UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho

Adaptação transcultural do *Safety Attitudes Questionnaire* para o Brasil- Questionário de Atitudes de Segurança

Ribeirão Preto

2011

Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho

Adaptação transcultural do *Safety Attitudes Questionnaire* para o Brasil - Questionário de Atitudes de Segurança

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Fundamentação Teórica, Metodológica e Tecnológica do Processo de Cuidar em Enfermagem.

Orientadora: Profª Drª Silvia Helena De Bortoli Cassiani.

Ribeirão Preto

2011

AUTORIZAÇÃO A REPRODUÇÃO E A DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catalogação da Publicação
Serviço de Documentação em Enfermagem
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Carvalho, Rhanna Emanuela Fontenele Lima de

Adaptação transcultural do *Safety Attitudes Questionnaire* para o Brasil - Questionário de Atitudes de Segurança. Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho; orientador Silvia Helena De Bortoli Cassiani. Ribeirão Preto, 2011.

158: Il.; 30 cm

Tese (Doutorado) Universidade de São Paulo, 2011.

1. Clima de Segurança. 2. Cultura de Segurança. 3. Segurança do Paciente. 4. Tradução (processo). 5. Validação dos testes. 6. Reprodutibilidade dos testes.

FOLHA DE APROVAÇÃO

CARVALHO, R. E. F. L. Adaptação transcultural do *Safety Attitudes Questionnaire* para o Brasil - Questionário de Atitudes de Segurança. Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa Enfermagem Fundamental.

Aprovado em: _____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____Instituição_____

Julgamento_____Assinatura_____

Prof. Dr. _____Instituição_____

Julgamento_____Assinatura_____

Prof. Dr. _____Instituição_____

Julgamento_____Assinatura_____

Prof. Dr. _____Instituição_____

Julgamento_____Assinatura_____

Prof. Dr. _____Instituição_____

Julgamento_____Assinatura_____

Prof. Dr. _____Instituição_____

Julgamento_____Assinatura_____

Dedicatória

*À **Deus**, pela sua infinita misericórdia,*

*À minha **mãe**, por ser presença na minha ausência,*

*Ao meu esposo **Heron**, pelo companheirismo, amor e amizade,*

*Ao meu filho **João Guilherme**, minha razão de viver.*

Agradecimentos

À **Professora Silvia Cassiani**, minha imensa gratidão pela orientação deste trabalho e por me proporcionar viver experiências que contribuíram com a minha formação profissional e humana.

Às minhas queridas amigas **Karine e Leila**, por compartilhar comigo todos os momentos desta trajetória.

A professora **Thelma Leite de Araujo**, pela amizade, incentivo e por ser esse exemplo na pesquisa e na arte de educar.

À **Mayara**, **Tanyse**, **Helaine Capucho**, **Nathália**, **Mariana Gonzaga**, **Valderina** e **Elizângela**, pela dedicação e responsabilidade na condução da coleta de dados desta pesquisa.

Aos **docentes e servidores** da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto pelo acolhimento e disponibilidade.

À **Organização Mundial da Saúde** (OMS) e **Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo** (FAPESP) pela concessão do financiamento que possibilitou a realização deste trabalho.

À **CAPES** pela concessão da bolsa de estudo.

À **Nittita**, secretária da OMS, pelas sugestões, sempre pertinentes.

Ao professor **Eric Thomas** da Universidade do Texas por permitir a utilização deste instrumento.

A **todos os profissionais** que participaram deste estudo, meus sinceros agradecimentos.

Este estudo foi financiado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pela FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo) e pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

RESUMO

CARVALHO, R.E.L. **Adaptação Transcultural do *Safety Attitudes Questionnaire* para o Brasil- Questionário de Atitudes de Segurança.** 2011. 158 f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu como prioridade o desenvolvimento de pesquisas baseadas em evidências científicas com melhores práticas voltadas para a segurança do paciente. Desde então, vários estudos surgiram com o objetivo de avaliar a cultura de segurança nas instituições de saúde, por meio de instrumentos de mensuração do clima de segurança. Dessa forma, o objetivo desse estudo foi realizar a adaptação transcultural do *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) - Short Form* 2006 para a língua portuguesa. O instrumento foi aplicado em seis hospitais de três regiões do Brasil, Nordeste, Sudeste e Centro- Oeste. Para a tradução e adaptação cultural do instrumento seguiu-se a proposta metodológica de Beaton et al (2002). A validade de conteúdo e face foi realizada pela análise dos juízes e pelo pré-teste. A validade de construto foi realizada pelas análises fatorial exploratória e confirmatória e comparação entre grupos. A análise da confiabilidade do instrumento foi realizada por meio da análise da consistência interna dos itens, através do coeficiente alfa de Cronbach. A amostra do estudo foi composta por 1301 profissionais das enfermarias clínicas e cirúrgicas dos seis hospitais. A aplicação do instrumento ocorreu nos meses de julho a outubro de 2010. O estudo foi aprovado pelos comitês de Ética em Pesquisa das seis instituições. A versão adaptada para a língua portuguesa do SAQ apresentou alfa de Cronbach total de 0,89. As correlações item-total entre os domínios foram consideradas de moderada a forte, com exceção do domínio Percepção do Estresse. A análise confirmatória mostrou que o ajuste do modelo final dos 41 itens foi considerado satisfatório. Na análise fatorial exploratória o item 14, que não pertence a nenhum domínio na escala original, foi alocado no domínio Percepção da Gerência e os itens 33, 34 e 35 foram alocados em um único domínio. Quanto ao método de comparação de grupos identificou-se diferença de médias estatisticamente significativa entre hospitais e tempo de atuação. Conclui-se, portanto que a versão adaptada do *Safety Attitudes Questionnaire* para o Português é considerada válida e confiável em nossa amostra.

Descritores: 1. Clima de Segurança. 2. Cultura de Segurança. 3. Segurança do Paciente. 4. Tradução (processo). 5. Validação dos testes.

ABSTRACT

CARVALHO, R. E. L. **Cross-Cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire for Brazil**, 2011. 158f. Thesis (Ph.D.). Nursing School of Ribeirao Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

In 2004, the World Health Organization (WHO) has defined as priority the development of evidence-based research with best practices for patient safety. Since then, several studies have begun to evaluate the safety culture in healthcare institutions, by means of instruments measuring the safety climate. Thus, the objective of this study was the cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) - Short Form 2006 for the Portuguese language. The instrument was applied in six hospitals in three regions of Brazil: Northeast, Southeast and Midwest. For the translation and cultural adaptation of the instrument followed the methodological approach of Beaton et al (2002). The face and content validity analysis was performed by judges and the pre-test. Construct validity was performed by exploratory and confirmatory factor analysis and method of comparison groups. Analysis of instrument reliability was performed by analyzing the internal consistency of items through the Cronbach coefficient. The study sample was comprised of 1,301 professionals in clinics and surgical wards of six hospitals. The application of the instrument occurred from July to October 2010. The study was approved by the Research Ethics Committee of six institutions. A version adapted to Portuguese SAQ showed Cronbach's alpha of 0.89. The item-total correlations between the domains were considered moderate to strong, except for domain Stress Recognition. The confirmatory analysis showed that the model fitting end of the 41 items was satisfactory. The exploratory factor analysis the item 14, which has no domain in the original scale, was allocated in the domain Perception of Management and items 33, 34 and 35 were allocated in a single component. The method of comparison groups were identified statistically significant average difference between hospitals and years specialty. We conclude that the SAQ Portuguese version was considered valid and reliable in our sample.

Descriptors: 1. Safety Climate. 2. Safety Culture. 3. Patient Safety. 4. Translation (process). 5. Validation of the tests.

RESUMEN

CARVALHO, R. E. L. **Adaptación transcultural del cuestionario Actitudes de Seguridad para Brasil-Seguridad Cuestionario de actitudes.** 2011. 158f. Tesis (Doctorado). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto de 2011

En 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido como prioridad el desarrollo de la investigación basada en la evidencia con las mejores prácticas para la seguridad del paciente. Desde entonces, varios estudios destinados a evaluar la cultura de seguridad en las instituciones de salud por medio de instrumentos de medición del clima de seguridad. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue la adaptación cultural del cuestionario Actitudes de Actitudes de Seguridad (SAQ) para la lengua portuguesa. El instrumento fue aplicado en seis hospitales en tres regiones del país: Noreste, Sureste y Centro-Oeste. Para la traducción y adaptación cultural de los instrumentos seguido el enfoque metodológico de Beaton et al (2002). El rostro y el análisis de la validez de contenido se llevó a cabo por los jueces y pre- test. La validez de constructo se realizó mediante análisis factorial exploratoria y confirmatoria y la comparación entre los grupos. Análisis de la fiabilidad del instrumento se realizó mediante el análisis de la consistencia interna de los elementos a través del coeficiente alfa de Cronbach. La muestra del estudio estuvo compuesta por 1.301 profesionales en las salas médicas y quirúrgicas. El instrumento se llevó a cabo entre julio y octubre de 2010. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de las seis instituciones. La versión adaptada de la SAQ para Brasil mostró alfa de Cronbach de 0,89. Las correlaciones ítem-total entre los dominios se consideran entre moderados y fuertes, a excepción de dominio de Estrés Percibido. El análisis confirmatorio mostró que el modelo de ajuste final de los 41 ítems fue satisfactorio. En el análisis factorial exploratorio mostró que el ítem 14, que no tiene dominio en la escala original, se asignó en el dominio de la Percepción de la Gestión y los ítems 33, 34 y 35 fueron incluidos en un solo dominio. El método de los grupos de comparación fue identificado diferencia de medias estadísticamente significativas entre los hospitales y la experiencia laboral. La fiabilidad reveló una cantidad adecuada de la consistencia interna, lo que demuestra que el instrumento posee una buena fiabilidad. Se concluye que la versión adaptada del Cuestionario de Actitudes de Seguridad al portugués se consideró válida y fiable en nuestra muestra.

Descriptores: 1. Clima de seguridad. 2. Cultura de Seguridad. 3. Seguridad del paciente. 4. Traducción (proceso). 5. Validación de las pruebas.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de Acidente Organizacional (adaptado por Vincent, Adams, Stanhope, 2000)..... 31

Figura 2 – Aspectos mensuráveis da cultura de segurança e suas respectivas técnicas de avaliação. Figura traduzida do modelo proposto por Neto, Barroso e Gonçalves (2009)..... 34

Figura 3 – Boxplot dos grupos relacionados ao gênero e o escore total do SAQ. Brasil, 2011..... 94

Figura 4 – Boxplot dos grupos relacionados ao nível de escolaridade e o escore total do SAQ. Brasil, 2011..... 94

Figura 5 – Boxplot dos hospitais do estudo e o escore total do SAQ. Brasil, 2011 95

Figura 6 – Boxplot do tempo de atuação dos profissionais do estudo e o escore total do SAQ. Brasil, 2011..... 95

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Domínios do *Safety Attitudes Questionnaire - Short Form*. Brasil, 2011 39

Quadro 2 – Itens do Questionário de Atitudes de Segurança modificados após sugestões dos juízes do estudo. Brasil, 2011 60

Quadro 3 – Índices de ajustes utilizados no estudo. Brasil, 2011 90

Quadro 4 – Índices da análise fatorial confirmatória do SAQ total e de cada domínio. Brasil, 2011 91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Resultados da aplicação do instrumento durante o pré – teste. Brasil, 2011 63

Tabela 2 – Gênero e tempo de atuação dos participantes do estudo nos seis hospitais, Brasil, 2011 66

Tabela 3 – Categoria profissinal dos participantes do estudo. Brasil, 2011 67

Tabela 4 – Freqüência de resposta da versão adaptada para o Brasil do *Safety Attitudes Questionnaire.* Brasil, 2011 70

Tabela 5 – Análise descritiva da versão adaptada para o Brasil do *Safety Attitudes Questionnaire.* Brasil, 2011 74

Tabela 6 – Análise descritiva por domínio da versão adaptada para o Brasil do *Safety Attitudes Questionnaire*. Brasil, 2011 78

Tabela 7 – Coeficiente de correlação de Pearson entre os domínios da versão adaptada para o Brasil do *Safety Attitudes Questionnaire*. Brasil, 2011 79

Tabela 8 – Coeficiente de correlação item-total, alfa de Cronbach se o item for retirado do domínio Clima de Trabalho em Equipe. Brasil, 2011 80

Tabela 9 – Coeficiente de correlação item-total, alfa de Cronbach se o item for retirado do domínio Clima de Segurança. Brasil, 2011 81

Tabela 10 – Coeficiente de correlação item-total, alfa de Cronbach se o item for retirado do domínio Satisfação no Trabalho. Brasil, 2011 82

Tabela 11 – Coeficiente de correlação item-total, alfa de Cronbach se o item for retirado do domínio Percepção do Estresse. Brasil, 2011 82

Tabela 12 – Coeficiente de correlação item-total, alfa de Cronbach se o item for retirado do domínio Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital. Brasil, 2011 83

Tabela 13 – Coeficiente de correlação item-total, alfa de Cronbach se o item for retirado do domínio Condições de Trabalho. Brasil, 2011 84

Tabela 14 – Efeito mínimo e máximo da versão adaptada para o português do *Safety Attitudes Questionnaire*. Brasil, 2011 86

Tabela 15 – Matriz de rotação Varimax dos componentes da versão adaptada do SAQ. Brasil, 2011 89

Tabela 16 – Descrição das médias, desvio padrão e p-valor por gênero, nível de escolaridade e hospitais. Brasil, 2011..... 92

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **16**

1 INTRODUÇÃO **21**

1.1 Cultura e Clima Organizacional 22

1.2 Cultura e Clima de Segurança 24

1.3 Modelos Teóricos de Cultura de Segurança 28

1.4 Avaliação da Cultura de Segurança 33

1.5 *Safety Attitudes Questionnaire - Short Form* 2006 38

2 ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO **41**

3 OBJETIVOS **46**

4 MATERIAL E MÉTODOS **48**

4.1 Tipo de estudo 49

4.2 Adaptação transcultural do *Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006* 49

4.3 Aplicação do Questionário de Atitudes de Segurança em uma amostra de profissionais .. 52

4.3.1 Casuística 53

4.3.2 Treinamento da equipe 53

4.3.3 Local da coleta de dados 54

4.3.4 Análise dos resultados 57

4.4 Procedimentos éticos 58

5 RESULTADOS 59

5.1 Tradução e validação do *Safety Attitudes Questionnaire* para o Brasil 60

5.2 Pré-Teste 62

5.3 Resultados relacionados à aplicação do instrumento 65

5.3.1 Perfil dos participantes do estudo 65

5.4 Estudo dos dados ausentes e respostas atípicas 68

5.5 Análise descritiva e avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Atitudes de Segurança 69

5.5.1 Análise da confiabilidade 77

5.5.2 Resultados da responsividade e validade de construto do Questionário de Atitudes de Segurança 85

5.5.2.1 Resultados relacionados a validade de construto 87

6 DISCUSSÃO 96

7 CONCLUSÃO 109

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 113

9 APÊNDICES E ANEXOS 124

Apresentação

Nas últimas décadas, a preocupação com a segurança no cuidado ao paciente tem se tornado assunto prioritário na área da saúde.

Recentemente, o termo segurança do paciente foi definido por Zambon, Daud-Gallotti, Novaes (2010) como a redução dos atos inseguros nos processos assistenciais e o uso de melhores práticas de forma a alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente.

A preocupação com a segurança do paciente se intensificou após a publicação do estudo *Adverse Drug Events Prevention*, o qual mostrou que 6,5% dos pacientes hospitalizados nos Estados Unidos haviam sofrido evento adverso por medicamento durante sua hospitalização, dos quais aproximadamente um terço (28%) eram previsíveis (LEAPE et al., 1995). Além de colocar a vida dos pacientes em risco, os eventos adversos aumentam o custo médio de hospitalização em US$ 4.700 dólares, representando um custo anual de 2,8 milhões de dólares para um hospital de 700 leitos (BATES et al., 1997).

Em 1999, o relatório *"To Err is Human"* publicado pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM) trouxe novamente à tona o assunto dos eventos adversos, resultando em maior atenção da mídia e dos profissionais de saúde. Esse relatório afirmou que cerca de 44.000 a 98.000 pessoas morriam todos os anos nos Estados Unidos, vítimas de iatrogenias médicas, e que 7.000 desses casos estavam relacionados aos erros com medicação (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Desde então, a preocupação com a segurança do paciente tem sido crescente. Em resposta a esse contexto, a *UK National Health Service*, *Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations*, *Agency for Healthcare Research and Quality* e o *U.S. National Quality Forum* propuseram que as instituições de saúde adotassem modelos de cultura de segurança. Esse interesse decorre de experiências positivas de outras indústrias (energia nuclear, aviação e aeroespacial) com a cultura de segurança e redução de riscos (NIEVRA; SORRA, 2003).

Na literatura, o termo cultura de segurança foi utilizado pela primeira vez pelo Grupo Consultivo Internacional em Segurança Nuclear (INSAG) ao publicar o relatório sobre o acidente nuclear de Chernobyl em 1986. A partir de então, o termo vem sendo utilizado por indústrias consideradas de alto risco (FLIN, 2006).

A Agência Internacional de Energia Nuclear (IAEA) (1991) define o termo cultura de segurança como um produto de valores, atitudes, percepções e competências, grupais e individuais, que determinam um padrão de comportamento e comprometimento com o gerenciamento de segurança da instituição.

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou diretrizes e estratégias para incentivar e divulgar, em diferentes países, práticas que garantissem a segurança do paciente, por meio do programa da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Esse programa definiu como área prioritária o desenvolvimento de pesquisas, baseadas em evidência científicas, com melhores práticas voltadas à segurança do paciente, assim como iniciativas de pesquisas de maior impacto nos problemas de segurança. Desde então, várias pesquisas surgiram com o objetivo de avaliar a cultura de segurança nas instituições de saúde por meio da aplicação de instrumentos de mensuração do clima de segurança (SCOTT, et al., 2003; GERSHON et al., 2004).

Wiegmann, Thaden e Gibbons (2007) conceituam clima de segurança como a medida temporal do estado da cultura de segurança da instituição e pode ser medido pelas percepções individuais sobre atitudes da organização quanto a cultura de segurança (WIEGMANN; THADEN; GIBBONS, 2007). Ainda, pode ser compreendido também como a percepção do profissional sobre atitudes e iniciativas de segurança em seu ambiente de trabalho (YULE; FLIN; MURDY, 2001).

A mensuração do clima de segurança nas instituições de saúde por meio de escalas é um método que vem sendo utilizado desde o início da década de 1980. Essa forma de mensuração do clima de segurança é uma ferramenta importante para avaliar a qualidade da assistência prestada ao paciente e pode ser realizada antes e após implementação de intervenções, tais como treinamento da equipe e atividades que possam minimizar o estresse dos profissionais.

Embora as escalas de avaliação da cultura de segurança sejam consideradas instrumentos importantes no processo de avaliação da qualidade do serviço prestado ao paciente, seus escores não podem ser interpretados isoladamente. Dessa forma, ao aplicar um instrumento de avaliação da cultura de segurança são necessários uma análise criteriosa da forma de organização de trabalho da instituição, uma avaliação de como os funcionários e gerentes entendem o conceito de cultura de segurança e uma prospecção de quais os seus valores e percepções que determinam o compromisso com a qualidade da assistência prestada ao cliente.

Estudos sobre cultura de segurança enfatizam que dentre os fatores que influenciam o clima de segurança os que apresentam maiores déficits e que necessitam ser trabalhados nas instituições de saúde são as falhas na própria estrutura organizacional, sobretudo as falhas de comunicação entre os membros da equipe, satisfação profissional e falta de treinamento dos profissionais (BOGNÁR et al., 2008). No entanto, uma estrutura organizacional que pro-

porcione uma assistência segura ao paciente, deve ser constantemente avaliada após a sua implementação. Para isso, várias organizações e pesquisadores construíram instrumentos capazes de avaliar a cultura de segurança em diversos níveis: por indivíduo, por equipe, por departamento e na instituição com um todo (HOFMANN; MARK, 2006).

Colaborando com o assunto, Colla et al. (2005) analisaram instrumentos de avaliação da cultura de segurança e identificaram que a maioria relacionam comportamentos seguros entre os profissionais de saúde com a diminuição de eventos adversos. Entretanto, dentre os instrumentos mais utilizados, somente dois têm associação positiva dos escores obtidos com a melhora nos resultados da assistência prestada aos pacientes: CSS- *Culture Safety Survey* e SAQ - *Safety Atitudes Questionnaire*. Ou seja, quanto maior foi o escore obtido na escala, menor foi o tempo de permanência do paciente na unidade e menor foi o número de infecções hospitalares (COLLA et al., 2005).

No entanto, Provonost e Sexton (2005) chamam a atenção quanto a importância da validade e confiabilidade desses instrumentos. É necessário que os pesquisadores se certifiquem da validade e fidedignidade da escala ou questionário antes da sua aplicação. Outro ponto importante é quanto ao contexto cultural no qual tais instrumentos são utilizados. Dessa forma, os autores recomendam que a adaptação cultural ao país ou cidade no qual vai ser aplicado é imprescindível antes da aplicação do instrumento.

Considerando tais recomendações, este estudo realiza a adaptação cultural do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) - *Short Form* 2006 para a língua portuguesa. Esse instrumento foi escolhido por apresentar boas propriedades psicométricas e por ser o instrumento de avaliação da cultura de segurança mais utilizado nos Estados Unidos, Reino Unido e Austrália. Trata-se de uma ferramenta importante para o fornecimento de informações sobre os fatores que precisam ser trabalhados dentro da instituição e que influenciam a cultura de segurança, tais como trabalho em equipe, satisfação profissional e condições de trabalho.

No entanto, o SAQ tem como língua de origem o inglês e para ser utilizado no Brasil é necessário que passe pelo processo de tradução e adaptação cultural para a realidade dos hospitais brasileiros. Dessa forma, para a validação do instrumento, adotou-se a proposta metodológica de Beaton et al. (2002). O instrumento foi aplicado aos profissionais médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas, fonoaudiólogos, auxiliares e técnicos de enfermagem, auxiliares de escritório e secretárias, técnicos de nutrição, radiologia e laboratório e o pessoal da limpeza, os quais atuam nas enfermarias clínicas e cirúrgicas de seis hospitais de três regiões do Brasil.

A apresentação do estudo foi dividida em sete capítulos, além das referências

bibliográficas, anexos e apêndices.

O capítulo primeiro introduz e contextualiza o assunto e aborda uma revisão bibliográfica sobre cultura e clima organizacional, cultura e clima de segurança, os principais modelos teóricos de cultura segurança, os métodos de avaliação da cultura de segurança, e por fim a apresentação do *Safety Attitudes Questionnaire*.

