: An evaluation using the safety attitudes questionnaire. *Pediatric Critical Care Medicine*, 12(6), e310-e316. doi: 10.1097/PCC.0b013e318220afca
- Profit, J., Etchegaray, J., Peterson, L., Sexton, J., Hysong, S., Mei, M., & Thomas, E. (2012). The safety attitudes questionnaire as a tool for benchmarking safety culture in the NICU. *Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition*, 97(2), 127-132. doi: 10.1136/archdischild-2011-300612
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed., Vol. 2, pp. 1025-1060). Loures, Portugal: Lusociência.
- Sorra, J., & Dyer, N. (2010). Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research*, 10(199), 1-13. doi: 10.1186/1472-6963-10-199
- Sousa, A. M. (2013). *Avaliação da cultura de segurança do doente num centro hospitalar da região centro* (Dissertação de mestrado). Universidade de Coimbra, Portugal.
- Stavrianopoulos, T. (2012). The development of patient safety culture. *Health Science Journal*, 6(2), 201-211.
- Weaver, S. J., Lubomski, L. H., Wilson, R. F., Pfoh, E. R., Martinez, K. A., & Dy, S. M. (2013). Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: A systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 158(5 Part 2), 369-374. doi: 10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002