No capítulo segundo, são apresentados os assuntos relacionados a adaptação cultural e validação de instrumentos.

Nos capítulos terceiro e quarto, são apresentados os objetivos e o percurso metodológico do estudo.

Nos capítulos quinto e sexto, estão descritos os resultados e discussão do estudo.

No capítulo sétimo, são apresentadas as conclusões do estudo, assim como as dificuldades identificadas no decorrer do estudo.

1 Introdução

1.1 Cultura e Clima Organizacional

A organização surge de uma ação coordenada de um indivíduo ou de um grupo que atuam em um ambiente comum com o objetivo de atingir uma meta pré-determinada. As interações coordenadas dos diversos atores que compõem a organização tornam-na complexa e dinâmica. Assim, a organização é um ser vivo que está em constante movimento, ou seja, não é algo pronto ou acabado (LIMA; ALBANO, 2002).

Para que o organismo funcione adequadamente, é necessário que os diversos órgãos que o compõe trabalhem em sintonia. Dessa forma, o formato especial e único de cada organização é adquirido por meio da associação do conjunto de políticas administrativas e fatores individuais. Esses fatores influenciam as ações e a maneira como os profissionais agem e interagem dentro da organização e, consequentemente, colaboram com a formação da cultura e do clima organizacional.

Partindo do princípio que toda organização tem sua cultura própria, define-se cultura organizacional como um conjunto de crenças, valores, normas e expectativas que mantêm unidos os diferentes membros da organização (CROW; HARTMAN, 2002; NASSAR, 2000)

O autor que mais claramente conceituou cultura organizacional foi Edgar Schein em 1985. De acordo com esse autor, a cultura organizacional é definida por cinco propriedades formais: compartilhar suposições entre o grupo, compartilhar invenções e descobertas construídas pelo grupo, aprender a resolver problemas de adaptação interna e externa, trabalhar bem e ter resultados, ensinar aos novos membros do grupo a maneira correta de perceber, pensar e sentir em relação aos problemas. Nesse contexto, Edgar Schein define cultura organizacional como um conjunto de premissas básicas construídas por um grupo durante o processo de aprender e resolver seus problemas de adaptação interna e externa, com resultados positivos e válidos o suficiente para que sejam ensinados a novos membros (SCHEIN, 2004).

De acordo com Schein (2004), não é fácil mensurar e analisar a cultura organizacional. No entanto, todo o conjunto de fatores que compõem a cultura de uma organização deve ser continuamente observado, analisado e aperfeiçoado, dando ênfase aos indicadores culturais, tais como: perfil da gerência e dos funcionários, coerência entre a missão da organização e as atitudes e o clima organizacional. Enfim, os componentes que caracterizam a organização.

Dentre os indicadores culturais, o clima organizacional é considerado o fator mais propício à avaliação, pois pode ser analisado por meio da percepção dos profissionais quanto

à atmosfera organizacional (GONZÁLES-ROMÁ et al., 1999). O conjunto de características do clima organizacional é o que distingue uma organização de outra e influencia, diretamente e indiretamente, os comportamentos, a motivação, a produtividade e a satisfação dos profissionais.

Para Guldenmund (2000), o clima organizacional deriva naturalmente da cultura organizacional e caracteriza a atmosfera psicológica da instituição. O clima organizacional pode ser positivo ou negativo, sadio ou doentio, satisfatório ou insatisfatório, dependendo de como os profissionais o percebem. No entanto, todos, profissionais e instituição, são beneficiados por um clima organizacional positivo. A recíproca também é verdadeira, pois todos são prejudicados por um clima organizacional desfavorável (BITTAR, 2004). Uma instituição com um clima organizacional positivo é uma garantia de que a satisfação do seu cliente, interno e externo, é priorizada. Para a instituição, possuir profissionais satisfeitos com seu trabalho é garantia de menores taxas de acidentes, maior produção e melhores relações interpessoais. Quanto ao produto final, observam-se clientes satisfeitos e seguros quanto aos serviços prestados.

Sabe-se, portanto, que diferentes fatores estruturais e sociais podem influenciar na consolidação do clima organizacional positivo, tais como: políticas institucionais, metas da organização, regulamentos internos e atitudes e comportamentos que são estimulados ou sancionados.

No entanto, quando há necessidade de mudança do clima organizacional, percebe-se que as organizações devem ter como características a capacidade de inovação e a receptividade a novas idéias. Essas características são percebidas em organizações capazes de reagir de maneira flexível às modificações do ambiente, onde há integração entre os participantes e principalmente em organizações onde seus membros compartilham dos mesmos objetivos e consequentemente comportam-se como um todo.

Por fim, é com base nos conceitos sobre cultura e clima organizacional que surgem os principais conceitos sobre cultura e clima de segurança, os quais serão apresentados adiante.

1.2 Cultura e Clima de Segurança

O termo cultura de segurança foi publicado pela primeira vez na década de 1980 a partir do relatório técnico do acidente nuclear de *Chernobyl* (1986), cuja causa foi atribuída a uma falha na cultura de segurança da organização. Em seguida, relatórios de outros acidentes graves, tais como o *Piper Alpha* e *Kings Cross* também relacionaram falhas organizacionais, humanas e administrativas com falhas na cultura de segurança que resultaram nos acidentes (FLIN et al. 2000; IAEA,1986).

Após a divulgação desses relatórios, o Comitê Internacional de Segurança Nuclear (INSAG), (1988, p.1) conceituou cultura de segurança como:

> "Produto de valores, atitudes, percepções e competências individuais e grupais que determinam o compromisso e o estilo da instituição. Organizações com cultura de segurança positiva são caracterizadas por boa comunicação entre os profissionais, confiança mútua e percepções comuns sobre a importância de segurança e eficácia de ações preventivas."

Mais recentemente, Nieva e Sorra (2003, p.18) adaptaram esse conceito para o contexto das instituições de saúde com ênfase na segurança do paciente:

> "Produto de valores, atitudes, percepções e competências individuais e grupais que determinam o compromisso, estilo e a proficiência, quanto às questões de segurança do paciente em uma instituição de saúde"

A partir desse conceito, vários autores construíram suas definições de cultura de segurança (SHEIN, 2004; SCHNEIDER; GOLDSTIEIN; SMITH, 1995; HELMREICH et al., 1993). No entanto, diante da multiplicidade de definições, Clarke (2006) classificou-as em três grupos. O primeiro grupo inclui as definições relacionadas às atitudes, valores, crenças e práticas relativas à segurança. O segundo grupo trata das definições que abordam as percepções dos profissionais. O terceiro grupo é uma combinação das definições que compreendem as atitudes e as percepções dos profissionais sobre questões de segurança (CLARKE, 2006).

De acordo com o primeiro grupo, Shein (1992); Schneider, Goldstein e Smith (1995); Helmreich et al. (1993) conceituam cultura de segurança como um conjunto de valores, atitudes e práticas individuais e grupais que guiam o comportamento dos membros de um grupo.

Corroborando com o segundo grupo, Diaz-Cabrera, Hernández-Fernaud e Islã Díaz (2007) a consideram como as percepções partilhadas pelos profissionais sobre o ambiente de trabalho de uma instituição. Ainda, para Hale (2000), a cultura de segurança são as percepções e crenças partilhadas por um grupo que definem as atitudes relacionadas ao controle de risco.

O conceito sobre cultura de segurança é mais completo no último grupo, por considerar que surge como resultado da interação de atitudes, percepções individuais e grupais sobre as questões de segurança (ZOHAR, 2003).

Embora os conceitos sejam diferentes, percebe-se que há em comum o uso dos verbos cooperar, interagir e partilhar, o que significa que a essência da cultura de segurança está na colaboração mútua dos membros de toda a organização.

Até então, todos esses conceitos foram criados e aprimorados baseados na vasta literatura sobre cultura de segurança em indústrias consideradas de alto risco, tais como energia nuclear e aviação. Na área de saúde, há escassa literatura sobre cultura de segurança nas instituições hospitalares. Reason (1997) e Cooper (2000) consideram que a cultura de segurança na instituição hospitalar está relacionada também com a cooperação de ações individuais e grupais, com o objetivo de minimizar a ocorrência de danos ao paciente.

Será adotado neste estudo o conceito de cultura de segurança definido por Zohar (2003), por ser o mais completo e melhor adaptado para a área da saúde.

De acordo com Fleming (2005), a implementação da cultura de segurança nas instituições de saúde é o primeiro dos sete passos para estabelecer um ambiente seguro. Os demais passos são: estabelecer a segurança do paciente como objetivo para toda a instituição, integrar as atividades de gestão de risco, promover a comunicação entre os membros da equipe, desenvolver maneiras de comunicação com os pacientes e ouvi-los, aprender e compartilhar lições de segurança e implementar soluções para evitar danos ao paciente.

Para melhorar a segurança do paciente, é imprescindível implementar uma política institucional de cultura de segurança, embora seja um dos mais difíceis passos para uma instituição. Inicialmente, para que essa mudança ocorra, é essencial o levantamento dos fatores organizacionais que impedem a formação de uma cultura de segurança. Nesse sentido, o clima

de segurança da organização fornece informações importantes sobre o estado de segurança de um determinado grupo de trabalho ou da organização com um todo.

Na literatura, os termos cultura de segurança e clima de segurança surgem freqüentemente como sinônimos (COX; FLIN, 1998). A principal característica que os diferencia é que o segundo é a medida temporal do primeiro e pode ser avaliado por meio da percepção dos profissionais quanto a cultura de segurança de sua instituição. Zohar (1980) e Flin et al. (2000) definem o clima de segurança como um conjunto de crenças e percepções dos trabalhadores sobre a segurança no local de trabalho. No presente estudo, será adotado o conceito de clima de segurança elaborado por Sexton et al. (2006), no qual afirmam que o clima é o componente mensurável da cultura de segurança e pode ser avaliado por meio da percepção dos profissionais, uma vez que atitudes e valores são mais difíceis de serem avaliados.

Vale salientar que, nas indústrias de petróleo e energia nuclear, a percepção positiva do clima de segurança está associada com a diminuição de acidentes envolvendo os trabalhadores. Na área de saúde, o clima de segurança positivo está associado com a adoção de comportamentos seguros e diminuição de eventos adversos, diretamente relacionados com a segurança do paciente (GERSHON et al., 2004). Para o Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM) (1999), trabalhadores "seguros" implicam em pacientes "seguros".

Nesse sentido, estudo de revisão desenvolvido por Flin et al. (2000) identificou os principais fatores que estão diretamente associados à adoção de comportamentos seguros e, consequentemente, à diminuição de eventos adversos. Atitudes da gerência quanto às questões de segurança, presença de políticas de prevenção de riscos e a pressão no ambiente de trabalho, foram os três principais fatores associados a tais eventos. Com o mesmo objetivo, Glendon e Stanton (2000) investigaram os principais fatores associados com eventos adversos e encontraram: falha na investigação de acidentes, comunicação e treinamento insuficientes e carência de políticas de prevenção de riscos.

Kudo et al.(2008) em uma análise do clima de segurança em instituições de saúde japonesas, concluíram que as atitudes da administração quanto à segurança e quanto à comunicação entre os membros da equipe foram os fatores mais relevantes nessa análise. Identificaram ainda, quatro fatores que estão diretamente associados ao clima de segurança negativo entre profissionais de enfermagem japoneses, os quais são: fadiga, condições de trabalho do enfermeiro, ausência de supervisão de enfermagem e comunicação deficiente entre enfermeiros e médicos. Todos esses elementos influenciam na motivação dos profissionais, dimensão essencial para a garantia de uma assistência segura.

Percebe-se, portanto, que um elevado nível de comprometimento da gerência e dos profissionais da instituição, bem como um forte espírito de coesão entre os diversos departamentos, são fatores imprescindíveis para a concepção de uma cultura que tem como principal objetivo a garantia de uma assistência segura tanto para o profissional que a realiza como para o paciente que a recebe.

Por fim, antes da implementação da cultura de segurança, é de fundamental importância a escolha de um modelo teórico adequado para guiar todo o processo de modificação de cultura, desde sua implementação até a escolha dos métodos mais adequados de avaliação. Dessa forma, serão apresentados a seguir os principais modelos teóricos que fundamentam a implantação da cultura de segurança, bem como os métodos para a sua análise.

1.3 Modelos Teóricos da Cultura de Segurança

Nas últimas décadas, várias são as tentativas de desenvolvimento de um modelo teórico que fundamente a implementação da cultura de segurança.

A maioria dos modelos que existem na literatura foram baseados no modelo de cultura organizacional proposto por Schein (2004). Esse modelo está fundamentado em três níveis: o nível superficial, composto pelos padrões de comportamentos e artefatos; nível intermediário, composto pelas crenças e valores; e o nível mais profundo ou núcleo, composto pelas crenças e pressupostos básicos. Guldenmund (2000), baseado no Modelo de Schein (1992), analisou a cultura de segurança em três níveis, no qual cada nível pode ser considerado separadamente ou em conjunto. O primeiro nível é a **Camada Externa,** que corresponde a manifestações superficiais de Schein (2004). É composta pelos artefatos que são visíveis, porém difíceis de compreender, como, por exemplo, declarações, reuniões, relatórios de inspeção e pôsteres. O segundo nível, ou **Camada Intermediária,** corresponde ao nível intermediário do Modelo de Schein (2004). Compreende valores e atitudes compartilhadas entre os indivíduos. O autor inclui nessa camada o *hardware*, o *software*, as pessoas e os riscos, os quais são relativamente explícitos e conscientes. O terceiro e último nível é o **Núcleo**, que corresponde ao nível mais profundo descrito por Schein (2004). Compreende pressupostos básicos considerando o tempo, o espaço, a natureza, a atividade e relações humanas, as quais estão preponderantemente implícitas e devem ser deduzidas por meio dos artefatos e valores compartilhados, assim como pela observação.

Colaborando com o assunto, Geller (1997) propôs o Modelo de Segurança Total (*Total Safety Culture* - TSC), baseando-se na abordagem comportamental para segurança. Geller (1997) conceituou Cultura de Segurança Total como um ambiente onde todos se sentem responsáveis pela segurança e perseguem-na diariamente. Esse comportamento vai além de fazer apenas o estritamente especificado para identificar as condições e comportamentos inseguros, mas também compreende ações de intervenções para corrigi-los. As práticas de trabalho seguro são apoiadas pelo *feedback* estimulante realizado pelos pares e gerentes.

Ainda, Geller (1997) salienta que ações seguras estão fundamentadas na interação dinâmica entre três conjuntos de fatores: ambientais, comportamentais e pessoais. Os fatores ambientais são constituídos pelos equipamentos, ferramentas, máquinas, limpeza/organização e temperatura. Os fatores comportamentais incluem as práticas seguras e inseguras no traba-

lho, a comunicação, o treinamento e a preocupação com a segurança. Os fatores pessoais incluem os conhecimentos, as habilidades, a inteligência, as atitudes e as crenças de cada indivíduo.

Embora ainda não exista o modelo ideal de cultura de segurança, é consenso na literatura que existe uma dinâmica recíproca entre os fatores psicológicos, comportamentais e situacionais como fundamentos da cultura de segurança.

Nesse sentido, Cooper (2000) desenvolveu um modelo abrangente de cultura de segurança baseado no Modelo do Determinismo Recíproco de Bandura (1986). De acordo com esse modelo, a cultura de segurança é o produto de interações entre os fatores psicológicos, comportamentais e situacionais. Os fatores psicológicos e pessoais estão relacionados às atitudes e às percepções dos trabalhadores, e podem ser avaliados por meio de questionários. A comunicação entre os membros da equipe e os comportamentos relacionados à segurança são os fatores comportamentais. Esses podem ser avaliados por meio de pesquisas observacionais. Por fim, os fatores situacionais, como o ambiente, o maquinário, ferramentas, a temperatura e a iluminação, podem ser avaliados por meio de auditorias. Esse modelo reflete a natureza dinâmica da cultura de segurança, assim como enfatiza a inter-relação entre os três fatores.

Outro modelo de cultura de segurança que fundamenta várias pesquisas sobre a causa de acidentes é o Modelo da Cultura Informada (*Informed Culture*) de James Reason (1990). Esse autor enfatiza que a cultura de segurança apresenta três características: a primeira é uma **cultura justa**, na qual as pessoas percebem quais são as diferenças entre o comportamento aceitável e o inaceitável. O autor orienta que não haja punições ao cometer erros, mas violações de regras não podem ser toleradas. A segunda característica é a **cultura de relato**, ou seja, as pessoas devem ser encorajadas a falarem sobre os erros e relatá-los. O sistema de registro deve ser confidencial, para que as pessoas sintam-se seguras em fazê-lo. Um sistema de registros que assegura a confidencialidade ajuda o desenvolvimento da confiança entre trabalhadores e gerentes. Vale salientar que os registros devem ser fáceis de serem criados e fornecer *feedback* útil e em tempo adequado. Finalmente, a terceira característica é uma **cultura de aprendizagem**, no qual todos estejam dispostos a aprender com os erros cometidos, conhecer as causas, investigar as falhas do sistema e implementar soluções (REASON, 2004).

A análise dos acidentes de *Chernobyl* e *Piper Alpha* (LEE, 1998) foram exemplos práticos de avaliação de cultura de segurança tendo como base o modelo de Reason. De acordo com o relatório publicado sobre as causas do acidente, as ações humanas foram

decisivas para ocorrência do desastre devido a uma série de violações realizadas pelos profissionais, associadas a falhas latentes (REASON, 2008).

Considerando que as instituições de saúde são empresas de alto risco, bem como o caráter multifatorial das falhas em segurança, o Modelo de Reason tem sido o modelo de avaliação de cultura de segurança mais adaptado para o cenário da saúde (VINCENT, ADAMS, STANHOPE, 1998). Esse modelo é facilmente entendido quando explicado à luz do Modelo do Queijo Suíço. O queijo suíço possui diversos furos e o modelo faz uma analogia das barreiras necessárias para evitar as injúrias ao paciente com as fatias do queijo cheias de "falhas" ou de "buracos". De acordo com o modelo, para a ocorrência de um evento é necessário o alinhamento de diversos "buracos" como, por exemplo, falhas de gerenciamento, descuido dos profissionais, comportamentos inseguros, entre outros.

Em uma organização, de acordo com o Modelo do Queijo Suíço, todas as medidas de proteção podem ser representadas por um conjunto de camadas ligadas entre si, por ordem de prioridade, impossibilitando a passagem da "trajetória" que leva ao evento. Essas camadas defensivas, numa situação real, apresentam "aberturas", ou seja, as falhas humanas ou gerenciais que se encontram num fluxo contínuo.

Assim como os outros modelos de avaliação de cultura de segurança, o Modelo de Reason considera não somente os indivíduos envolvidos nos eventos, mas também as condições de trabalho, falhas latentes e falhas ativas. Segundo esse autor, os eventos acontecem como consequência de dois tipos de falhas: latentes e ativas. As falhas latentes estão associadas às decisões gerenciais e ao processo organizacional da instituição, e contribuem de forma significativa para que os erros ativos se manifestem, tornando-se evidentes quando se combinam com outros fatores. As falhas ativas estão associadas com ações inseguras individuais, e tem efeito imediatamente adverso, tais como: omissões, lapsos, falhas da memória e violação de regras.

Baseado no Modelo de Causa de Acidentes Organizacionais de James Reason (FIGURA 2), Vincent, Adams e Stanhope (1998) desenvolveram um modelo também adaptado para o cenário da saúde. Esse modelo foi desenvolvido como mais uma ferramenta para auxiliar a compreensão dos vários fatores envolvidos na gênese dos eventos adversos e para identificar os métodos de prevenção.

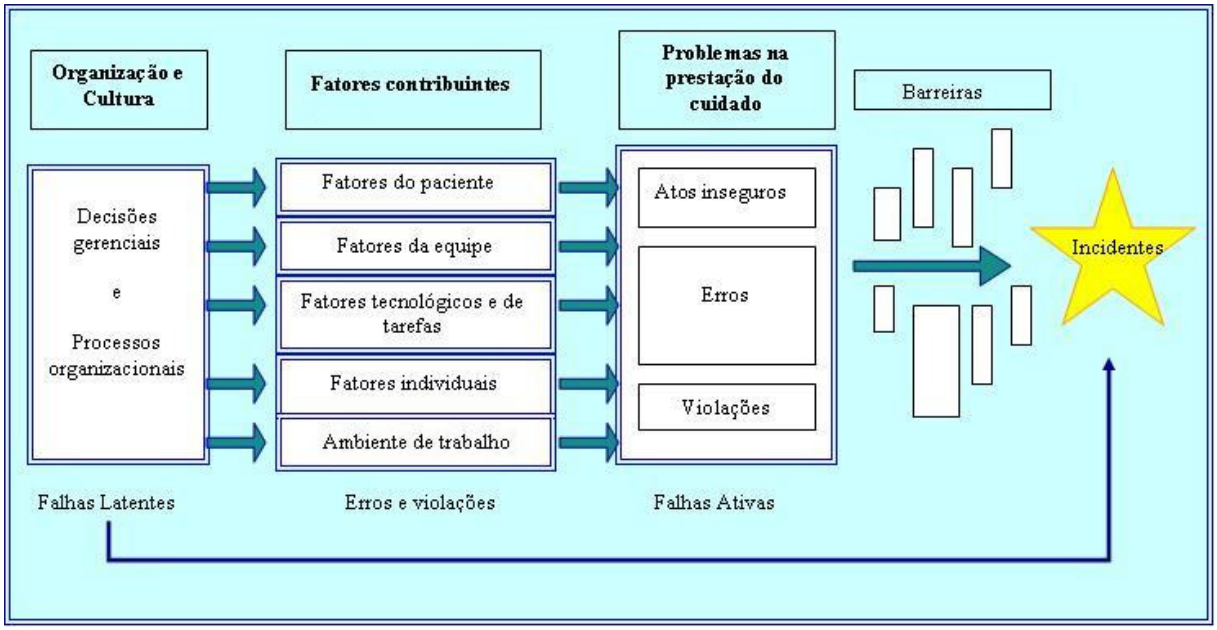

Figura 1 – Modelo de Acidente Organizacional de Reason (adaptado por Vincent, Adams e Stanhope, 1998).

Comparando o Modelo do Queijo Suiço com o Modelo de Vincent, Adams, Stanhope (1998), observa-se que as falhas latentes e ativas estão relacionadas aos mesmos fatores, tais como: decisões gerenciais, atos inseguros e violações de regras. No entanto, Vincent, Adams, Stanhope (1998) incorporam ao modelo outros fatores, os quais nomeiam como fatores contribuintes. Esses fatores são componentes importantes no cenário da saúde e influenciam a prática clínica, tais como: características dos pacientes, trabalho em equipe, fatores organizacionais, ambiente de trabalho e fatores individuais dos profissionais da equipe.

No Modelo de Vincent, Adams, Stanhope (1998) os fatores contribuintes estão apresentados em ordem de importância. Segundo esses autores, os fatores relacionados ao paciente são as condições de saúde, personalidade e fatores sociais do paciente, assim como a qualidade da comunicação da equipe com o mesmo. Os fatores relacionados à equipe são a comunicação verbal e escrita, a supervisão e treinamento de novos membros, e a estrutura da equipe, que deve ser multiprofissional. Os fatores tecnológicos e de tarefas estão relacionados com a capacidade dos profissionais em usar protocolos, bem como testar e validar resultados na prática clínica. Segundo os autores, tais fatores afetam diretamente a qualidade do cuidado.

Os fatores individuais dos profissionais, tais como motivação, conhecimentos, habilidades e saúde física e mental também assumem papel importante na hierarquia dos fatores contribuintes para os eventos adversos. Por último, os fatores relacionados ao ambiente de trabalho relacionam-se com a carga de trabalho, quantitativo de pessoal e combinação de

competências, disponibilidade e manutenção de equipamentos e apoio administrativo e de gestão.

Foi com base nesse modelo que o Dr Eric Thomas e sua equipe, pesquisadores do Centro de Excelência para Segurança do Paciente, da Universidade do Texas (UTH), desenvolveram o *Safety Attitudes Questionnaire - Short Form* 2006, instrumento que será utilizado neste estudo (SEXTON et al., 2006). Esse instrumento é uma ferramenta importante de análise de falhas latentes e fatores contribuintes, ou seja, falhas que não são perceptíveis visualmente mas que podem contribuir para ocorrência de eventos adversos com o paciente.

Após a apresentação dos principais modelos que fundamentam a implementação da cultura de segurança, serão apresentados a seguir os aspectos mensuráveis da cultura de segurança e os seus principais métodos de avaliação.

1.4 Avaliação de Cultura de Segurança

De acordo com a literatura (DENISON, 1996; MEARNS et al.,1998; ASHKANASY; BROADFOOT; FALKUS, 2000), a avaliação da cultura de segurança pode ser baseada na análise das atitudes e percepção de segurança dos profissionais, quanto aos seus fatores comportamentais e ambientais. Além disso, a avaliação da cultura de segurança pode ser classificada quanto à metodologia utilizada: qualitativa ou quantitativa.

Para Cooper (2000), estudos que avaliam atitudes e percepções podem ser realizados por meio de questionários, entrevistas, grupos focais e técnicas projetivas. A avaliação desses fatores fornece informações úteis quanto às questões de segurança, tais como: o comprometimento da gerência quanto a segurança e a relação da percepção de segurança dos funcionários com as taxas de acidente de trabalho.

Fatores comportamentais podem ser avaliados por meio da observação direta, avaliação retrospectiva de risco, procedimentos operacionais padrões e discussões em grupo (COOPER, 2000). Para avaliação desses fatores, é construída uma lista de comportamentos considerados "seguros" pelos profissionais e a partir daí é realizado um estudo observacional onde esses comportamentos podem ser observados durante o estudo. Após a fase de observação, os resultados são analisados e discutidos com os profissionais e gerentes. Estudos com essa abordagem permitem o registro dos fatores que influenciam ou sofrem influência no processo, tais como relações interpessoais e comportamento dos que trabalham no processo, e possibilita a identificação de pontos críticos além de completar o levantamento realizado por outras técnicas.

Os fatores ambientais, ou seja, a interferência dos fatores ambientais no local de trabalho, tais como luz, ruídos e calor podem ser avaliados por meio de auditorias, análise da política organizacional e a análise na documentação da instituição.

Tendo como base o modelo de avaliação de Cooper (2000), Neto, Barroso e Gonçalves (2009) construíram uma figura relacionando os aspectos mensuráveis na avaliação da cultura de segurança com suas respectivas técnicas de avaliação (FIGURA 1)

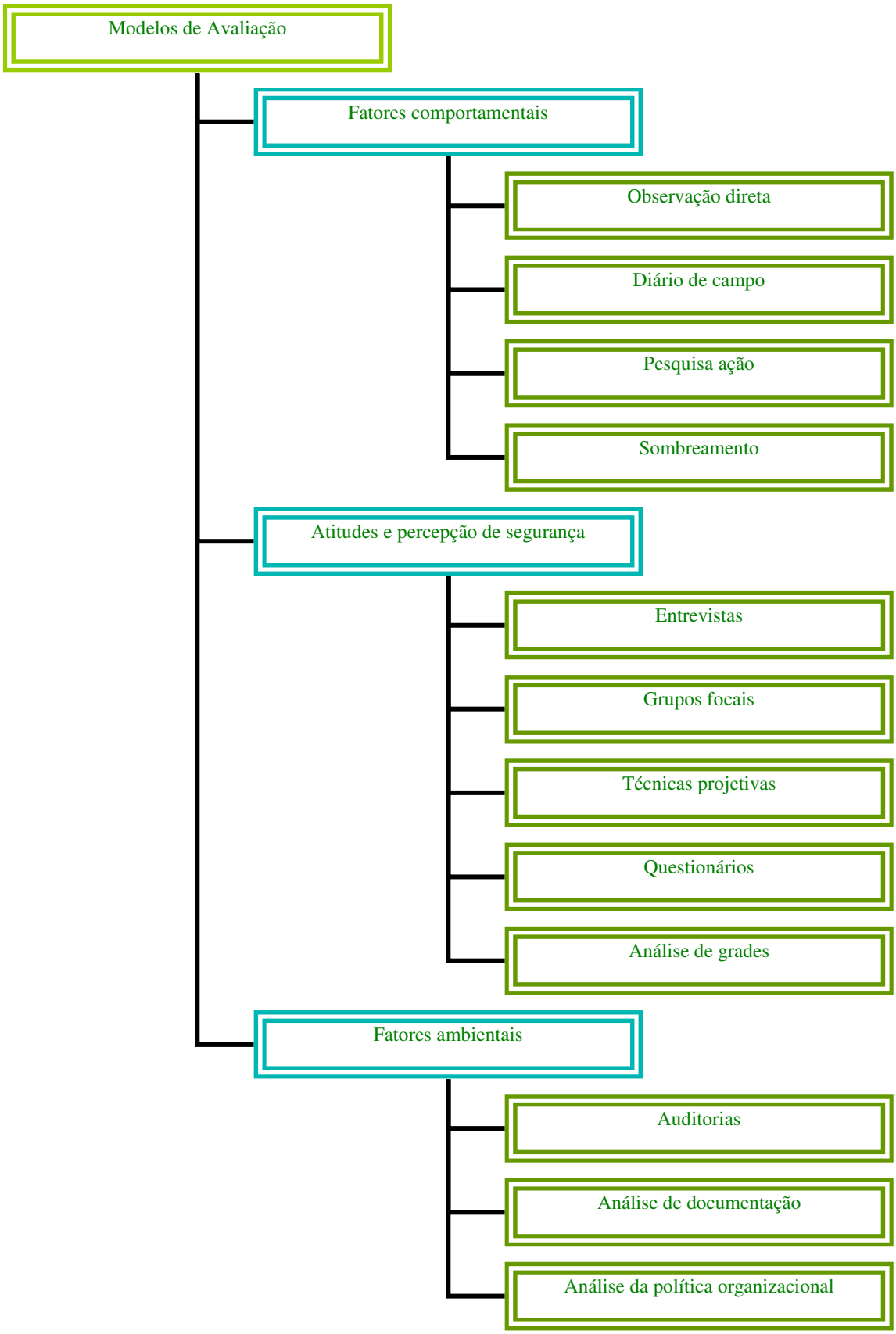

Figura 2 – Aspectos mensuráveis da cultura de segurança e suas respectivas técnicas de avaliação. Figura traduzida do modelo proposto por Neto, Barroso e Gonçalves (2009).

Além dos três fatores mensuráveis, os estudos de avaliação da cultura de segurança podem ser classificados de acordo com sua metodologia.

De acordo com Yule (2003) a metodologia de avaliação da cultura de segurança pode ser classificada em dois tipos: qualitativas e quantitativas. Quanto aos métodos qualitativos de avaliação, grupos focais, observação e estudos de caso são as técnicas mais utilizadas. O autor revela que essas metodologias têm como principal vantagem a liberdade de expressão dos investigados e o contato direto com os pesquisadores, além de permitirem captar detalhes que não seriam possíveis de serem captados no método quantitativo de avaliação (YULE, 2003).

As técnicas quantitativas são as mais utilizadas e compreendem entrevistas, formulários e questionários. Embora a tentativa de avaliação numérica da cultura de segurança seja um método rápido e simples, é bastante questionado por especialistas na área, por acreditarem que aspectos da cultura de segurança não podem ser mensuráveis (GULDENMUND, 2000).

Parece haver consenso entre os pesquisadores de que tanto métodos qualitativos como quantitativos têm potencial único para avaliação da cultura de segurança e a combinação de métodos permite uma compreensão abrangente da cultura de segurança. No entanto, abordagens quantitativas, especialmente os questionários, são muitas vezes mais práticas, em termos de tempo e de custo-efetividade (WREATHALL, 1995). Consequentemente, tais instrumentos têm sido amplamente utilizados para avaliar a percepção de segurança dos profissionais de instituições consideradas de alto risco, por meio do clima de segurança, aspecto mensurável da cultura de segurança.

A primeira mensuração quantitativa da cultura de segurança, por meio da avaliação do clima de segurança, surgiu na década de 80 com um modelo proposto por Zohar (1980). Para a construção do primeiro instrumento de avaliação da cultura de segurança, o autor baseou-se em uma extensa revisão na literatura que identificou diferentes características entre instituições que apresentavam altos e baixos índices de acidentes de trabalho. A cultura de segurança foi avaliada por uma série de perguntas sobre crenças, valores, atitudes e percepções ao longo de várias dimensões consideradas importantes para o desenvolvimento da cultura de segurança.

A partir de então, inúmeras pesquisas de avaliação de cultura de segurança foram desenvolvidas, com particular atenção para pesquisas que avaliam a percepção dos profissionais sobre o clima de segurança da instituição, por meio de questionários. Essas pesquisas permitem diagnosticar fatores importantes que impedem a implementação da cultura de segu-

rança, levantam indicadores da eficácia de programas de segurança, além de fornecer um prognóstico do comportamento dos trabalhadores por meio da sua percepção sobre o clima seguro da instituição. De acordo com Bispo (2006), a percepção dos membros de uma instituição em relação a diferentes aspectos do clima de segurança é uma ferramenta importante para a análise da cultura da organização.

Na área da saúde, os resultados de pesquisas sobre questões de segurança possuem objetivos diferentes em relação a outras instituições consideradas de alto risco. Nas instituições de saúde, resultados positivos quanto às questões de segurança refletem não somente na diminuição de acidentes envolvendo funcionários, mas também na garantia de uma assistência livre de danos ao paciente.

Nesse contexto, Flin et al. (2006) discutem as principais diferenças entre avaliação da cultura de segurança nas instituições de saúde e em outras instituições. Os autores observaram que os instrumentos utilizados na área da saúde apresentam fatores mais específicos, além dos fatores estudados em outras áreas, tais como: comunicação entre os membros da equipe, satisfação no trabalho, treinamento, trabalho em equipe, carga de trabalho e atitudes seguras dos profissionais. Essa especificidade é atribuída a estrutura organizacional das instituições de saúde, onde cada área/subárea apresenta dinâmica própria e pode ser avaliada individualmente. Salientam ainda que algumas questões nas instituições de saúde são difíceis de serem avaliadas, tais como o relacionamento dos profissionais com a gerência e a dificuldade de determinadas classes de profissionais em aceitarem participar desse tipo de pesquisa.

Embora ainda incipientes, as pesquisas para a promoção de uma cultura de segurança, inclui-se as de avaliação da cultura de segurança, tornaram-se um dos pilares do movimento de segurança do paciente e aparece como uma das prioridades em pesquisa da Aliança Mundial para Segurança do Paciente. Em 2008, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou edital para pesquisas na área de segurança de paciente, intitulado *Small Research Grants for Patient Safety*, com prioridade para países em desenvolvimento. Por meio dessa iniciativa, a OMS visa incentivar pesquisas na área de segurança do paciente, contribuir com a capacitação de pesquisadores na área, assim como promover e disseminar a cultura de segurança (OMS, 2008).

De acordo com essas prioridades, este estudo de adaptação e tradução do *Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006* para a língua portuguesa foi aprovado e financiado pela OMS, por meio do Programa *Small Research Grants*, e pela Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Nesse projeto, estiveram envolvidos: três estu-

dantes de graduação, três estudantes de pós-graduação (mestrado e doutorado), cinco enfermeiros e dois farmacêuticos.

A partir da aplicação desse instrumento, as instituições de saúde e os órgãos de acreditação do país terão mais uma ferramenta capaz de diagnosticar os domínios que precisarão ser aprimorados dentro da instituição de saúde (gerenciamento e ambiente de trabalho) e entre os profissionais (estresse, satisfação no trabalho e o clima de trabalho em equipe). Dessa forma, como resultado dessa pesquisa, espera-se disponibilizar para as instituições de saúde uma ferramenta importante para avaliação da cultura de segurança, por meio da mensuração do clima de segurança, que pode ser usado para instituição como um todo, bem como para análise específica por setores ou unidades.

1.5 *Safety Attitudes Questionnaire - Short Form* 2006

O *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) - Short Form* 2006 é a versão genérica do instrumento que mensura o clima de segurança percebido pelos profissionais. Esse instrumento, como já mencionado, foi desenvolvido por pesquisadores da Universidade do Texas, Eric Thomas, John B Sexton e Robert L Helmreich, a partir de outras duas escalas: *Intensive Care Unit Managent Attitudes Questionnaires* e o *Flight Managent Attitudes Questionnaire.* Essa última é utilizada há mais de 20 anos pelas empresas de aviação para mensurar a percepção de segurança das tripulações de vôos.

O SAQ foi escolhido para essa pesquisa por ser um instrumento com boas propriedades psicométricas (alfa de Cronbach de 0,7 a 0,8) e por ser o instrumento de mensuração de clima de segurança mais traduzido e adaptado. Está disponível em mais de sete idiomas e já foi administrado em mais de 1300 hospitais dos Estados Unidos, Inglaterra, Austrália, Suíça, Itália, Espanha, Portugal e Nova Zelândia (DEILKÅS, HOFOSS, 2008). Em 2010, foi traduzido e validado na China com mais de 40 mil profissionais (LEE et al., 2010)

Segundo Colla (2005), dentre os instrumentos que existem com o propósito de mensurar clima de segurança, o SAQ é o mais sensível para avaliar atitudes de segurança individuais. É um instrumento que pode ser utilizado para avaliação antes e após intervenções, tais como treinamento da equipe e atividades que possam minimizar o estresse dos profissionais. Os resultados dessa escala podem ser comparados também com indicadores de segurança do paciente, tais como taxas de infecção hospitalar, taxas de úlcera de pressão e tempo de permanência hospitalar (PROVONOST; SEXTON; 2005)

O instrumento é dividido em duas partes. A primeira parte é composta por 41 itens que contemplam seis domínios. A segunda parte visa coletar dados do profissional (gênero, categoria profissional, tempo de atuação e a unidade de atuação, adulto ou pediátrico).

Os seis domínios do instrumento estão divididos da seguinte forma: Clima de Trabalho em Equipe, Satisfação no Trabalho, Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital, Clima de Segurança, Condições de Trabalho e Percepção do Estresse (THOMAS; SEXTON; HELMREICH, 2003). A resposta de cada item segue a escala de cinco pontos de Likert: discorda totalmente (A), discorda parcialmente (B), neutro (C), concorda parcialmente (D), concorda totalmente (E) e não se aplica. O instrumento original está no ANEXO A.

O escore final da escala varia de 0 a 100, onde zero corresponde a pior percepção do clima de segurança e 100 a melhor percepção. São considerados valores positivos quando

o total do escore é maior ou igual a 75. A pontuação é assim ordenada: discorda totalmente (A) equivale a 0 pontos, discorda parcialmente (B) equivale a 25 pontos, neutro (C) equivale a 50 pontos, concorda parcialmente (D) equivale a 75 pontos e concorda totalmente (E) equivale a 100 pontos. A contagem dos escores é realizado da seguinte forma. Inicialmente, os itens reversos são recodificados. Por exemplo, as respostas preenchidas como discordo totalmente passam a ser concordo totalmente, e assim analogamente para os demais itens. Então, os itens são agrupados por domínios. Por fim, calcula-se a soma das respostas dos itens de cada domínio e divide-se o resultado pelo número de itens de cada domínio. Por exemplo, Percepção do Estresse é composto por quatro itens. Se o profissional respondeu, respectivamente para cada uma delas, neutro, concorda parcialmente, neutro e discorda parcialmente, o valor do escore nesse domínio é (50+75+50+25)/4=50.

O Quadro 1 apresenta os seis domínios do instrumento, com suas respectivas definições.

Quadro 1 - Domínios do *Safety Attitudes Questionnaire - Short Form*. Brasil, 2011.

Domínios	**Descrição**	**Exemplos de itens**
Clima de Trabalho em Equipe Itens 1 a 6	Compreende a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros de uma equipe	Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada
Clima de Segurança Itens 7 a 13	Avalia a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para segurança do paciente	Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente
Satisfação no Trabalho Itens 15 a 19	É a visão positiva do local de trabalho	Eu gosto do meu trabalho
Percepção do Estresse Itens 20 a 23	Trata do reconhecimento do quanto os fatores estressores influenciam na execução do trabalho	Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado

Continua...

Continua...

Domínios	Definições	Exemplos de itens
Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital Itens 24 a 29	Refere-se a aprovação das ações da gerência quanto as questões de segurança	A administração está fazendo um bom trabalho
Condições de Trabalho Itens 30 a 32	Refere-se a percepção da qualidade do ambiente de trabalho	Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados

Sexton et al., (2006)

O SAQ pode ser adaptado e aplicado a qualquer área hospitalar, como centros cirúrgicos, ambulatórios e unidades de terapia intensiva. O conteúdo dos itens de cada versão do instrumento é o mesmo. No entanto, o pesquisador pode particularizar o texto que descreve cada item conforme a unidade onde será aplicada. Por exemplo: para o item "Nesta unidade é difícil discutir sobre erros?", na versão genérica, teríamos "Na UTI é difícil discutir sobre erros?", na versão UTI.

No Brasil, ainda não existem instrumentos capazes de avaliar a cultura de segurança no contexto hospitalar. Dessa forma, esse estudo foi desenvolvido com o intuito de disponibilizar o primeiro instrumento de avaliação da cultura de segurança para instituições de saúde brasileiras, por meio da análise do clima de segurança. Como já citado, o *Safety Attitudes Questionnaire* foi criado originalmente na língua inglesa e devido as diferenças culturais entre o país de origem do instrumento e o Brasil é necessário realizar a adaptação transcultural para a lígua brasileira e avaliar sua confiabilidade e validade.

Dessa forma, o próximo capítulo apresenta a base teórica metodológica utilizada nesse estudo para a adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas desse instrumento para o Brasil.

2 Adaptação Cultural e Validação de Instrumento

O processo de construção de instrumentos é longo e dispendioso. Dessa forma, antes de iniciarmos a construção de um instrumento, é necessário fazer uma ampla pesquisa na literatura para saber se já existem escalas que avaliam o construto desejado. Caso o instrumento já exista em outro idioma, é necessário realizar a adaptação transcultural e validação do mesmo para a língua onde será administrado.

Beaton et al. (2002) conceituam adaptação transcultural como um termo que engloba o processo de tradução e a adaptação cultural do instrumento, preparando a escala para ser utilizada em um cenário diferente de onde foi criada. Após o processo de adaptação transcultural, o instrumento estará pronto para os testes de validação. Para tanto, a adaptação transcultural do instrumento deve ser realizada por meio de uma metodologia rigorosa, pois os testes psicométricos e de validação da escala dependerão da qualidade do processo anterior. Caso contrário, os resultados do estudo estarão comprometidos. Para Rahman et al. (2002), o processo de adaptação transcultural de um instrumento pode ser resumido em três fases: tradução do instrumento da língua nativa para o idioma alvo, adaptação cultural do instrumento e avaliação das suas propriedades psicométricas na população alvo.

Beaton et al. (2002) desenvolveram recomendações para a tradução e adaptação de instrumentos que são as mais utilizadas nos dias atuais e que foram adotadas neste estudo. De acordo com esses autores, a tradução e a adaptação cultural de instrumentos deve ser realizada em oito etapas:

1. Tradução: primeira etapa no processo de validação. Tem como objetivo chegar a uma versão que mantenha a integridade do instrumento, preservando o significado dos itens entre as duas línguas (KIMURA, 1999). Nessa fase, dois ou mais tradutores bilingues independentes participam do estudo. De acordo com Beaton et al. (2002), os tradutores devem ser, preferencialmente, fluentes no idioma onde o instrumento foi desenvolvido. Além disso, um dos tradutores deve conhecer os objetivos do estudo e os conceitos investigados pelo instrumento, com o objetivo de produzir uma tradução mais próxima do ponto de vista clínico, enquanto o outro tradutor não deve ter conhecimento sobre os conceitos investigados, de modo que sua tradução reflita a linguagem da população.
2. Síntese das traduções: etapa no qual é desenvolvida a síntese das traduções pelos autores da pesquisa.
3. Retrotradução ou *Backtranslation*: tradução para o idioma nativo do instrumento da síntese das traduções. A finalidade dessa fase é verificar as divergências no significado e no conteúdo entre o documento original e a tradução, garantindo a qualidade do ins-

trumento (KIMURA, 1999; BEATON et al. 2002). Nessa etapa, participam dois ou mais tradutores bilingues, nativos do idioma do instrumento, os quais não devem conhecer o instrumento. Preferencialmente, não devem possuir experiência em traduções de termos da área da saúde.

4. Síntese da retrotradução: etapa no qual é desenvolvida a síntese das retrotraduções pelos autores da pesquisa.
5. Revisão por um comitê de juízes ou especialistas: a análise da validade de conteúdo por juízes é uma forma de análise teórica do construto. Essa análise tem o objetivo de confirmar a adequação dos itens como representantes dos construtos teóricos que se deseja avaliar com o instrumento (PASQUALI, 2009). A composição da equipe de juízes é fundamental para adaptação transcultural do instrumento. De acordo com Waltz, Strickland e Lenz (1991), um comitê de juízes pode ser definido por algumas características, tais como: experiência clínica em determinadas áreas de conhecimento, publicação na área ou participação em eventos profissionais, realização de pesquisas na área, experiência na construção e validação de instrumento. Todas as versões geradas nas fases anteriores são enviadas para os juízes, que avaliarão as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual.
6. Pré-teste da versão final: a versão final que surgiu depois da revisão dos juízes é submetida ao pré-teste em um número de sujeitos representativos da população estudada. Esse procedimento permite avaliar a denominada validade aparente, ou de face, do instrumento (CICONELLI, 1997; BEATON et al., 2002). Nessa fase, é avaliada a compreensão dos itens da escala, assim como o seu tempo de preenchimento.
7. Submissão e validação do instrumento pelos autores: nessa fase, é enviado um relatório com a versão final e todas as versões originadas nas etapas anteriores para avaliação do autor do instrumento.
8. Avaliação das propriedades psicométricas: após o pré-teste, o instrumento está pronto para ser aplicado na população alvo. Nessa etapa, são analisadas a validade de construto e critério, confiabilidade e responsividade do instrumento.

O objetivo do processo de tradução e adaptação cultural do instrumento é alcançar a equivalência entre o instrumento original e a versão traduzida. Durante esse processo, são avaliadas as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual (GUILHEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). As equivalências semânticas e idiomáticas correspondem à equivalência no significado das palavras e no uso de expressões equivalentes em ambos os

idiomas. Equivalência cultural corresponde à coerência com as experiências vivenciadas pela população a qual o instrumento se destina e a equivalência conceitual equivale a coerência dos itens em relação aos seus domínios (GUILHEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Além das equivalências, o processo de tradução e adaptação cultural tem como finalidade garantir que a versão traduzida para o idioma alvo seja válida e confiável. A validação pode ser definida como a capacidade do instrumento realmente medir o que se propõe medir (KELSEY et al., 1996). Pode ser realizada de maneira subjetiva, com o auxílio dos juízes, e baseada no conceito dos pesquisadores do que eles consideram como válido, e de maneira objetiva ou operacional, com o auxílio de métodos estatíticos, comparando o instrumento com critérios externos (MORLEY; SNAITH,1989). Quanto a confiabilidade ou fidedignidade, refere-se a reprodutibilidade do instrumento, ou seja o instrumento confiável é aquele que apresenta o mesmo resultado em múltiplas medidas (ARMSTRONG; WHITE;SARACCI, 2001).

Existem quatro tipos diferente de validades a serem avaliadas durante o processo de tradução e adaptação cultural de um instrumento: validade de face, validade de conteúdo, validade de critério e validade de construto (PASQUALI, 2009). Neste estudo, foram realizadas as validades de face, conteúdo e de construto.

A validade de face refere-se a compreensão dos sujeitos alvo da pesquisa quanto ao que eles entendem sobre o que a escala quer medir e a compreesão de itens e questões. Esse tipo de validade é realizada durante o pré-teste.

A validade de conteúdo avalia se os itens do instrumento representam o que de fato deseja-se medir. Essa validação é realizada pela análise sistemática durante a construção do instrumento ou pode ser realizada por um comitê de especialisatas que avaliam a compreensibilidade, clareza e redundância dos itens (FAYERS; MACHIN, 2000).

A responsividade do instrumento, outra forma de avaliar a validade de conteúdo, avalia a existência do efeito mínimo (*floor)* e do efeito máximo (*ceiling)*. A responsividade mostra a capacidade para detectar mudanças importantes com o passar do tempo. Esse efeito está presente quando mais de 15% dos respondentes optarem pelo maior ou menor escore possível do instrumento (TERWEE, 2007).

Por fim, a validade de construto é a confirmação de que o instrumento mede aquilo que realmente se propõe medir. As evidências necessárias para esse tipo de validade podem ser avaliadas a partir da análise interna do instrumento, por meio da análise fatorial confirmatória, pela consistência interna, pela diferença entre grupos (*Known Groups),* e pela análise externa. Esta última se baseia na validade de construto convergente e na validade de construto

divergente discriminante. No entanto, Hughes-Hammer, Martsolf e Zoller (1998) salientam que para realizar testes que confirmem a confiabilidade e possibilitem a análise fatorial do instrumento, é recomendado um número de profissionais ou pacientes que varie de dois a dez respondentes por item. Nesse estudo, foi considerado mais de dez respondentes por item.

A análise fatorial confirmatória (CFA) usa um tipo específico de equação estrutural com os objetivos de verificar a adequação da organização dos conteúdos à estrutura fatorial proposta e explorar se quaisquer modificações significantes no instrumento são necessárias (HAIR JR et al.,2005).

A diferença entre grupos (*Known Groups*) é um tipo de validação de construto e pode ser avaliada quando um teste é capaz de identificar, baseado em hipóteses, a presença ou a ausência de características particulares entre os respondentes (PORTNEY; WATKINS, 2000).

Assim como a validade, a confiabilidade pode ser avaliada a partir do teste-reteste, análise da consistência interna (alfa de Cronbach) e confiabildade entre juízes. Neste estudo, foi utilizada para análise da consistência interna dos itens.

A análise da consistência interna é a avaliação da correlação dos itens entre si e com o total. Pode ser avaliado por meio do alfa de Cronbach que varia de 0,70 a 0,90, alfa em torno de 0,8 são considerados razoáveis e abaixo de sete não são suficientes para demonstrar a fidedignidade do instrumento (PASQUALI, 2003; TERWEE et al., 2007).

Finalmente, após o instrumento passar por todo o processo de tradução e adaptação cultural, ele estará disponível para que possa ser usado em qualquer instituição de saúde brasileira.

3 Objetivos

Objetivos

Objetivo principal:

- Realizar a adaptação transcultural do *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) - Short Form* 2006 para a língua portuguesa.

Objetivos específicos:

- Avaliar a validade de face e conteúdo da versão adaptada do *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) - Short Form* 2006, por meio da análise de um comitê de juízes;
- Descrever a distribuição das respostas ao instrumento, verificando a existência de efeito "*floor*" mínimo e "*ceiling*" máximo;
- Avaliar a confiabilidade da versão adaptada do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) – *Short Form* 2006 por meio da consistência interna de seus itens;
- Avaliar a validade de construto da versão adaptada do *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) - Short Form* 2006, por meio da análise fatorial confirmatória e comparação de grupos (*Known Groups*).

4 Material e métodos

4.1 Tipo de estudo

O estudo é de caráter metodológico com abordagem quantitativa. Esse tipo de estudo consiste na investigação de métodos de obtenção, organização e elaboração dos dados, tratando da construção, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa. A meta de pesquisas com essa abordagem é a elaboração de um instrumento confiável que possa ser utilizado posteriomente por outros pesquisadores (POLIT ; HUNGLER, 2004).

Antes de se iniciar o estudo, foi solicitado aos autores do *Safety Attitudes Questionnaire Short Form* 2006 a autorização para tradução e validação do instrumento. A autorização foi concedida por meio de correio eletrônico (*e-mail*), cujo conteúdo encontra-se em anexo (ANEXO B).

4.2 Adaptação transcultural do *Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006*

A proposta metodológica desta investigação obedece aquela preconizada por Beaton et al. (2002), a qual compreende as etapas já descritas: tradução, síntese das traduções, retrotradução, síntese da retrotradução, revisão por um comitê de juízes, pré-teste, submissão e avaliação dos relatórios pelos autores do instrumento e avaliação psicométrica.

4.2.1 Tradução da escala

A tradução do instrumento foi realizada por dois tradutores independentes e bilíngües. Ao longo do texto, os tradutores são apresentados como T1 e T2. O tradutor T1 é profissional da área da saúde com experiência em tradução de instrumentos. O outro tradutor (T2) é doutor em lingüística, também com experiência em tradução de instrumentos, mas sem o conhecimento sobre os conceitos investigados. A orientadora e a autora desta tese realizaram uma terceira tradução do instrumento com o objetivo de compará-las com as traduções realizadas pelos dois tradutores. Essa versão é chamada T3.

4.2.2 Síntese das traduções

Após a fase de tradução, foi realizada uma síntese das duas traduções (T1 e T2) para obter-se uma versão comum, denominada ST, a qual trata-se da primeira versão do instrumento (APÊNDICE A). Durante esse processo, todas as divergências e dúvidas foram registradas. A síntese das traduções, em português, foi submetida à avaliação de um professor dessa língua. Após suas correções, seguiu-se para terceira fase (retrotradução).

4.2.3 Tradução de volta à língua de origem (retrotradução ou *backtranslation*)

A retrotradução contou com o auxílio de mais dois tradutores bilíngües, um dos quais fluente no idioma português e o outro nativo na língua inglesa. Ambos não conheciam o instrumento. Dessa forma, surgiram as versões retrotradução 1 (RT1) e a retrotradução 2 (RT2). Para obter uma versão comum das retrotraduções, foi realizada uma reunião com os tradutores e a pesquisadora, onde foram discutidas algumas diferenças de significado das palavras identificadas na retrotradução. O documento que originou-se nessa estapa foi nomeado como síntese da retrotradução (SRT) (APÊNDICE B).

4.2.4 Avaliação das versões originais e retrotradução

Após a fase das traduções (original e retrotradução) as versões ST, SRT e o instrumento original foram avaliados por um comitê de nove juízes com o objetivo de produzir uma versão final, modificada e adaptada, que garanta a replicabilidade da mesma no idioma a que se pretende usar.

Neste estudo, foram escolhidos nove juízes de diversas áreas (psicólogos, médicos e enfermeiros). Dentre esses, dois são profissionais da região Nordeste e sete da região Sudeste do Brasil. Essa diferenciação foi realizada com o objetivo de avaliar as diferenças culturais entre as regiões brasileiras.

Para a escolha desses juízes, foi considerado pelo menos um dos três critérios:

- Possuir domínio da língua inglesa;
- Possuir experiência na área de segurança do paciente;

- Ter participado anteriormente de pesquisas envolvendo tradução e validação de escalas.

Após a seleção do comitê de juízes, foi enviada uma carta com um convite para a participação no estudo, através de correio eletrônico. Posteriormente à manifestação positiva em participar do estudo, a autora enviou para cada juiz as sínteses das traduções, a síntese da retrotradução e a escala original, acompanhado por um instrumento com todos os itens da escala em inglês e português, bem como espaço para sugestões (TOLEDO; ALEXANDRE; RODRIGUES, 2008) (APÊNDICE C). Cada item foi avaliado de acordo com os quatro tipos de equivalências: conceitual, semântica, idiomática e cultural.

Os itens foram considerados equivalentes quando 80% dos juízes concordaram em todas às equivalências. Quando o item apresentava discordância maior que 80%, a autora e a orientadora analisaram o item e, na maioria das vezes, as sugestões dos juízes foram acatadas.

4.2.5 Pré-teste

Essa etapa testou se o instrumento final era facilmente compreendido e avaliou o tempo necessário para o preenchimento do mesmo.

Foi escolhida uma amostra representativa da população alvo, incluindo dez profissionais que trabalham nas enfermarias clínicas e cirúrgicas de um dos hospitais em estudo.

Os profissionais escolhidos para participarem do pré-teste foram todos os que estiveram de plantão no dia 10 de fevereiro de 2010. Esse dia foi escolhido aleatoriamente pela pesquisadora.

Para realizar essa etapa, foram adotados os seguintes procedimentos:

- Os profissionais foram escolhidos aleatoriamente e deveriam aceitar participar do estudo, estar pelo menos há um mês trabalhando no setor e trabalhar pelo menos 20 horas semanais nesse setor.
- Os profissionais foram abordados em seu ambiente de trabalho e, ao aceitar participar do estudo, eram orientados quanto aos objetivos do pré-teste e o preenchimento do instrumento.
- Para a marcação dos tempos, a pesquisadora usou um cronômetro digital.
- A pesquisadora permaneceu ao lado dos profissionais durante o preenchimento do instrumento para esclarecer as dúvidas que surgissem. No momento da entrega

do instrumento preenchido, a pesquisadora perguntava ao profissional se existia alguma dúvida quanto às questões e ao seu preenchimento.

4.2.6 Submissão e validação dos relatórios pelos autores do instrumento

Todos os documentos gerados em cada fase do processo de tradução do instrumento, bem como as alterações sugeridas para a adaptação cultural, foram enviados para o autor do instrumento, para a sua a aprovação.

A principal alteração sugerida pelo autor foi no item 1. A versão original no inglês usa a palavra "*input*". Na retrotradução, essa palavra foi traduzida como "*contribution*". Para o autor, há uma diferença semântica sutil entre "*input*" e "*contribution*". "*Contribution*" pode ser considerada como uma contribuição rotineira, mas o uso de "*input*" no item diz respeito a sugestões adicionais, dúvidas ou conselhos sobre assistência ao paciente.

Assim, o autor recomendou modificar a palavra "contribuição" por "sugestão". Concordamos e acatamos a proposta do autor.

A partir das correções sugeridas pelo autor, chegou-se a uma versão final do instrumento (APÊNDICE D).

4.3 Aplicação do Questionário de Atitudes de Segurança a uma amostra de profissionais

Antes da coleta de dados, foi realizada uma reunião com a gerência de cada unidade para explicar a importância e os objetivos do estudo, bem como os procedimentos técnicos para a realização da pesquisa.

Os profissionais foram abordados em seu ambiente de trabalho, nos momentos em que tinham disponibilidade para participar do estudo, no período de julho a dezembro de 2010. Alguns instrumentos foram entregues para serem respondidos e devolvidos posteriormente, com a data de devolução pré-estabelecida. Para cada funcionário, foram entregues duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, um dos quais ficou de posse dos pesquisadores e o outro de posse do próprio participante. Para aqueles que aceitaram partici-

par da pesquisa, foi entregue um envelope contendo uma cópia colorida do instrumento, um lápis e uma borracha, necessários para o preenchimento do mesmo.

Antes do preenchimento do instrumento, os pesquisadores explicaram para cada profissional os objetivos do estudo, como proceder para responder a escala e o tempo aproximado para o preenchimento do instrumento (≈ 15 minutos) (SEXTON, et al., 2006).

4.3.1 Casuística

Os participantes da pesquisa foram todos os profissionais que atuam nas enfermarias clínicas e cirúrgicas nas seis instituições de saúde escolhidas para o estudo.

Para participar do estudo foram seguidos os seguintes critérios de inclusão:

- ✓ aceitar participar do estudo;
- ✓ profissional deveria estar pelo menos há um mês trabalhando no setor;
- ✓ trabalhar pelo menos 20 horas semanais no setor.

4.3.2 Treinamento da equipe

As equipes formadas para aplicação do instrumento foram compostas por um coordenador e dois auxiliares de pesquisa, para cada local de coleta. Todos os coordenadores são integrantes do projeto de pesquisa intitulado **Segurança do Paciente: Clima organizacional e Atitudes de Segurança na perspectiva da equipe de saúde,** da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, e conheciam os hospitais em estudo. Os auxiliares de pesquisa foram selecionados pelos coordenadores e investigadores do projeto. Para a escolha dos auxiliares de pesquisa, foi exigido somente que fossem profissionais de saúde que já possuíssem conhecimento prévio da rotina dos hospitais onde seria realizada a pesquisa. Nenhum dos coordenadores ou auxiliares de pesquisa ocupava cargos de chefia no hospital ou possuía algum vínculo com as unidades estudadas.

Os coordenadores da pesquisa eram responsáveis pelas reuniões com as chefias e funcionários das unidades, pela logística do estudo e pela orientação dos auxiliares quanto a

distribuição e coleta dos instrumentos. Os auxiliares de pesquisa eram responsáveis pela aplicação do instrumento junto aos funcionários.

Foram realizados treinamentos com duração de uma semana em cada centro. O treinamento tinha como finalidade familiarizar os auxiliares de pesquisa com o instrumento, tendo em vista que poderiam surgir dúvidas durante o preenchimento do mesmo, bem como treiná-los quanto ao procedimento de abordagem aos funcionários.

4.3.3 Local da coleta de dados

O estudo foi desenvolvido com uma amostra de profissionais que atuam nas enfermarias clínicas e cirúrgicas de seis hospitais, dois na Região Nordeste, um na Região Centro-Oeste e três na Região Sudeste.

Os seis hospitais foram escolhidos por terem modelos de gestão que priorizam a qualidade da assistência prestada ao usuário e por serem o local de trabalho dos participantes do projeto intitulado **Segurança do Paciente: Clima Organizacional e Atitudes de Segurança na Perspectiva da Equipe de Saúde,** da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP.

Na região Centro-Oeste, o hospital escolhido é uma instituição pública do município de Goiânia, referência no atendimento de patologias clínicas. As enfermarias clínicas e cirúrgicas do Hospital Geral de Goiânia (HGG) dispõem de 84 leitos clínicos e 95 cirúrgicos, todos ativados. Tais leitos estão distribuídos nas especialidades médicas de Cardiologia, Endocrinologia, Neurologia, Reumatologia e Pneumologia. Há ainda salas preparadas para atendimento de urgência e emergência.

No HGG, os funcionários efetivos possuem carga horária semanal de 30 horas e os funcionários de contrato temporário e cargos comissionados trabalham 40 horas semanais. Além da equipe multiprofissional, atuam também acadêmicos e estagiários de instituições de ensino superior e técnico-profissionalizante.

A enfermaria clínica possui um médico plantonista para todos os pacientes, além de residentes de várias especialidades. Para os dois turnos, matutino e vespertino, estão presentes dois fisioterapeutas, dois fonoaudiólogos, dois nutricionistas, dois assistentes sociais e dois psicólogos, nas duas clínicas. Quanto a equipe de enfermagem, há um técnico de enfermagem para cada sete pacientes e um enfermeiro para 20 pacientes. Na enfermaria cirúrgica

há 21 médicos plantonistas, 19 enfermeiros, 90 técnicos de enfermagem, 12 auxiliares de enfermagem, dois auxiliares administrativos, cinco fisioterapeutas, dois fonoaudiólogos, três nutricionistas (para as clínicas médica e cirúrgica), três assistentes sociais, cinco psicólogos e vinte e quatro residentes. A proporção enfermeiro/paciente é a mesma da clínica médica: um enfermeiro para vinte pacientes e um técnico de enfermagem para cinco pacientes.

Na região Nordeste, foram escolhidas duas instituições públicas no município de Fortaleza, o Hospital Geral Waldemar de Alcântara (HGWA) e o Hospital Dr Carlos Alberto Studart (HCAS). O HGWA é classificado como hospital de nível secundário na rede pública de saúde. Constitui-se num hospital de apoio para a rede terciária de assistência do Estado do Ceará, atendendo exclusivamente para clientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

O HGWA possui 97 leitos divididos nas enfermarias clínicas e 27 leitos cirúrgicos. As enfermarias clínicas e cirúrgicas do HGWA estão divididas em: três enfermarias clínicas (enfermaria médica I, enfermaria médica II, enfermaria médica III) e uma enfermaria cirúrgica que faz parte do bloco cirúrgico do hospital. O quadro de pessoal das enfermarias clínicas é composto por um enfermeiro assistencial, quatro auxiliares/técnicos de enfermagem por período (manhã, tarde e noite), um enfermeiro gerente, quatro fisioterapeutas, dois médicos por turno, dois profissionais de limpeza para cada enfermaria clínica, dois técnicos de radiologia e laboratório no período da manhã e outros dois nos períodos da tarde e noite. Todos os profissionais são contratados sob regime da CLT (celetistas).

Na clínica cirúrgica, o quadro de pessoal está dividido em uma enfermeira assistencial, três auxiliares/técnicos de enfermagem, um enfermeiro gerente, 13 médicos e dois auxiliares de limpeza por período. Nessa unidade, não há fisioterapeuta. Esse profissional é solicitado quando há necessidade.

Os profissionais, tais como farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais fazem parte do quadro de pessoal de todo o hospital, sem lotação específica nas unidades. No hospital, não há terapeutas ocupacionais e pessoal secretariado. Dessa forma, esses profissionais não fizeram parte da pesquisa nesse hospital.

O Hospital Dr. Carlos Alberto Studart (HCAS) é centro de referência para o tratamento de doenças cardiopulmonares e atende uma clientela advinda de todo o Estado do Ceará. Oferece os seguintes serviços: ambulatório, oito enfermarias clínicas e cirúrgicas, serviço de emergência, unidades de terapia intensiva (UTI), unidades de recuperação pós-operatórias, centro cirúrgico e unidade de cuidados semi-intensivos. O hospital apresenta 206 leitos para pacientes clínicos e cirúrgicos, divididos em sete enfermarias.

No HCAS, 90% dos profissionais fazem parte da Secretaria de Saúde do Estado e do Ministério da Saúde, enquanto os outros 10% prestam serviços por meio de cooperativas. A maioria dos profissionais cooperados são médicos, enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem. Esses profissionais não possuem vínculo empregatício com a instituição. Nesse hospital, não há divisão em clínicas médicas e cirúrgicas. Todas as enfermarias apresentam as duas características. O quadro de pessoal das enfermarias clínicas e cirúrgicas é composto por 36 enfermeiros, 130 auxiliares e técnicos de enfermagem, 26 médicos, cinco assistentes sociais, três nutricionistas, seis fisioterapeutas, sete agentes administrativos e 12 profissionais de serviços gerais.

Os terapeutas ocupacionais, psicólogos, farmacêuticos e técnicos de laboratório, nutricionistas e Raios – X fazem parte do quadro profissional de todo o hospital, ou seja, não são alocados em unidades específicas. Nesse hospital, tais profissionais não participaram do estudo.

Na Região Sudeste, foram escolhidos três hospitais: Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), Hospital das Clínicas de Uberlândia (HCU) e O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

O HRTN, gerido pela FUNDEP-UFMG (Fundação de Desenvolvimento e Pesquisa), é responsável pela assistência aos pacientes de urgência clínica e cirúrgica, traumatológica e não-traumatológica, participando de forma ativa na composição das linhas de cuidado desses perfis de risco na cidade de Belo Horizonte e nos municípios vizinhos. Além disso, o hospital é o segundo em número de atendimentos de urgência e emergência do Estado de Minas Gerais, possuindo 319 leitos, divididos em 96 clínicos, 72 cirúrgicos, 85 de observação (pronto-socorro), 35 de UTI adulto, 28 de alojamento conjunto na Maternidade e cinco leitos de Berçário, além de sete salas cirúrgicas. O HRTN também desenvolve, de forma articulada e com coordenação direta da UFMG, atividades de ensino, pesquisa e extensão.

O HRTN possui um total de 1846 funcionários contratados em regime celetista pela Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa de Minas Gerais (FUNDEP). O quadro total de pessoal das enfermarias clínicas e cirúrgicas do hospital está dividido em 35 técnicos ou auxiliares de enfermagem, 56 técnicos ou auxiliares de radiologia, oito psicólogos, três fono-audiólogos, seis nutricionistas, 31 fisioterapeutas, 24 enfermeiros, cinco farmacêuticos e 517 médicos.

O HCU é gerido pela Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa de Uberlândia (FAEPU) e pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU), a qual regulariza e administra o

hospital. O HCU é referência para atendimento de média e alta complexidade e serve a aproximadamente três milhões de pessoas/ano, provenientes do município de Uberlândia e de outras regiões do Triângulo Mineiro e do Alto Paranaíba.

No HCU, dentre os 510 leitos, 63 pertencem às enfermarias clínicas e 133 pertencem às enfermarias cirúrgicas, divididas da seguinte maneira: clínica cirúrgica I (CCI), com 59 leitos; clínica cirúrgica II (CCII), com 34 leitos; clínica cirúrgica III (CCIII), com 30 leitos; unidade V (UV), com 10 leitos e clínica médica (CM), com 63 leitos.

Atualmente, o HCU conta com 2003 profissionais da área da saúde, dentre os quais 699 são contratados em regime celetista pela FAEPU e 1304 são servidores públicos federais concursados pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU). As enfermarias clínicas contam com 28 auxiliares e 33 técnicos de enfermagem, 10 enfermeiros e três assistentes administrativos. As enfermarias cirúrgicas contam com 164 auxiliares/técnicos de enfermagem, 26 enfermeiros e onze assistentes administrativos. As enfermarias clínicas e cirúrgicas contam também com 143 médicos contratados, 213 médicos residentes e 237 docentes de enfermagem, medicina e psicologia. Além desses profissionais, essas enfermarias contam com aproximadamente 50 profissionais de fisioterapia, psicologia e assistência social.

O HCFMRP-USP é um hospital de ensino, integrado ao SUS. Atualmente, conta com 866 leitos, 36 salas cirúrgicas, 428 consultórios/salas de atendimento, atendendo mais de 3.000 pacientes diariamente. Possui 96 leitos de clínica médica, 72 leitos cirúrgicos, 80 leitos de observação (pronto-atendimento), 87 leitos de UTI. Há ainda trinta salas cirúrgicas.

O HCFMRP-USP possui um total de 6.070 funcionários contratados em regime celetista pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e pela Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA) do HCFMRP-USP. O quadro de pessoal do hospital está dividido em 374 enfermeiros, 1.389 técnicos ou auxiliar de enfermagem, 94 técnicos ou auxiliares de radiologia, 63 psicólogos, 18 fonoaudiólogos, 25 nutricionistas, 38 fisioterapeutas, 33 farmacêuticos, 615 médicos e 575 médicos residentes. Nas enfermarias clínicas e cirúrgicas, há 197 médicos, 66 enfermeiros, 195 auxiliares e 23 técnicos de enfermagem.

4.3.4 Análise dos resultados

Neste estudo, foi realizada a validade de conteúdo, face e construto**.** A validade de conteúdo foi realizada pelo grupo de juízes e pela análise da responsividade do instrumento

(efeito máximo e mínimo). A validade de face foi realizada pelo grupo de profissionais durante o pré-teste e a validade de construto foi avaliada por meio da análise fatorial exploratória e confirmatória e da comparação entre grupos (*Known Groups*). Para a comparação de grupos com duas categorias (gênero e nível de escolaridade) utilizou-se o teste - T, e análise de variância (ANOVA) para grupos de mais de duas categorias (hospitais e tempo de atuação).

A análise da confiabilidade do instrumento foi realizada por meio do coeficiente alfa de Cronbach, para a escala como um todo e para cada domínio.

Os dados foram inseridos no software de planilha eletrônica Excel®, para posterior processamento e análise. O processamento dos dados foi realizado pelo *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 15.0. Para a análise confirmatória, foi utilizado o pacote estatístico SEM do software R 2.11.1 (FOX, 2006)

4.4 Procedimentos éticos

O estudo foi avaliado e aprovado pelos comitês de ética em pesquisa das seis instituições e pelo comitê de ética da Organização Mundial da Saúde, por ser uma pesquisa financiada por essa instituição (ANEXO C). Antes de aplicar o instrumento, foi entregue para todos os profissionais que aceitaram participar da pesquisa uma cópia de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E). Foi garantido o anonimato para todos os participantes da pesquisa.

5 Resultados

5.1 Tradução e validação do *Safety Attitudes Questionnaire - Short Form* 2006 para o Brasil

Embora seja apresentado como um questionário, como sugerido pelo seu título, o *Safety Attitudes Questionnaire - Short Form* 2006 possui itens escritos de forma afirmativa, com o propósito de mensurar o nível de concordância das afirmações. Ele foi traduzido para o português com o título Questionário de Atitudes de Segurança e adota a mesma sigla do inglês (SAQ) por ser assim conhecido no universo acadêmico, apesar de não se tratar de um questionário propriamente dito.

O processo de tradução e adaptação cultural levou aproximadamente oito meses para ser concluído. Após a fase de tradução, as sínteses das traduções, as sínteses das retrotraduções e o instrumento original foram avaliados por um comitê de nove juízes ,com o objetivo de produzir uma versão final. Foram modificados os itens abaixo, os quais apresentaram 80% de discordância entre os juízes. Todas as modificações sugeridas foram analisadas pela orientadora e a autora do estudo (QUADRO 2).

Quadro 2 - Itens do Questionário de Atitudes de segurança modificados após sugestões dos juízes do estudo. Brasil, 2011.

Itens	Síntese das traduções	Versão final
	Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006	Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ)
Título	Questionário de Atitudes de Segurança: perspectiva da equipe de saúde sobre esta área de cuidado.	Questionário de Atitudes de Segurança: perspectiva da equipe sobre esta área de cuidado
	Trabalho no/na área clínica ou área de cuidado aos pacientes onde você passa a maior parte do seu tempo:	Área clinica ou área de assistência ao paciente onde você passa maior parte de seu tempo
	Este é um departamento de:	Departamento:

Continua...

Continua...

Itens	Síntese das traduções	Versão final
	Resposta correta / resposta incorreta	Preenchimento correto/Preenchimento incorreto
	Discordo totalmente, discordo em parte, neutro, concordo em parte, Concordo totalmente, não se aplica	Discordo totalmente, discordo parcialmente, neutro, concordo parcialmente, concordo totalmente, não se aplica
Item 5	É fácil para os membros da equipe daqui fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem	É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem
Item 8	Erros médicos são tratados de modo apropriado nesta área	Erros são tratados de maneira apropriada nesta área
Item 9	Eu conheço os canais adequados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente nesta área	Eu conheço os meios adequados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente nesta área.
Item 10	Eu recebo feedback apropriado sobre meu desempenho	Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho
Item 23	Cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: ressuscitação emergente, convulsões).	O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex:reanimação cardiorespiratória, convulsões).
Item 27	Membros problemáticos da equipe são tratados de modo construtivo por nós	Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa:
Item 29	Os níveis da equipe (número e qualificação) nesta área são suficientes para lidar com o número de pacientes.	Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes.

A modificação do título foi sugerida por mais de 80% dos juízes. No entanto, um juiz sugeriu substituir o termo "equipe de saúde" pelo termo "equipe", já que outros profissionais que não pertencem à equipe de saúde participaram do estudo, tais como pessoal da limpeza. A sugestão foi acatada.

Todos os itens com o termo "área clínica" foram substituídos pelo termo "área", considerando que o instrumento foi aplicado tanto na enfermaria clínica como na cirúrgica.

O termo "erro médico" foi substituído pelo termo "erro", devido à conotação do termo em relação aos profissionais médicos, uma vez que erros podem ser cometidos por qualquer um dos profissionais da equipe de saúde, não somente o médico.

Outra modificação sugerida unanimemente pelos juízes diz respeito às categorias profissionais. A categoria profissional "*fellow physician*", a qual foi traduzida para o português como "médico adjunto", não existe em nossa realidade. Portanto, não foi considerada como categorial profissional na versão adaptada do instrumento para o Brasil.

As demais alterações estão relacionadas à composição de frases e correções gramaticais.

Com a conclusão dessa etapa do processo de tradução e adaptação cultural do instrumento, foi considerada finalizada a validação de conteúdo do Questionário de Atitudes de Segurança para o Brasil. A partir de então, foi gerada uma versão final do instrumento para ser aplicado em uma amostra de profissionais representativos da população alvo.

5.2 Pré-teste

O pré-teste foi realizado com dez profissionais: duas enfermeiras assistenciais, um secretário administrativo, um médico, duas enfermeiras gerentes, três técnicos de enfermagem e um profissional do suporte ambiental. O objetivo dessa etapa é avaliar o tempo de preenchimento do instrumento e se o mesmo é facilmente compreendido.

A Tabela 1 apresenta os resultados obtidos no pré-teste.

Tabela 1 – Resultados da aplicação do instrumento durante o pré – teste. Brasil, 2011.

Profissional	Nível de escolaridade	Tempo de preenchimento	Dúvidas
1	Médio	11m 9s	
2	Superior	9m40s	Item 19
3	Superior	9m02s	
4	Superior	9m54s	
5	Superior	10m20s	formatação
6	Superior	9m24s	
7	Médio	10m52s	Item 19
8	Médio	10m36s	Item 19
9	Médio	11m13s	
10	Médio	10m08s	formatação

De acordo com os dados obtidos, os profissionais do nível médio demoraram mais tempo para responder o instrumento do que os profissionais do nível superior. A média do tempo para o preenchimento do instrumento foi de aproximadamente dez minutos para o nível médio e nove minutos para o nível superior. Os profissionais do nível médio apresentaram também mais dificuldades para a interpretação dos itens, o que pode explicar a demora no preenchimento do instrumento.

Em geral, os profissionais classificaram o instrumento como fácil e de preenchimento rápido. Quatro dentre os dez profissionais elogiaram a apresentação do instrumento em uma única página, o que segundo os mesmos era um ponto positivo para o profissional de saúde aderir a participação da pesquisa. No entanto, dois profissionais sugeriram aumentar o tamanho da fonte das letras. A sugestão foi acatada pela pesquisadora. Entretanto, o aumento da fonte foi limitado pela restrição de manter o instrumento em uma única página, exigência do autor do SAQ.

Quanto aos itens, a maioria das dúvidas estava relacionada ao item 19 ("O moral nesta área é alto"). A dúvida estava relacionada com o conceito da palavra "moral", a qual possui duas definições conforme o português: a primeira ("o moral") está relacionada ao ânimo, à disposição e ao estado de espírito das pessoas. A segunda ("a moral") refere-se ao conjunto das normas de conduta, os princípios que regem os bons costumes de uma sociedade, os

costumes que são convencionados como válidos (FERREIRA, 1986). A primeira definição é a considerada para o instrumento.

Mesmo com as dúvidas relacionadas a esse item, resolvemos não modificar o texto original do item, pois não encontramos como expressar em uma única frase o conceito, simultaneamente de forma concisa e sem prejuízo ao significado pretendido.

Os profissionais que participaram do estudo piloto foram excluídos da pesquisa no período de coleta de dados.

Após o pré-teste, a versão final do instrumento foi disponibilizada para aplicação na população alvo e posterior avaliação das propriedades psicométricas.

5.3 Resultados relacionados à aplicação do instrumento

5.3.1 Perfil dos participantes do estudo

Após a realização do processo de tradução do *Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006,* foi realizada a aplicação do instrumento para avaliar suas propriedades psicométricas, a fim de obter evidências a cerca da sua confiabilidade e validade. O instrumento foi aplicado nas enfermarias clínicas e cirúrgicas de seis hospitais em três regiões do Brasil.

Nos seis hospitais, obtivemos 1301 instrumentos respondidos, dos quais 351(27%) no Hospital das Clínicas de Uberlândia (HCU), 304 (23,4%) no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCRP), 207(16%) no Hospital Geral de Goiânia (HGG), 150 (11,5%) no Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), 156 (12%) no Hospital Dr. Carlos Alberto Studart (HCAS) e 133 (10,2%) no Hospital Geral Waldemar de Alcântara (HGWA).

Quanto às características dos sujeitos do estudo, o gênero feminino predominou em todos os seis hospitais, com um total de 968 (74,4%) (TABELA 2).

O tempo de atuação dos profissionais nas unidades estudadas está dividido nas seguintes faixas, obedecendo ao instrumento original: menos que 6 meses, entre 6 e 11 meses, entre 1 e 2 anos, entre 3 e 4 anos, entre 5 e 10 anos, entre 11 e 20 anos e mais de 21 anos. Observa-se que o tempo de atuação variou para cada hospital. Na maioria dos hospitais, os profissionais apresentaram entre 5 e 10 anos de atuação, com exceção do Hospital Risoleta Neves, no qual 89 (59,4%) profissionais apresentam tempo de atuação entre 1 e 4 anos.

O HCU foi a instituição com o maior número de profissionais com 21 anos ou mais de tempo de atuação nas unidades, 53 (15,1%).

Tabela 2 – Gênero e tempo de atuação dos participantes do estudo nos seis hospitais. Brasil, 2011.

	Hospitais						
	HCRP N(%)	**HCU N(%)**	**HGG N(%)**	**HRTN N(%)**	**HCAS N(%)**	**HGWA N(%)**	**Total**
Gênero							
Masculino	70(23)	128(36,5)	34(16,4)	22(14,7)	27(17,3)	16(12)	297(22,8)
Feminino	234(77)	207(59)	168(81,2)	124(82,7)	126(80,8)	109(82)	968(74,4)
Dados ausentes	-	16(4,6)	5(2,4)	4(2,7)	3(1,9)	8(6)	36 (2,8)
Total	304	351	207	150	156	133	1301
Tempo de atuação							
< 6 meses	36(11,8)	4(1,1)	7(3,4)	22(14,7)	4(2,6)	26(19,5)	99 (7,6)
6 a 11 meses	26(8,6)	29(8,3)	8(3,9)	8(5,3)	6(3,8)	11(8,3)	88 (6,8)
1 a 2 anos	41(13,5)	52(14,8)	22(10,6)	40(26,7)	29(18,6)	13(9,8)	197(15,1)
3 a 4 anos	30(9,9)	50(14,2)	25(12,1)	49(32,7)	18(11,5)	12(9,0)	184 (14,1)
5 a 10 anos	80(26,3)	84(23,9)	74(35,7)	16(10,7)	30(19,2)	45(33,8)	329(25,3)
11 a 20 anos	61(20,1)	68(19,4)	41(19,8)	8(5,3)	26(16,7)	18(13,5)	222(17,1)
21 anos ou mais	30(9,9)	53(15,1)	24(11,6)	2(1,3)	35(22,4)	1(0,8)	145(11,1)
Dados ausentes	-	11(3,1)	6(2,9)	5(3,3)	8(5,1)	7(5,3)	37(2,8)
Total	304	351	207	150	156	133	1301

Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCRP), Hospital das Clínicas de Uberlândia (HCU), Hospital Geral de Goiânia (HGG), Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), Hospital Dr. Carlos Alberto Studart (HCAS) e Hospital Geral Waldemar de Alcântara (HGWA).

Em todos os seis hospitais, quanto à categoria profissional, os técnicos e auxiliares de enfermagem foram os profissionais que mais preencheram o instrumento, com um total de 731 (56,2%), seguido por enfermeiros, com um total de 195 (15%) e médicos, com um total de 178 (13,6%). Vale salientar que algumas categorias profissionais não participaram do estudo por não serem exclusivos das enfermarias clínicas e cirúrgicas. Por exemplo, os profissionais de suporte ambiental dos hospitais HCU e HCAS fazem parte de uma central e a cada turno de trabalho são locados em unidades diferentes (TABELA 3).

Tabela 3 – Categoria profissinal dos participantes do estudo. Brasil, 2011.

	Hospitais						
Categoria Profissional	**HCRP N (%)**	**HCU N (%)**	**HGG N (%)**	**HRTN N (%)**	**HCAS N (%)**	**HGWA N (%)**	**Total**
Aux/téc de enfermagem	139(45,7)	155(44,2)	141(68,1)	100(66,7)	107(68,6)	89(66,9)	731(56,2)
Enfermeiro	53(17,4)	35(10)	29(14)	18(12)	30(19,2)	30(22,6)	195(15)
Médico	31(10,2)	118(33,6)	20(9,6)	3(2,0)	3(1,9)	3(2,3)	178(13,6)
Fisioterapeuta	9(3,0)	8(2,3)	3(1,4)	8 (5,3)	4(2,6)	4(3,0)	36 (2,8)
Secretário	14(4,6)	13(3,7)	3(1,4)	4 (2,7)	2 (1,3)	-	36 (2,8)
Nutricionista	12(3,9)	6(1,7)	2(1,0)	2(1,3)	-	-	22 (1,7)
Suporte ambiental	13(4,3)	-	2(1,0)	2(1,3)	-	4(3,0)	21 (1,6)
Chefe de Enfermagem	7(2,3)	2(0,6)	1(0,5)	3(2,0)	4(2,6)	1(0,8)	18 (1,4)
Assistente social	4(1,3)	6(1,7)	-	2(1,3)	3(1,9)	-	15 (1,2)
Técnico de nutrição/laboratório/radiologia	8(2,6)	-	-	-	2(1,3)	-	10 (0,8)
Atendente de enfermagem	4(1,3)	-	6(2,9)	-	-	-	10 (0,8)
Psicólogo	3(1,0)	2(0,6)	-	1 (0,7)	-	-	6 (0,5)
Terapeuta ocupacional	4(1,3)	-	-	1(0,7)	-	-	5 (0,4)
Técnico de eletroencefalograma	3(1,0)	-	-	-	-	-	3 (0,2)
Farmacêutico	-		-	3(2,0)	-	-	3 (0,2)
Dentista	-		-	1(0,7)	-	-	1 (0,1)
Fonoaudiólogo	-		-	1(0,7)	-	-	1 (0,1)
Dados ausentes	-	6(1,7)	-	1(0,7)	1(0,6)	2(1,5)	10(0,8)
Total	304	351	207	150	156	133	1301 (100)

Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCRP), Hospital das Clínicas de Uberlândia (HCU), Hospital Geral de Goiânia (HGG), Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), Hospital Dr. Carlos Alberto Studart (HCAS) e Hospital Geral Waldemar de Alcântara (HGWA).

Antes da avaliação psicométrica e análise descritiva das respostas do instrumento, foi realizada a análise dos dados ausentes e de respostas atípicas. De acordo com Hair Jr et al., (2005) o estudo dos dados ausentes deve ser tratado criteriosamente, pois podem trazer vieses aos resultados da pesquisa quando excluídos ou substituídos sem análise prévia de sua aleatoriedade. Dessa forma, serão apresentados a seguir os procedimentos usados na análise dos dados ausentes e respostas atípicas.

5.4 Estudo dos dados ausentes e respostas atípicas

Para análise de dados ausentes, consideramos as recomendações de Tabachnick e Fidell (2001). Esses autores consideram que as variáveis devem ter no máximo 5% de dados ausentes. Caso os totais de dados ausentes ultrapassem o percentual de 5% por variável, deve ser realizado o Teste-t de aleatoriedade. Esse teste é realizado com o objetivo de identificar se os itens não respondidos podem ou não influenciar nas análises a serem realizadas.

Observou-se que todos os itens do domínio Percepção da Gerência do Hospital apresentaram valores maiores do que 5% de dados ausentes: itens 24 (7,8%), 25 (8,8%), 26 (8,2%), 27 (8,1%) e 28 (8,5%).

Dessa forma, foi realizado o Teste-t somente para esses itens, comparando as médias do grupo formado pelos casos com dados ausentes com o outro grupo formado pelos casos sem dados ausentes. O nível de significância utilizado foi de 0,05. Após a realização do Teste-t, observou-se que o comportamento dos dados ausentes para esses itens não poderia ser considerado aleatório. Portanto, não foi possível aplicar métodos de correção de dados.

Optou-se então, por excluir 95 instrumentos que apresentaram dados ausentes em todos os itens do domínio Percepção da Gerência do Hospital (item 24, 25, 26, 27 e 28). Assim, dos 1301 instrumentos respondidos, restaram 1206 para a análise das propriedades psicométricas.

Para o restante dos itens, no qual os dados ausentes foram considerados aleatórios e passíveis de correção, os dados faltantes foram preenchidos pela média dos itens de cada domínio (COHEN, COHEN, 1983).

Quanto à análise dos dados atípicos (*outliers*), nenhum instrumento foi excluído por apresentar respostas atípicas com tendência aos extremos.

O item “não se aplica” foi considerado como dado preenchido por apresentar significado para o instrumento. No entanto, não participou dos cálculos de média e escore da escala. O “item não se aplica” foi identificado no banco de dados com a letra “X”.

5.5 Análise descritiva e avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Atitudes de Segurança

A análise descritiva do Questionário de Atitudes de Segurança foi realizada pela média das respostas aos itens (1 a 5) após a inversão dos itens reversos, indicados com "r" no final e pelo cálculo das respostas dos profissionais aos 41 itens. Esse cálculo foi realizado para cada domínio com base na fórmula $(m-1)\times 25$, onde m é a média dos itens do domínio em questão, variando no intervalo [0,100]. Valores maiores que 75 significam uma forte concordância dos profissionais quanto às questões de segurança do paciente.

O instrumento é composto por seis domínios. O domínio Percepção da Gerência é dividido em Percepção da Gerência do Hospital e Percepção da Gerência da Unidade. As respostas do instrumento foram assim classificadas: "discordo totalmente" (DT), "discordo parcialmente" (DP), "neutro" (Neutro), "concordo parcialmente" (CP) e "concordo totalmente" (CT) e "não se aplica" (NA).

Os itens 14, 33, 34, 35 e 36 não pertencem a nenhum domínio de acordo com o autor do instrumento. Após a análise fatorial exploratória e confirmatória da versão adaptada do SAQ para o português, esses itens foram realocados aos domínios nos quais apresentaram maior correlação.

De acordo com a Tabela 4, a maioria dos profissionais respondeu "concordo parcialmente" e "concordo totalmente" para os itens do instrumento. No entanto, seis itens apresentaram 50% ou mais das respostas concentradas nos item "concordo totalmente", tais como os itens 5 ("É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem"), 15 ("Eu gosto do meu trabalho"), 17 ("Este é um bom lugar para trabalhar"), 18 ("Eu me orgulho de trabalhar nesta área"), 20 ("Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado") e 21 ("Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a))". O contrário foi observado nos itens do domínio Percepção da Gerência (itens 24 a 29), os quais apresentaram a maioria das respostas concentradas em "discordo totalmente" ou "discordo parcialmente". Os itens 10 ("Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho") e 14 ("Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à gerência") apresentaram distribuição das respostas de forma equânime entre "discordo totalmente" e "concordo totalmente."

Os itens 14 e 23, bem como os itens do domínio Percepção da Gerência, apresentaram maior freqüência de resposta "não se aplica".

Tabela 4 – Freqüência de resposta da versão adaptada para o Brasil do *Safety Attitudes Questionnaire*. Brasil, 2011.

SAQ (N=1206)	DT N (%)	DP N(%)	Neutro N(%)	CP N(%)	CT N(%)	NA N(%)
1. As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área	24(2,0)	109(9,0)	91(7,5)	559(46,4)	397(32,9)	26(2,2)
2. (R) Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente.	192(15,9)	309(25,6)	90(7,5)	248(20,6)	341(28,3)	26(2,2)
3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)	78(6,5)	162(13,4)	123(10,2)	404(33,5)	412(34,2)	27(2,2)
4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes	43(3,6)	128(10,6)	63(5,2)	416(34,5)	522(43,3)	34(2,8)
5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem	48(4,0)	117(9,7)	90(7,5)	327(27,1)	613(50,8)	11(0,9)
6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada	132(10,9)	206(17,1)	89(7,4)	458(38,0)	303(25,1)	18(1,5)
7. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente	103(8,5)	150(12,4)	106(8,8)	410(34,0)	420(34,8)	17(1,4)
8. Erros são tratados de modo apropriado nesta área	124(10,3)	203(16,8)	182(15,1)	404(33,5)	269(22,3)	24(2,0)
9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área	90(7,5)	136(11,3)	150(12,4)	391(32,4)	410(34,0)	29(2,4)
10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho	259(21,5)	239(19,8)	148(12,3)	332(27,5)	192(15,9)	36(3,0)
11. (R) Nesta área, é difícil discutir sobre erros	230(19,1)	365(30,3)	126(10,4)	271(22,5)	182(15,1)	32(2,7)

DT= Discordo Totalmente; DP= Discordo Parcialmente; Neutro; CP= Concordo Parcialmente; CT= Concordo Totalmente; NA= Não se Aplica

Continua...

...Continua

SAQ (N=1206)	DT N (%)	DP N(%)	Neutro N(%)	CP N(%)	CT N(%)	NA N(%)
12. Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente	81(6,7)	133(11,0)	145(12,0)	348(28,9)	470(39,0)	29(2,4)
13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros	156(12,9)	158(13,1)	222(18,4)	371(30,8)	264(21,9)	35(2,9)
14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração.	234(19,4)	222(18,4)	259(21,5)	278(23,1)	150(12,4)	63(5,2)
15. Eu gosto do meu trabalho	22(1,8)	30(2,5)	30(2,5)	168(13,9)	947(78,5)	9(0,7)
16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família.	92(7,6)	113(9,4)	80(6,6)	427(35,4)	480(39,8)	14(1,2)
17. Este é um bom lugar para trabalhar.	48(4,0)	109(9,0)	55(4,6)	399(33,1)	588(48,8)	7(0,6)
18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área.	37(3,1)	68(5,6)	60(5,0)	298(24,7)	735(60,9)	8(0,7)
19. O moral nesta área é alto.	150(12,4)	170(14,1)	159(13,2)	393(32,6)	309(25,6)	25(2,1)
20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado.	79(6,6)	81(6,7)	40(3,3)	270(22,4)	715(59,3)	21(1,7)
21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a).	106(8,8)	91(7,5)	55(4,6)	322(26,7)	623(51,7)	9(0,7)
22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.	139(11,5)	120(10,0)	85(7,0)	335(27,8)	509(42,2)	18(1,5)
23.O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiorespiratória, convulsões).	231(19,2)	144(11,9)	79(6,6)	307(25,5)	342(28,4)	103(8,5)
24. A administração apóia meus esforços diários: (Hospital)	310(25,7)	188(15,6)	233(19,3)	239(19,8)	165(13,7)	71(5,9)
24. A administração apóia meus esforços diários: (Unidade)	287(23,8)	181(15,0)	194(16,1)	283(23,5)	201(16,7)	60(5,0)

DT= Discordo Totalmente; DP= Discordo Parcialmente; Neutro; CP= Concordo Parcialmente; CT= Concordo Totalmente; NA= Não se Aplica

Continua...

....Continua

SAQ (N=1206)	DT N (%)	DP N(%)	Neutro N(%)	CP N(%)	CT N(%)	NA N(%)
25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente: (Hospital)	209(17,3)	211(17,5)	267(22,1)	263(21,8)	203(16,8)	53(4,4)
25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente: (Unidade)	259(21,5)	193(16,0)	246(20,4)	247(20,5)	211(17,5)	50(4,1)
26. A administração está fazendo um bom trabalho: (Hospital)	143(11,9)	200(16,6)	216(17,9)	385(31,9)	234(19,4)	28(2,3)
26. A administração está fazendo um bom trabalho: (Unidade)	210(17,4)	183(15,2)	183(15,2)	349(28,9)	257(21,3)	24(2,0)
27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa: (Hospital)	307(25,5)	184(15,3)	294(24,4)	229(19,0)	132(10,9)	60(5,0)
27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa: (Unidade)	324(26,9)	208(17,2)	260(21,6)	231(19,2)	139(11,5)	44(3,6)
28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a): (Hospital)	220(18,2)	195(16,2)	226(18,7)	299(24,8)	205(17,0)	61(5,1)
28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a): (Unidade)	242(20,1)	185(15,3)	204(16,9)	304(25,2)	228(18,9)	43(3,6)
29. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes.	494(41,0)	245(20,3)	70(5,8)	235(19,5)	136(11,3)	26(2,2)
30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe.	260(21,6)	231(19,2)	128(10,6)	323(26,8)	238(19,7)	26(2,2)
31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim.	185(15,3)	249(20,6)	143(11,9)	352(29,2)	217(18,0)	60(5,0)
32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados	156(12,9)	193(16,0)	155(12,9)	321(26,6)	305(25,3)	76(6,3)

DT= Discordo Totalmente; DP= Discordo Parcialmente; Neutro; CP= Concordo Parcialmente; CT= Concordo Totalmente; NA= Não se Aplica

Continua...

...Continua

SAQ (N=1206)	DT N (%)	DP N(%)	Neutro N(%)	CP N(%)	CT N(%)	NA N(%)
33*. Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros (as) nesta área.	49(4,1)	119(9,9)	72(6,0)	438(36,3)	519(43,0)	9(0,7)
34*. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área.	96(8,0)	162(13,4)	116(9,6)	463(38,4)	350(29,0)	19(1,6)
35*. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área.	97(8,0)	158(13,1)	273(22,6)	335(27,8)	226(18,7)	117(9,7)
36*. (R) Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns.	353(29,3)	409(33,9)	128(10,6)	173(14,3)	117(9,7)	26(2,2)

DT= Discordo Totalmente; DP= Discordo Parcialmente; Neutro; CP= Concordo Parcialmente; CT= Concordo Totalmente; NA= Não se Aplica
Os itens com R são reversos
Os itens com * não possuem domínios

Na Tabela 5, são apresentadas as médias e medianas das respostas para cada item. Para a apresentação dos resultados descritivos do instrumento, as respostas foram padronizadas em uma escala de 1 a 5. Observa-se que as médias dos valores totais das respostas variaram entre “discordo totalmente” (1) a “concordo totalmente” (5). No entanto, a mediana variou entre “discordo parcialmente” (2) e “concordo parcialmente” (4), enquanto a média variou entre 2,4 (DP = 1,3) e 4,67 (DP = 0,83). A maioria dos itens apresentou mediana quatro. Os itens 5, 15, 18, 20 e 21 apresentaram mediana cinco. Ou seja, metade dos profissionais concordou totalmente com esses itens e a outra metade optou pelas outras respostas. Os itens relacionados ao domínio Percepção da Gerência apresentaram, em sua maioria, mediana três. Os itens 29 e 36 foram os únicos que apresentaram mediana dois.

Tabela 5 – Análise descritiva da versão adaptada para o Brasil do *Safety Attitudes Questionnaire.* Brasil, 2011.

SAQ (N=1206)	Intervalo obtido (Min- Max)		Mediana	Média	Desvio Padrão
1. As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área	1	5	4	4,01	0,98
2. (R) Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente.	1	5	4	3,20	1,49
3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)	1	5	4	3,77	1,24
4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes	1	5	4	4,06	1,12
5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem	1	5	5	4,12	1,15
6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada	1	5	4	3,50	1,33
7. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente	1	5	4	3,75	1,29
8. Erros são tratados de modo apropriado nesta área	1	5	4	3,42	1,29
9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área	1	5	4	3,76	1,25
10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho	1	5	3	2,96	1,42
11. (R) Nesta área, é difícil discutir sobre erros	1	5	3	2,84	1,38
12. Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente	1	5	4	3,84	1,25

Os itens com R são reversos
Os itens com * não possuem domínios

Continua...

...Continua

SAQ (N=1206)	Intervalo obtido (Min- Max)		Mediana	Média	Desvio Padrão
13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros	1	5	4	3,37	1,32
14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração.	1	5	3	2,90	1,33
15. Eu gosto do meu trabalho	1	5	5	4,66	0,80
16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família.	1	5	4	3,91	1,24
17. Este é um bom lugar para trabalhar.	1	5	4	4,14	1,11
18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área.	1	5	5	4,36	1,02
19. O moral nesta área é alto.	1	5	4	3,46	1,35
20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado.	1	5	5	4,23	1,20
21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a).	1	5	5	4,06	1,29
22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.	1	5	4	3,80	1,38
23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiorespiratória, convulsões).	1	5	4	3,35	1,53
24. A administração apóia meus esforços diários: (Hospital)	1	5	3	2,79	1,41
24. A administração apóia meus esforços diários: (Unidade)	1	5	3	2,94	1,45
25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente: (Hospital)	1	5	3	3,03	1,35
25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente: (Unidade)	1	5	3	2,96	1,41
26. A administração está fazendo um bom trabalho: (Hospital)	1	5	4	3,31	1,29
26. A administração está fazendo um bom trabalho: (Unidade)	1	5	4	3,22	1,40

Os itens com R são reversos
Os itens com * não possuem domínios

Continua...

...Continua

SAQ (N=1206)	Intervalo obtido (Min- Max)		Mediana	Média	Desvio Padrão
27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa: (Hospital)	1	5	3	2,73	1,35
27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa: (Unidade)	1	5	3	2,70	1,37
28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a): (Hospital)	1	5	3	3,06	1,38
28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a): (Unidade)	1	5	3	3,08	1,42
29. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes.	1	5	2	2,38	1,47
30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe.	1	5	3	3,04	1,46
31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim.	1	5	3	3,15	1,38
32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados	1	5	4	3,38	1,39
33*. Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros (as) nesta área.	1	5	4	4,05	1,12
34*. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área.	1	5	4	3,68	1,25
35*. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área.	1	5	4	3,40	1,21
36*. (R) Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns.	1	5	2	2,40	1,31

Os itens com R são reversos
Os itens com * não possuem domínios

5.5.1 Análise da confiabilidade

Para análise das propriedades psicométricas, é importante a análise da confiabilidade do instrumento de medida, além da análise de sua validade. A análise da confiabilidade da versão adaptada para o português do SAQ foi realizada por meio da análise da consistência interna de seus itens, através do coeficiente alfa de Cronbach, doravante denominado alfa. O alfa é um coeficiente de correlação que tem como premissa que os itens que compõem o instrumento sejam positivamente relacionados entre si. Portanto, devem medir o mesmo atributo. De acordo com Terwee (2007), os valores de alfa devem estar entre 0,7 e 0,9. Valores menores que 0,7 indicam que existe baixa correlação entre os itens e valores maiores que 0,9 indicam uma correlação muito forte, o que sugere a existência de redundância entre os itens. O alfa deve ser calculado para a escala como um todo e para cada domínio.

Os resultados desse estudo mostram que o instrumento em português apresentou coeficiente alfa de 0,89 (TABELA 6). De acordo com a literatura, esse valor indica que há uma forte correlação entre os itens e demonstra que o instrumento tem uma boa confiabilidade. A avaliação por domínio mostrou que cinco dos seus domínios apresentaram alfa acima de 0,70. O domínio Percepção da Gerência da Unidade foi o que apresentou melhor consistência interna (0,79) e os domínios Condições de Trabalho e Clima de Trabalho em Equipe foram os que apresentaram menor valor (0,65).

A média e a mediana do escore total do instrumento foram de 61,5 (DP=33,4) e 75, respectivamente. Por domínio, a média variou entre 47 e 77 e mediana entre 50 e 87.

Tabela 6 – Análise descritiva por domínio da versão adaptada para o Brasil do *Safety Attitudes Questionnaire*. Brasil, 2011.

Domínios do SAQ	**Número de itens**	**alfa de *Cronbach***	**Mediana**	**Média**	**DP**
SAQ total	41	0,89	75	61,5	33,4
Clima de Trabalho em Equipe	6	0,65	75	69,46	29,9
Clima de Segurança	7	0,67	75	60,5	32,3
Satisfação no Trabalho	5	0,77	75	77,66	27,8
Percepção do Estresse	4	0,78	87	71,51	33,4
Percepção da Gerência					
Unidade	6	0,79	50	47,02	35,5
Hospital	4	0,75	50	49,67	33,9
Condições de Trabalho	3	0,65	50	54,69	34,8

As Tabelas 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13 apresentam os resultados obtidos das correlações de Pearson entre os domínios e o valor total do instrumento, correlação de cada um dos itens com o seu domínio e o valor de alfa de Cronbach se o item for excluído. Para a análise do coeficiente de Pearson, seguimos o critério proposto pelo *British Medical Journal* (2009), observando as seguintes classes: entre 0 e 0,10, assume-se correlação ausente ou muito fraca; entre 0,20 e 0,39, correlação fraca; entre 0,40 e 0,59, correlação moderada; entre 0,60 e 0,79, correlação forte e entre 0,80 e 1,00, correlação muito forte.

De acordo com a Tabela 7, observa-se que o fator de intercorrelação da versão adaptada do SAQ para o Brasil apresentou valor de moderado a forte. A correlação de cada domínio com o total variou entre 0,70 e 0,78, com exceção do domínio Percepção do Estresse, o qual apresentou correlações negativas e correlação fraca com o total.

Tabela 7 – Coeficiente de correlação de Pearson entre os domínios da versão adaptada para o Brasil do *Safety Attitudes Questionnaire*. Brasil, 2011.

	(1)	**(2)**	**(3)**	**(4)**	**(5)**	**(6)**	**(7)**	**SAQ TOTAL**
(1)	1	0,62	0,49	0,36	0,44	0,45	-0,03	0,72
(2)	0,63	1	0,49	0,43	0,49	0,47	-0,04	0,78
(3)	0,49	0,49	1	0,40	0,43	0,46	-0,13	0,70
(4)	0,36	0,42	0,39	1	0,55	0,45	-0,03	0,70
(5)	0,44	0,49	0,43	0,55	1	0,54	-0,00	0,77
(6)	0,45	0,46	0,46	0,45	0,54	1	-0,08	0,70
(7)	-,0,03	-0,04	-0,13	-0,03	-0,00	-0,08	1	0,15
SAQ TOTAL	0,74	0,78	0,68	0,70	0,80	0,70	0,13	1

(1) Clima de Trabalho em Equipe; (2) Clima de Segurança; (3) Satisfação no Trabalho; (4) Percepção da Gerência do Hospital; (5) Percepção Gerência da Unidade; (6) Condições de Trabalho; (7) Percepção do Estresse.

A Tabela 8 apresenta os coeficientes de correlação item-total do domínio Clima de Trabalho em Equipe, e o valor do alfa de Cronbach se o item for retirado.

Tabela 8 – Coeficiente de correlação item-total, alfa de Cronbach se o item for retirado do domínio Clima de Trabalho em Equipe. Brasil, 2011.

Clima de Trabalho em Equipe (α total=0,65)	**Correlação item-total**	**alfa de Cronbach se o item for excluído**
1. A contribuição do (a) enfermeiro (a) é bem recebida nesta área	0,39	0,59
2. Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente	0,16	0,69
3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)	0,41	0,58
4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes	0,47	0,56
5. É fácil para os membros da equipe daqui fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem	0,39	0,59
6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada	0,47	0,55

No domínio Clima de Trabalho em Equipe, o alfa total foi 0,65. Observa-se que com a retirada de cada um dos itens, individualmente, ocorreu uma variação no alfa de 0,55 a 0,69. Os valores de correlação entre cada um dos itens com o valor total do domínio variaram de 0,16 a 0,47, indicando correlação entre baixa e moderada. O item 2, que é reverso, apresentou menor correlação item-total. Com a retirada desse item o valor de alfa aumentaria para 0,69.

Tabela 9 – Coeficiente de correlação item-total, alfa de Cronbach se o item for retirado do domínio Clima de Segurança. Brasil, 2011.

Clima de Segurança (α total=0,67)	**Correlação item-total**	**alfa de Cronbach se o item for excluído**
7. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente	0,41	0,62
8. Erros são tratados de modo apropriado nesta área	0,54	0,59
9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente nesta área	0,40	0.63
10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho	0,43	0,62
11. Nesta área, é difícil discutir sobre erros	0,22	0,68
12. Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente	0,42	0,62
13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros	0,24	0.67

O domínio Clima de Segurança apresentou alfa de 0,67. O item 11 reverso foi o que apresentou menor correlação item-total. Devido à baixa correlação desse item com os demais, a correlação interna entre os itens e o total aumentaria para 0,68 caso esse item fosse retirado.

Tabela 10 – Coeficiente de correlação item-total, alfa de Cronbach se o item for retirado do domínio Satisfação no Trabalho. Brasil, 2011.

Satisfação no Trabalho (α total=0,77)	**Correlação item-total**	**alfa de Cronbach se o item for excluído**
15. Eu gosto do meu trabalho	0,42	0,75
16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família	0,56	0,70
17. Este é um bom lugar para trabalhar	0,65	0,67
18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área	0,62	0,69
19. O moral nesta área é alto	0,45	0,75

O alfa para o domínio Satisfação no Trabalho é de 0,77, o que é considerado uma ótima consistência interna. A correlação item-total variou de 0,42 a 0,65 indicando correlação de moderada a forte.

Tabela 11 – Coeficiente de correlação item-total, alfa de Cronbach se o item for retirado do domínio Percepção do Estresse. Brasil, 2011.

Percepção do Estresse (α total=0,78)	**Correlação item-total**	**alfa de Cronbach se o item for excluído**
20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado	0,54	0,74
21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a)	0,66	0,68
22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis	0,56	0,73
23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiorespiratória, convulsões)	0,56	0,73

O domínio Percepção do Estresse apresentou alfa de 0,78, indicando que esse domínio apresenta boa consistência interna. A correlação entre os itens e o total variou de 0,54 a 0,66, o que significa que há uma correlação de moderada a forte**.**

Tabela 12 – Coeficiente de correlação item-total, alfa de Cronbach se o item for retirado do domínio Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital. Brasil, 2011.

Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital (α total=0, 79 e 0,75)	**Correlação item-total**		**alfa de Cronbach se o item for excluído**	
	Unid	**Hosp**	**Unid**	**Hosp**
24. A administração apóia meus esforços diários:	0,66	0,59	0,74	0,67
25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente:	0,37	0,28	0,80	0,78
26. A administração está fazendo um bom trabalho:	0,69	0,61	0,73	0,67
27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa:	0,64	0,58	0,74	0,68
28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a)	0,60	0,53	0,75	0,70
29. Nesta área, a equipe (número e qualificação) é suficiente para lidar com o número de pacientes	0,37	-	0,80	-

Os domínios Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital apresentaram alfa de 0,75 e 0,79, respectivamente. Logo, ambos são considerados de boa consistência interna entre os itens. O item 29 pertence somente ao domínio Percepção da Gerência da Unidade. A correlação entre os itens desses domínios variou entre 0,37 e 0,69 e entre 0,28 e 0,61, respectivamente, indicando correlação fraca a forte. O item 25 apresentou correlação fraca para a unidade e para o hospital, enquanto o item 29 apresentou correlação fraca para a unidade. Dessa forma, o valor de alfa aumentaria para 0,80 se esses itens fossem retirados.

Tabela 13 – Coeficiente de correlação item-total, alfa de Cronbach se o item for retirado do domínio Condições de Trabalho. Brasil, 2011.

Condições de Trabalho (α total=0,65)	**Correlação item-total**	**alfa de Cronbach se o item for excluído**
30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe	0,46	0,55
31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim	0,48	0,53
32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados	0,45	0,57

O domínio Condições de Trabalho apresentou alfa de 0,65. Embora o valor de alfa seja menor que 0,70, a correlação item-total variou entre 0,46 e 0,48, representando uma correlação moderada entre os itens.

Após a análise da confiabilidade, serão apresentadas a seguir a análise da responsividade e validação de construto do instrumento.

5.5.2 Análise da responsividade e validade de construto do Questionário de Atitudes de Segurança

Nesse estudo, foi realizada a validade de construto, face e de conteúdo. A validade de construto foi realizada por meio da análise fatorial exploratória, confirmatória e comparação entre grupos. A validade de face e a de conteúdo foi realizada por meio do pré-teste e análise do comitê de especialistas e avaliação da responsividade do instrumento.

A responsividade do instrumento, outra forma de avaliar a validade de conteúdo, avalia a existência do efeito mínimo e efeito máximo. Esses efeitos ocorrem quando mais de 15% dos respondentes optarem pelo maior ou menor escore possível (TERWEE, 2007). A Tabela 14 apresenta os valores mínimos e máximos em relação às respostas dos profissionais, de acordo com os domínios do instrumento e os hospitais do estudo.

O efeito máximo foi identificado no domínio Percepção do Estresse em todos os hospitais do estudo e no domínio Satisfação no Trabalho nos HCAS, HGWA, HRTN e HCRP. O efeito mínimo foi identificado no domínio Percepção da Gerência da Unidade no HCU.

Tabela 14 - Efeito mínimo e máximo da versão adaptada para o português do *Safety Attitudes Questionnaire*. Brasil, 2011.

	Clima de Trabalho em Equipe		Clima de Segurança		Satisfação no Trabalho		Percepção do Estresse		Percepção da Gerência do Hospital		Percepção da Gerência da Unidade		Condições de Trabalho	
	% min-	% max	% min	% max	% min	% max	% min	% max	% min	% max	% min	% max	% min	% max
HCU	0,6	2,7	0,3	0,3	0,3	8,5	3,0	22,1*	4,8	2,1	17,8*	0,6	5,7	3,0
HCAS	1,4	6,2	0,7	1,4	0.7	21,2*	4,1	18,5*	0,7	2,7	1,4	2,7	2,7	11,6
HGWA	1,0	5,1	1,0	3,0	1,0	22,2*	1,0	23,2*	1,0	9,1	1,0	5,1	1,0	9,1
HRTN	1,4	2,8	2,8	2,8	0,7	19,0*	4,2	17,3*	2,1	1,4	1,4	0,7	3,5	8,5
HCRP	0,3	6,9	0,3	2,0	0,7	20,1*	1,6	19,4*	2,0	3,0	1,0	1,6	2,3	13,8
HGG	0,5	1,1	1,1	1,1	0,5	4,9	0.5	19,0*	2,7	0,5	3,3	0,5	5,4	1,6

* Valores acima de 15%

5.5.2.1 Resultados relacionados a validação de construto

A validade de construto do SAQ foi investigada mediante as análises fatoriais exploratória e confirmatória e a comparação entre grupos. A análise fatorial exploratória foi realizada com o objetivo de analisar se os itens foram agrupados da mesma maneira que a versão original. A análise fatorial confirmatória foi realizada com o objetivo de verificar a adequação da organização dos conteúdos à estrutura fatorial proposta e explorar se quaisquer modificações significantes no instrumento são necessárias (HAIR JR et al.,2005). A comparação entre grupos teve por objetivo comparar médias entre grupos conhecidos para saber se as média dos escores do instrumento diferem ou não com respeito ao construto medido para os grupos divididos de acordo com o sexo, categoria profissional, tempo de atuação e hospital.

1. Análise fatorial exploratória

A análise fatorial exploratória da versão adaptada do SAQ foi realizada por meio da matriz de rotação Varimax para os componentes Clima de Trabalho em Equipe, Clima de Segurança, Satisfação no Trabalho, Percepção da Gerência do Hospital, Percepção da Gerência da Unidade, Condições de Trabalho e Percepção do Estresse, utilizando os 41 itens.

A extração de componentes baseia-se nos autovalores[1] (valor igual ou superior a 1). Dessa forma, foram extraídos nove componentes que explicam 57% das variâncias acumuladas. Ou seja, os itens que compõem esses fatores explicam 57% da variável latente que se procura medir com os itens (PASQUALI, 2003). No entanto, observa-se que a maioria dos itens está organizada nos sete primeiros componentes, o que coincide com o número de domínios do instrumento original.

Para as correlações, foi exigido um valor entre itens e domínios de no mínimo 0,3. Quando um item estava alocado em mais de um componente, foi considerada a maior correlação para definir a que componente ele pertence.

De acordo com a matriz de correlação dos nove componentes, observamos que o primeiro componente agrupou os itens dos domínios Clima de Trabalho em Equipe e Clima de Segurança. O segundo componente agrupou os itens relacionados ao domínio Satisfação no

[1] Do inglês *eigenvalues*

Trabalho. O terceiro componente está relacionado com os itens do domínio Percepção da Gerência da Unidade. O quarto componente agrupou os itens do domínio Percepção da Gerência do Hospital e o item 14, que inicialmente não foi alocado em nenhum domínio pelo autor do SAQ. O quinto componente agrupou itens relacionados com o domínio Percepção do Estresse. O sexto componente agrupou os itens relacionados com o domínio Condições de Trabalho. O sétimo componente agrupou os itens 33, 34 e 35 que também não foram alocados em nenhum domínio. O oitavo componente agrupou dois itens que no instrumento original pertencem ao domínio Percepção da Gerência. O nono componente agrupou os itens reversos do instrumento, 2, 11 e 36.

A Tabela 15 apresenta a matriz de rotação Varimax resultante da análise fatorial exploratória para os nove componentes.

Tabela 15 - Matriz de rotação Varimax dos componentes da versão adaptada do SAQ. Brasil, 2011.

Itens	Componentes								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem	0,654								
8. Erros são tratados de modo apropriado nesta área	0,601								
4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes	0,561								
6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada	0,537								
3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)	0,536								
12. Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente	0,531								
9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área	0,528								
7. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente	0,517								
13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros	0,473								
1. As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área	0,406								
10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho	0,350								
18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área		0,744							
17. Este é um bom lugar para trabalhar		0,705							
15. Eu gosto do meu trabalho		0,699							
16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família		0,631							
19. O moral nesta área é alto		0,387							
24. A administração apóia meus esforços diários (Unidade)			0,722						
27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa (Unidade)			0,683						
26. A administração está fazendo um bom trabalho: (Unidade)			0,681						
28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a): (Unidade)			0,523						
27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa: (Hospital)				0,735					
26. A administração está fazendo um bom trabalho: (hospital)				0,643					
28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a): (Hospital)				0,622					
14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração*				0,336					
21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a)					0,824				
22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis					0,772				
20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado					0,763				
23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiorrespiratória, convulsões)					0,748				
30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe						0,627			
29. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes						0,605			
31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim						0,582			
32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados						0,536			
34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área*							0,821		
35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área*							0,765		
33. Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros (as) nesta área*							0,602		
25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente: (Unidade)								0,818	
25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente: (Hospital)								0,729	
2. (R) Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente									0,703
11. (R) Nesta área, é difícil discutir sobre erros									0,679
36. (R) Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns *									0,524

(R) Itens reversos; * Não possuem domínios

Quando considerada somente a magnitude de correlação, observa-se que os itens 25 (Unidade), 25 (Hospital) estão alocados em componentes diferentes dos domínios do instrumento original. No entanto, quando analisado o valor de correlação com a base conceitual de cada item, observa-se que os itens podem ser alocados em seus domínios de origem. Desta forma, os itens 25 (Unidade) e 25 (Hospital) que foram agrupados no nono componente após a análise de conceito do item, migrariam para o terceiro e quarto componentes, que estão relacionados com o domínio Percepção da Gerência.

2. Análise fatorial confirmatória

A análise fatorial confirmatória (CFA) emprega equações estruturais derivadas de técnicas estatísticas que avaliam relações simultâneas entre uma ou mais varáveis dependentes ou independentes, permitindo o teste empírico de modelos teóricos (BONETT; BENTLER, 1983).

Para avaliação da análise confirmatória, dois conjuntos de dados devem ser observados: o ajustamento global do modelo fatorial hipotetizado e a estimativa da magnitude do efeito dos construtos sobre as variáveis mensuradas (HU; BENTLER; KANO, 1992). O ajuste global é calculado pelo software e é apresentado por índices.

O Quadro 3 mostra os principais índices de ajuste para avaliação dos modelos confirmatórios e estruturais utilizados como parâmetro nesse estudo.

Quadro 3 – Índices de ajustes utilizados no estudo. Brasil, 2011.

Índices	**N> 250** **m>=30**
Bentler Comparative Fit Índex (CFI)	> 0,9
Goodness of fit index (GFI)	> 0,9
Adjusted Goodness of fit index (AGFI)	> 0,9
Root Mean Square Error of approximation (RMSEA)	0,05 a 0,08

Fonte: Hair Jr. et al., (2005) N=número de observações;

m= número de variáveis observáveis

O CFI (*Bentler Comparative Fit Índex)* é um dos índices de ajuste mais importantes e originais. Mede a diminuição relativa da discrepância causada pela mudança de

um modelo nulo ou de base para um modelo mais complexo. Valores acima de 0,9 indicam modelo de ajuste satisfatório (HAIR, et al., 2005).

O GFI (*Goodness of Fit Index*) representa o grau geral de ajuste. Seu valor varia de 0 (ajuste muito pobre) a 1 (ajuste perfeito). Quanto mais próximo a 1, melhor é considerado o ajuste (HAIR, et al., 2005).

O AGFI (*Adjusted Goodness of Fit Índex*) é um índice ajustado de qualidade. É uma extensão do GFI e o nível de aceitação recomendado é um valor maior ou igual a 0,9 (HAIR, et al., 2005).

O RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation)* é uma medida que corrige a tendência da estatística qui-quadrado em rejeitar qualquer modelo especificado com uma amostra suficientemente grande. Valores aceitáveis variam de 0,05 a 0,08 (HAIR, et al., 2005).

O Quadro 4 apresenta os índices da análise fatorial confirmatória do Questionário de Atitudes de Segurança traduzido e validado para o português.

Quadro 4 - Índices da análise fatorial confirmatória do SAQ total e de cada domínio. Brasil, 2011.

	Bentler CFI	**AGFI**	**GFI**	**RMSEA**
SAQ Total	0,98	0,90	0,92	0,04
Clima de Trabalho em Equipe	0,96	0,98	0,99	0,03
Clima de Segurança	0,93	0,96	0,98	0,06
Satisfação no Trabalho	0,94	0,90	0,96	0,11
Percepção do Estresse	0,89	0,69	0,93	0,25
Percepção da Gerência do Hospital	0,98	0,97	0,99	0,04
Percepção da Gerência da Unidade	0,98	0,96	0,98	0,06
Condições de Trabalho	0,98	0,98	0,99	0,04

Em relação aos índices de ajuste do modelo de mensuração, os resultados encontrados mostram um ótimo ajuste para o instrumento total e para os domínios, com exceção ao domínio Percepção do Estresse. Para esse domínio, o AGFI obteve resultado menor que 0,9, assim como o RMSEA apresentou valor 0,25. No entanto, o alfa para esse domínio foi de 0,78.

3. Comparação entre grupos

Outro método de validação de construto é a análise das diferenças entre grupos conhecidos, denominado *Known Groups*. Dessa forma, foi realizada comparação das médias entre grupos com a finalidade de testar as seguintes hipóteses:

1. Não há diferença de médias entre os profissionais do sexo masculino e feminino quanto aos escores do SAQ.
2. Há diferença de médias dos escores do instrumento entre os hospitais.
3. Não há diferença de médias dos escores dos participantes do nível superior e médio.
4. Não há diferença de médias dos escores dos participantes e o tempo de atuação.

A comparação de médias entre o sexo masculino e feminino e nível de escolaridade foi realizada pelo Teste-t, enquanto a comparação de médias entre hospitais e tempo de atuação foi realizada pela análise de variância e comparações múltiplas (ANOVA). Foi considerado um nível de significância de 5% (TABELA 16).

Tabela 16 – Descrição das médias, desvio padrão e p-valor por gênero, nível de escolaridade e hospitais. Brasil, 2011.

Variáveis	**N**	**Média**	**DP**	**p-valor**
Gênero (N=1178)				
Masculino	275	60,9	14,8	0,333
Feminino	903	61,9	14,6	
Nível de escolaridade (N=1199)				
Profissionais de nível superior	463	61,9	14,8	0,663
Profissionais de nível médio	736	61,5	14,8	

Continua...

Continua…

Variáveis	N	Média	DP	p-valor
Hospitais (N=1206)				
HCU	331	54,9	14,2	0,000
HCAS	146	67,9	13,9	
HGWA	99	70,8	11,6	
HRTN	142	62,6	13	
HCRP	304	65,9	13,7	
HGG	184	55,3	13,6	
Tempo de atuação (N=1179)				
< 6 meses	90	68,2	11,8	0,000
6 a 11 meses	84	62,6	14,8	
1 a 2 anos	190	60,7	14,5	
3 a 4 anos	171	60,3	13,0	
5 a 10 anos	305	60,3	15,0	
11 a 20 anos	203	61,2	15,7	
21 anos ou mais	136	63,0	15,7	

Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCRP), Hospital das Clínicas de Uberlândia (HCU), Hospital Geral de Goiânia (HGG), Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), Hospital Dr. Carlos Alberto Studart (HCAS) e Hospital Geral Waldemar de Alcântara (HGWA).

De acordo com a Tabela 17, observa-se que não houve diferença entre as médias dos escores entre homens e mulheres (60,92, DP=14,84; 61,90, DP = 14,67) e o nível de escolaridade superior e médio (61,91, DP=14,80; 61,53, DP=14,81). No entanto, houve diferença de médias entre os hospitais e quanto ao tempo de atuação dos profissionais.

As Figuras 3, 4, 5 e 6 mostram no *Boxplot* a exploração dos dados e a distribuição das médias para cada grupo. Mesmo com a exclusão dos valores atípicos que aparecem em cada *Boxplot* não foi observada diferença quando a comparação das médias.

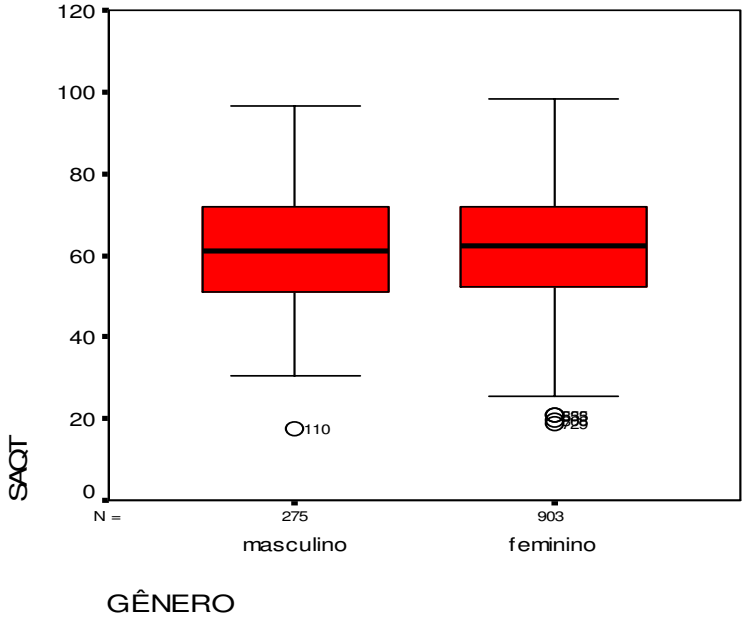

Figura 3 – Boxplot dos grupos relacionados ao gênero e o escore total do SAQ. Brasil, 2011.

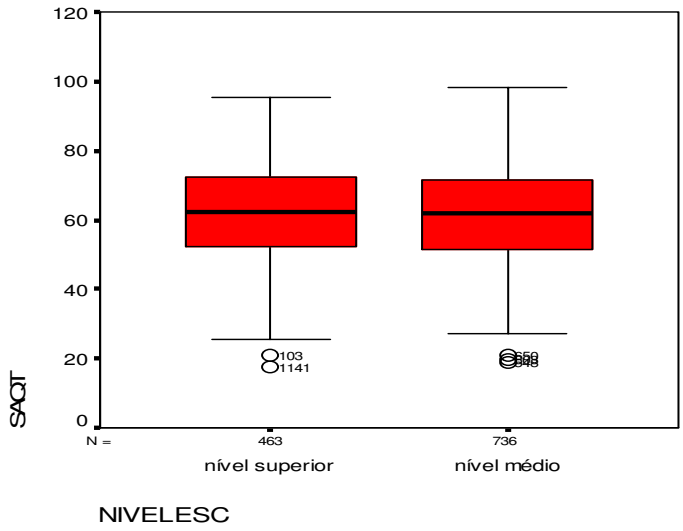

Figura 4 - Boxplot dos grupos relacionados ao nível de escolaridade e o escore total do SAQ. Brasil, 2011.

Quanto à diferença de média dos escores entre aos hospitais, observou que houve diferença entre as médias dos seis hospitais ($p < 0,000$).

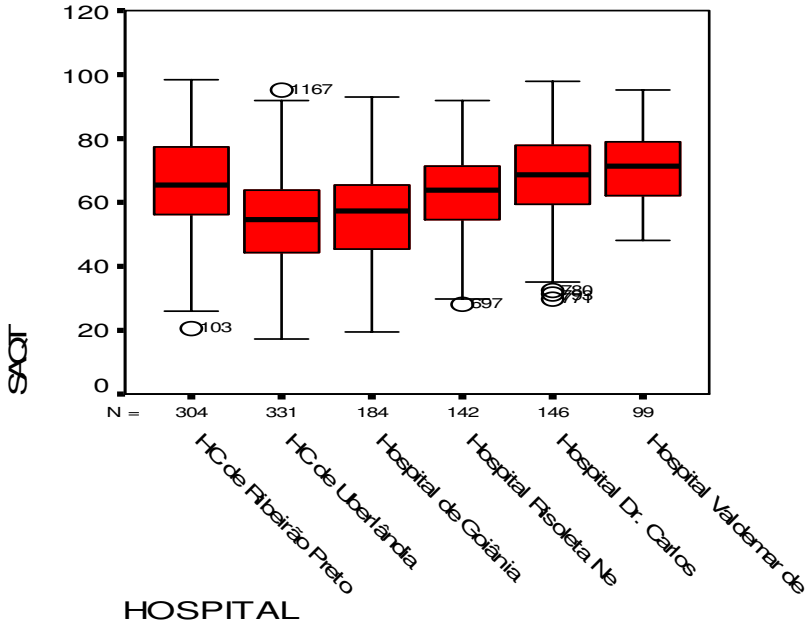

Figura 5 - Boxplot dos hospitais do estudo e o escore total do SAQ. Brasil, 2011.

.

Observou-se também diferença entre médias do tempo de atuação dos profissionais ($p < 0,000$).

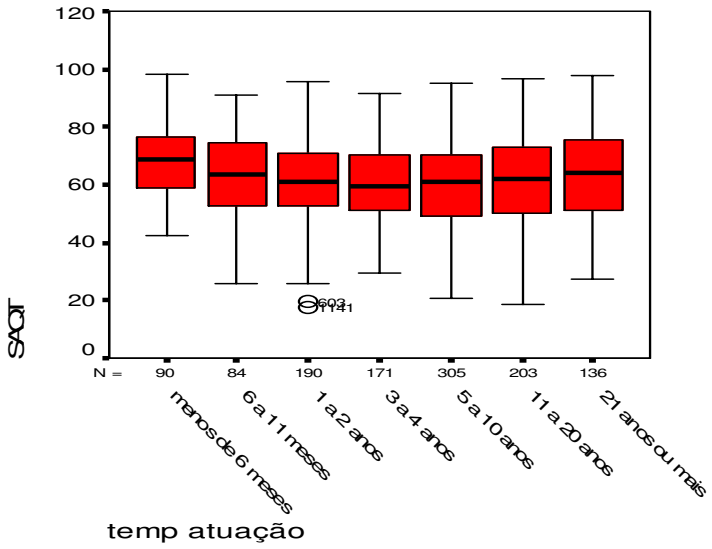

Figura 6 – Boxplot do tempo de atuação dos profissionais do estudo e o escore total do SAQ. Brasil, 2011.

Diante dos resultados identificados nesse estudo, o Questionário de Atitudes de Segurança possui propriedades psicométricas adequadas, portanto é considerado válido e confiável para aplicação em instituições de saúde no Brasil.

6 Discussão

Com relação ao Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), versão traduzida do inglês e culturalmente adaptada ao Brasil do *Safety Attitudes Questionnaire – Short Form* 2006, este estudo realizou:

- validação de conteúdo, com um grupo de nove juízes,
- validação de face, com um grupo de profissionais representantes da população alvo, e;
- validação de construto, por meio da análise fatorial confirmatória e exploratória e comparação entre grupos.

A análise da confiabilidade do instrumento foi realizada por meio da consistência interna de seus itens, usando o coeficiente alfa de Cronbach da escala total e de cada um dos domínios.

Para a validação de conteúdo, foi convidado um grupo de nove juízes de diferentes profissões e regiões do Brasil com o intuito de adaptar o instrumento para o contexto de cada região do país. Isso é necessário tendo em vista as dimensões continentais do Brasil, resultando em uma diversidade cultural que não deve ser desprezada em estudos desse tipo. Para análise das equivalências pelos juízes, foi utilizado um instrumento de avaliação que continha a versão original, a versão traduzida e a retrotradução de cada item do questionário. Os juízes marcavam se os itens eram equivalentes, não-equivalentes ou se não era possível avaliar ou não sabiam. Todas as respostas foram organizadas em um banco de dados.

Esse instrumento de avaliação dos juízes continha 76 itens. Dentre os itens, onze apresentaram algum tipo de não equivalência. As sugestões foram relacionadas com o título da escala e a ordenação das palavras nas frases. Após a análise das sugestões dos juízes pela pesquisadora e orientadora, todas as sugestões foram acatadas.

Após a avaliação dos juízes, o instrumento final foi aplicado a dez profissionais representativos da população alvo (estudo piloto). Nessa fase, foi avaliado o tempo de preenchimento do instrumento, a compreensão dos seus itens e a sua viabilidade.

Nessa fase, os profissionais preencheram o questionário em aproximadamente 10 minutos, tempo semelhante ao sugerido pelo manual do instrumento (SEXTON; THOMAS; GRILLO, 2003). No entanto, observou-se que os profissionais do nível médio, incluindo os técnicos, apresentaram mais dificuldades quanto à interpretação dos itens, comparado aos profissionais do nível superior.

Não foram encontrados nenhum estudo com o SAQ com resultados referentes a dificuldade de preenchimento dos profissionais de nível médio. Acredita-se que a dificuldade na interpretação dos itens deve-se ao perfil e a formação dos profissionais do nível médio no Brasil. Esses profissionais, na maioria das vezes, são indivíduos de classes sociais menos favorecidas economicamente, que apresentam dificuldade de inserir-se ou manter-se no mercado de trabalho, e por profissionais que buscam sair de uma área onde o mercado já está saturado (FILHO; WERMELINGER; GARCIA, 2010).

6.1 Aplicação do instrumento em uma amostra de profissionais

Após a fase do estudo piloto, foi construída a versão final do instrumento e aplicada a 1301 profissionais, dentre os quais observou-se maior predominância do sexo feminino, com um total de 968(74,4%). O sexo feminino ainda é predominante em algumas profissões da área da saúde, em especial aos profissionais da enfermagem. Isso se deve ao fato de que desde os primórdios o cuidado aos enfermos é uma atividade prioritariamente exercida por mulheres, por motivações culturais. Essa predominância do sexo feminino entre os profissionais que atuam em hospitais, principalmente na enfermagem, é também compartilhada por outros autores (LIMA JUNIOR; ALCHIERI; CHAVES, 2009; ABRAAO et al., 2010). No entanto, observa-se que em determinados setores do hospital, como, por exemplo, no setor de emergência, o sexo masculino é maioria, como também constatado por estudo desenvolvido por Patterson et al. (2010) em três hospitais de emergência na Pensilvânia, EUA.

Quanto ao tempo de atuação, a maioria dos profissionais possui entre cinco e dez anos na instituição, com exceção dos profissionais atuantes no Hospital Risoleta Tolentino Neves, onde a maioria apresenta entre um e quatro anos de atuação.

O HRTN tem 11 anos de fundação. Seus profissionais deveriam ter no máximo onze anos de atuação. No entanto, a partir de 2005, houve uma mudança na gestão desse hospital, que passou a ser gerenciado pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). A partir deste ano, o hospital contratou e realizou novos concursos. Isso explica o baixo tempo de atuação dos profissionais nesse hospital.

O tempo de atuação do profissional na instituição é um importante indicador de segurança do paciente, pois representa a rotatividade de profissionais na instituição (*turnover*), o qual compromete a continuidade de cuidado ao paciente quando é alta. Os

estudos de Bognár (2009) e Huang et al. (2007, 2010) apresentaram resultados semelhantes a esse quanto ao tempo de atuação.

Os profissionais que compõem a equipe de enfermagem, por constituírem a maioria dos profissionais nas instituições de saúde, foram os que mais responderam ao questionário. Os médicos foram os que mais se recusaram a responder, alegando falta de tempo para preencher a escala. Essa baixa freqüência nas repostas dos médicos foi observada em outros estudos com o SAQ (SEXTON et al., 2006; DEILKAS; HOFOSS, 2008), assim como em estudos usando outros questionários com o mesmo propósito (KHO et al., 2005).

6.1.1 Análise descritiva das respostas do instrumento

Como foi declarado no capítulo anterior, a análise descritiva do questionário foi realizada pela média das respostas aos itens (1 a 5) e pelo cálculo do escore total do questionário e para cada domínio. Para cada domínio, utilizou-se a fórmula $(m-1)\times 25$, onde m é a média dos itens do domínio em questão. Valores acima de 75 indicam boa percepção do clima de segurança pelos profissionais.

O escore total da versão adaptada para a língua portuguesa do questionário de atitudes de segurança variou entre 47 e 77 com mediana de 75 e média de 61,5 (DP=33,4). Embora a média do escore total do questionário da versão brasileira tenha ficado abaixo do valor aceitável, que é 75, Sexton et al., (2006) identificaram médias semelhantes em estudos com o SAQ em 203 unidades clínicas dos Estados Unidos, Nova Zelândia e Inglaterra, com variação entre 47,6 e 74,4, em unidades especializadas em cuidados agudos, com média entre 46,4 e 68,5 (RELIHAN et al., 2009), em centros cirúrgicos, com média entre 34 e 63 (DAVENPORT et al., 2008), e em ambulatórios de diversas especialidades no Texas, com média entre 47,2 e 76,3 (MODAK et al., 2007).

De acordo com Nordén-Hagg et al. (2010), escore acima de 80 significa que há um forte consenso entre os profissionais sobre o cima de segurança da instituição. Em outras palavras, a instituição possui um ambiente propício para o trabalho, os profissionais estão satisfeitos com o trabalho que desempenham, há percepção positiva quanto ao clima de segurança e outros fatores que contribuem com atitudes positivas de segurança. No entanto, escore é abaixo de 60 significa um sinal de alerta para as institu-

ições, indicando a necessidade urgente de ações para implementação da cultura de segurança na instituição.

Quando avaliados os resultados encontrados no estudo por domínio, observa-se que a percepção dos profissionais varia significativamente entre os domínios. O primeiro domínio, relacionado com o Clima de Trabalho em Equipe (itens 1 a 6), apresentou média de 69,4 (DP=29,9) e mediana 75. Esses resultados ficaram no limite de 75, ou seja, 50% dos profissionais dos hospitais estudados no Brasil concordaram que há boa qualidade de colaboração entre os membros da equipe. Os outros 50% discordaram, ficaram neutros ou marcaram "não se aplica" para os itens desse domínio. Valores abaixo de 75 foram identificados em estudos com o SAQ na China, com média de 48,9 (DP=11,8) (LEE et al., 2010), em hospitais da cidade de Nova York, com média 69,3 (DP=19,8) (WISNIEWSKI et al., 2007) e em ambulatórios de cuidados clínicos em Nebraska, nos Estados Unidos, com média 71,8 (DP=19,9) (HOLDEN; WATTLS; WALKER, 2010).

Estudos com grupos específicos de profissionais, tais como o estudo de Nórden-Hagg et al., (2010) com farmacêuticos na Suécia, apresentou média elevada para o domínio Clima de Trabalho em Equipe, com valor de 83,2 (DP=18,2). Quando se compara a percepção do clima de trabalho em equipe entre médicos e enfermeiros, observa-se que os enfermeiros são menos satisfeitos com o clima de trabalho em equipe do que os médicos (THOMAS; SEXTON; HELMREICH et al., 2003).

Embora a média desse domínio da versão brasileira do SAQ tenha apresentado resultado abaixo de 75 e mediana limítrofe, 940 (78%) profissionais brasileiros concordaram totalmente ou parcialmente que é fácil fazer perguntas quando existe algo que não entendem, 938 (78%) profissionais concordaram que tem o apoio dos outros membros da equipe para cuidar dos pacientes e 761 (63,1%) profissionais concordaram que os médicos e os enfermeiros das áreas estudadas trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.

O nível de colaboração entre os membros da equipe tem forte impacto na qualidade de cuidados prestados ao paciente, como indicam estudos sobre cultura de segurança (LUNDSTROM et al.,2002; ROSE et al., 2006). Quando há comunicação entre os membros da equipe, há redução de eventos adversos (HOFMANN; MARK, 2006), redução de complicações durante o intra-operatório (MAZZOCCO et al., 2009) e aumento da satisfação dos membros da equipe (PROUDFOOT et al., 2007).

Quanto ao segundo domínio, Clima de Segurança, representado pelos itens de 7 a 13, os resultados estão um pouco abaixo da média em comparação com outros estudos, com média de 69,4 (DP=29,9) e mediana 75. Para esse domínio, estudos identificaram médias que variaram entre 65,9 a 79,7 (RELIHAN et al., 2009; HOLDEN, WATTLS, WALKER, 2010; TAYLOR et al., 2007).

Estudo realizado em vários hospitais dos Estados Unidos, Inglaterra e Nova Zelândia, obtiveram média para esse domínio com valores entre 60,5 e 69,9 em unidades de terapia intensiva, centro cirúrgico e clínicas médicas. Nesse estudo, 46% dos profissionais receberam retorno apropriado sobre seu desempenho (SEXTON et al., 2006).

De acordo com o valor da mediana, o resultado demonstra que os profissionais que participaram desse estudo no Brasil concordaram que suas instituições estão comprometidas com as questões de segurança do paciente. As respostas dos profissionais aos itens desse domínio corroboram com esse resultado: 830 (69%) profissionais responderam que se sentiriam seguros se fossem tratados como pacientes nas unidades na qual eles trabalham, 673 (56%) concordaram que os erros são tratados de modo apropriado nas unidades na qual trabalham. Quase metade dos profissionais 595 (50%) discordaram que é difícil falar sobre erros. No entanto, 524 (43,4%) concordaram que recebem o retorno apropriado sobre seu desempenho.

Instituições que já reconheceram a importância da cultura de segurança para redução de eventos adversos, como nas áreas de aviação e energia nuclear, afirmam que um componente importante para o sucesso é a priorização incondicional das questões de segurança. Esse comprometimento envolve desde a execução de ações preventivas até o tratamento dos eventos depois de seu acontecimento.

Além do clima positivo de trabalho em equipe e o comprometimento da instituição com as questões de segurança, um outro fator que influenciam diretamente a cultura de segurança é a satisfação profissional ou satisfação no trabalho (BJORK et a., 2006; CHITPAKDEE et al., 2008; CHANG et al., 2009). Profissionais satisfeitos implicam em um número menor de eventos adversos e uma redução significativa de pacientes com úlcera de decúbito (TAYLOR, 2007; AIKEN et al., 2002). Neste estudo, esse fator foi investigado por meio dos itens 15 a 19, onde e obteve média 77,6 (DP= 27,8), a maior entre os domínios do instrumento, e mediana 75. Quando se compara a média do estudo brasileiro com a média observada para esse domínio em estudos de referência, pode-se concluir que os profissionais brasileiros são mais satisfeitos com o

seu trabalho comparado com profisisonais de outros países, tais como Irlanda (média 67,9), Johns Hopkins Hospital (Baltimore, EUA) (média 73,2) e Tailândia (média 42,1) (RELIHAN et al., 2009; TAYLOR et al., 2007, LEE et al., 2010). A média dos profissionais brasileiros ficou abaixo somente dos resultados na Suíça (média 82,6) (NORDÉN-HAGG et al., 2010).

De acordo com os resultados deste estudo, 1115 (92,4%) dos profissionais gostam do trabalho, 907 (75,2%) concordaram que trabalhar nas unidades estudadas é como fazer parte de uma grande família, 987 (82%) concordaram que as suas unidades é um bom lugar para trabalhar, 1033 (85,6%) se orgulham em trabalhar nas unidades estudadas e 702 (58,2%) concordaram que o moral na sua área de trabalho é alta. Os resultados do estudo brasileiro foram mais satisfatórios do que os resultados identificados por Sexton et al., (2006), onde 9216 (85%) dos profissionais de seu estudo concordaram que gostam do trabalho que desenvolvem, 4554 (42%) concordaram que trabalhar em suas unidades é como fazer parte de uma grande família, 6831 (63%) concordaram que a sua unidade é um bom lugar para trabalhar, 6722 (62%) se orgulham de trabalhar em suas unidades e 4228 (39%) concordaram que o moral da sua unidade é alta.

A Percepção do Estresse, o quarto domínio avaliado pelo SAQ, o qual compreende os itens 20 a 23, obteve média de 71,5 (DP=33,4) e mediana de 87. Outros estudos com o SAQ apresentaram média um pouco abaixo da encontrada: 67,8 (RELIHAN et al., 2009) e 64,7 (HOLDEN; WATTS; WALKER, 2010). Dugan et al. (1996) investigaram o relacionamento entre a percepção do estresse entre enfermeiros e incidentes com pacientes (quedas e erros de medicação). Os pesquisadores identificaram que quanto maior o nível de estresse, maior a probabilidade de incidentes com o paciente.

Nesse sentido, 985 (81,7%) dos profissionais brasileiros concordaram que quando a carga de trabalho é excessiva o desempenho é prejudicado, 945 (78,4%) concordam que são menos eficiente no trabalho quando estão cansados, 844 (70%) concordam que têm maior probabilidade de cometer erros em situações tensas e hostis e 649 (54%) concordam que o cansaço prejudica o desempenho durante situações de emergência. Na Hungria, os profissionais apresentaram respostas semelhantes. 45 (75%) dos profissionais húngaros concordaram que a carga de trabalho excessiva prejudica o desempenho e 44 (73%) concordaram que o cansaço prejudica o desempenho durante situações de emergência (BOGNAR et al., 2008). No estudo desenvolvido por Wisniewski et al., (2007) os resultados também foram semelhantes. 35 (69%) dos profissionais con-

cordaram que a carga de trabalho excessiva prejudica o desempenho, 38 (75%) dos profissionais concordaram que são menos eficientes no trabalho quando estão cansados, 35 (69%) concordaram que tem maior probabilidade de cometer erros em situações tensas e hostis e 15 (31%) concordaram que o cansaço prejudica o desempenho durante situações de emergência.

Existem fortes evidências que o excesso de carga de trabalho dos profissionais reflete negativamente na segurança do paciente (NEEDLEMAN, et al., 2002; STANTON; RUTHERFORD, 2004; HUGHES; CLANCY, 2005). Esse reflexo negativo no cuidado ao paciente surge devido ao alto nível de estresse e de insatisfação do profissional sobrecarregado.

Um dos modelos mais utilizados para explicar o erro humano na área da saúde destaca a carga de trabalho como um fator organizacional determinante para a ocorrência dos erros (REASON, 2000). Fogarty e Mckeon (2006) confirmam em seu estudo que há associação entre carga de trabalho excessiva e erros de medicação. Cho et al. (2003), em estudo desenvolvido na Califórnia, mostraram que uma hora a mais de trabalho para os enfermeiros aumenta em até 8,9% a probabilidade do paciente pós- cirúrgico desenvolver pneumonia. Complementando, Aiken et al., (2002) relataram que o risco de mortalidade aumenta em 7% para cada paciente a mais por enfermeiro.

A Percepção da Gerência, outro fator determinante na segurança do paciente, foi o quinto domínio investigado pelo SAQ, compreendendo os itens 24 a 29. Está dividido em Percepção da Gerência da Unidade e Percepção da Gerência do Hospital. Esse domínio apresentou a menor média e a menor mediana entre todos os domínios: 47,02 (DP=35,5) para Gerência da Unidade, 49,7 (DP=33,9) para Gerência do Hospital e mediana de 50 para ambos. Observa-se que esse domínio apresentou o escore mais baixo entre os seis domínios em outros estudos com o SAQ. Foi assim com os resultados dos estudos na China, com média 45,2 (LEE et al.,2010), na Irlanda, com média 46,4 (RELIHAN et al.,2009) e em Baltimore (EUA), com média 62,5 (TAYLOR et al., 2007).

A aprovação dos profissionais quanto às ações gerenciais em relação a segurança do paciente está expressa na alta freqüência de neutralidade e desacordos quanto as respostas desse domínio. A neutralidade pode ter duas interpretações. A primeira suposição é a de que os profissionais não expressaram suas opiniões sobre a gerência da unidade e do hospital por temerem represálias, mesmo com a garantia de confidencialidade. A segunda suposição é de que os itens desse domínio não foram totalmente com-

preendidos. Acredita-se que a primeira suposição é a mais realista, devido à freqüência de desacordos serem maior do que a de neutralidades quanto aos itens desse domínio, mostrando que de fato os profissionais discordaram das ações gerenciais quanto à segurança do paciente nos hospitais do estudo.

Para este domínio, 739 (61,3%) profissionais discordaram que o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com os pacientes, 731 (60,6%) e 662 (55%) discordaram ou foram neutros quando responderam se a administração do hospital e da unidade, apóia seus esforços diários e 758 (65,2%) e 792 (65,7%) profissionais discordaram ou foram neutros quando responderam se os profissionais problemáticos são tratados de maneira construtiva pela gerência, respectivamente do hospital e da unidade. Resultados semelhantes foram identificados no estudo de Rose et al. (2006) em 60 hospitais dos EUA, no qual 87% dos profissionais discordaram que o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com os pacientes (média 51(DP=13,1) e mediana 52). 824 (48,5%) dos profissionais espanhóis também discordaram com esse item.

O último domínio avaliado pelo SAQ diz respeito às Condições de Trabalho, ou seja, a percepção dos profissionais quanto a qualidade de suporte ambiental e logístico no local de trabalho. Esse domínio compreende os itens 30, 31 e 32, e apresentou média de 54,7 (DP=34,8) e mediana de 50. Esses resultados estão dentro do intervalo das médias identificadas por Sexton et al., (2006), em estudo desenvolvido em 203 instituições de saúde, com médias que variaram entre 49,2 e 61,6 (SEXTON, et al., 2006). Na China, a média para esse domínio foi a mais baixa de todos os estudos com o SAQ, apresentando valor de 31,8 (DP=13,5) (LEE et al., 2010).

Desde 1999, vários estudos estão sendo desenvolvidos com o intuito de avaliar a influência das condições de trabalho dos profissionais de saúde na segurança do paciente. No entanto, uma revisão sistemática desenvolvida por Hickam et al., (2004) aponta fortes evidências de que as condições de trabalho influenciam a ocorrência de erros de medicação, bem como resultados relacionados ao paciente, como: infecção hospitalar, eventos adversos, úlcera por pressão e mortalidade.

Embora a média para o domínio Condições de Trabalho seja baixa, comparada com a média ideal (75), as respostas dos profissionais brasileiros são otimistas. 561 (46,5%) concordaram que o hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe, 569 (47,2%) concordaram que toda a informação necessária para as

decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para os profissionais e 626 (51,9 %) concordaram que os estagiários são adequadamente supervisionados.

Wisniewski et al., (2007) encontraram resultados mais satisfatórios do que os observados nesse estudo. 34 (68%) dos profissionais de seu estudo concordaram que o hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe, 34 (67%) concordaram que os estagiários são adequadamente supervisionados e 21 (43%) concordaram que toda informação necessária para as decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para a equipe.

Foram acrescentados mais quatro itens após o domínio Condições de Trabalho, os quais, segundo o autor do questionário, não pertencem a nenhum domínio e correspondem a percepção dos profissionais quanto à colaboração com os enfermeiros, médicos e farmacêuticos da unidade, assim como uma pergunta sobre falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento.

Quanto a esses itens, os resultados são semelhantes aos de Lee et al., (2010) na China. 957 (79,3%) dos profissionais do estudo brasileiro concordaram que vivenciam uma boa colaboração com os enfermeiros da unidade, enquanto que (71,1%) dos profissionais chineses concordaram com esse item. 813 (67,4%) dos profissionais do estudo brasileiro concordaram que vivenciam boa colaboração com os médicos da unidade, enquanto que (60%) dos profissionais chineses concordaram com esse item. Somente no item que se refere à colaboração com os farmacêuticos, o estudo chinês apresentou melhores resultados do que o nosso. 561 (46,5%) dos profissionais do estudo brasileiro concordaram que vivenciam boa colaboração com os farmacêuticos da unidade, enquanto que (52,4%) dos profissionais chineses concordaram com esse item. 762 (63,2%) dos profissionais brasileiros discordaram que falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns, comparado com (71,4%) dos profissionais chineses.

6.1.2 Propriedades psicométricas do Questionário de Atitudes de Segurança

Quanto à análise de confiabilidade, os resultados mostraram que a versão adaptada para a língua portuguesa do SAQ apresentou alfa de Cronbach total de 0,89. Entre os domínios, esse coeficiente variou entre 0,65 e 0,79. Valores semelhantes foram

obtidos em outros estudos de validação do SAQ. Na Noruega, o alfa variou entre 0,68 e 0,85. Na China, o alfa variou entre 0,79 e 0,9. Na Suíça, o alfa variou entre 0,72 e 0,89. Nos EUA, o alfa variou entre 0,65 e 0,88 (DEILKAS; HOFOSS, 2008; LEE et al., 2010; NORDEN-HAGG et al., 2010; PATTERSON et al., 2010). De acordo com a literatura, esses valores evidenciam uma consistência interna aceitável entre os itens do instrumento (TERWEE et al., 2007).

No entanto, os domínios Clima de Trabalho em Equipe (alfa de 0,65), Clima de Segurança (alfa de 0,67) e Condições de Trabalho (alfa de 0,65) apresentaram alfa de Cronbach abaixo de 0,70, indicando que há baixa correlação entre os itens desses domínios. O estudo de Deilkas e Hofoss (2008), com amostra de tamanho semelhante a deste estudo (1306 profissionais), foi o que mais se aproximou dos valores de consistência interna encontrados na versão adaptada do SAQ para o Brasil, com os valores de alfa para os domínios Clima de Trabalho em Equipe e Condições de Trabalho, de 0,68 e 0,71, respectivamente.

Embora o alfa de Cronbach seja um valor pelo qual se baseou para confirmar a confiabilidade do instrumento, vale ressaltar que o valor deve ser sempre interpretado à luz das características da medida a que se associa e da população onde essa medida foi realizada. Portanto, somente o uso repetido do instrumento em diferentes amostras é capaz de indicar algo seguro sobre a validade e confiabilidade do mesmo. Apenas uma escala que repetidamente gera dados confiáveis pode ser considerada, com maior segurança, que é confiável (MAROCO; GARCIA-MARQUES, 2006). Assim, são necessários mais estudos no Brasil, com o SAQ, para de fato confirmar os valores do alfa de Cronbach para esses domínios.

Quanto a correlação entre os domínios, observa-se que o Questionário de Atitudes de Segurança apresentou correlação de moderada a forte. A correlação de cada domínio com o total variou entre 0,70 e 0,78, com exceção do domínio Percepção do Estresse, que apresentou baixa correlação com o total. Esses resultados foram também identificados pelos autores do instrumento (SEXTON et al., 2006), assim como na versão do instrumento traduzido e validado para Suécia por Nordén- Hagg et al. (2010).

A análise de intercorrelação dos itens com os domínios do instrumento mostrou, em sua maioria, correlações significativas e positivas de moderada a forte, com exceção dos itens reversos 2 e 11. Esses itens, quando retirados do instrumento, aumentam o valor do alfa de Cronbach para seus respectivos domínios, Clima de Trabalho em Equipe (alfa de 0,69) e Clima de Segurança (alfa de 0,68).

Quanto ao efeito mínimo e máximo, que diz respeito a responsividade do instrumento, foi identificado o efeito máximo no domínio Percepção do Estresse em todos os hospitais do estudo, e no domínio Satisfação no Trabalho em quatro hospitais. O efeito mínimo foi identificado no domínio Percepção da Gerência da Unidade em um hospital. Devido à tendência dos profissionais responderem apenas os valores extremos da escala para esses itens, o SAQ pode não ser um instrumento sensível para evidenciar mudanças decorrentes de intervenções nos domínios que apresentaram esses efeitos. Os autores do instrumento também identificaram efeito máximo para o domínio Percepção do Estresse (SEXTON et al., 2003).

A validade de construto foi realizada pela análise fatorial exploratória e confirmatória e comparação entre grupos. A análise fatorial exploratória havia sido realizada pelos autores da escala e não precisaria ser realizada novamente neste estudo. No entanto, como os itens 14, 33 a 36 foram acrescentados após os testes realizados pelos autores, foi realizada a análise exploratória com o intuito de identificar em qual dos domínios esses itens teriam melhor correlação.

Dessa forma, a análise fatorial exploratória da versão adaptada do SAQ para o português identificou nove componentes. Cada um dos nove componentes coincidiu com os itens determinados para cada domínio, de acordo com a escala original. No entanto foram encontradas algumas diferenças, discutidas a seguir. No primeiro componente, foram alocados itens de dois domínios, Clima de Trabalho em Equipe e Clima de Segurança. O item 14 foi alocado no domínio Percepção da Gerência do Hospital. Esse item não faz parte de nenhum domínio. No entanto, baseando-se nos valores de correlação da análise fatorial exploratória e na análise semântica desse item, observa-se que pode ser incluído no domínio Percepção da Gerência do Hospital. Nos estudos sobre validação do SAQ para outros idiomas, não há referência quanto a esse resultado.

Os itens 33 a 35, que também não pertencem a nenhum domínio segundo o estudo original, foram alocadas em um único componente. Com a conclusão deste estudo, será sugerido aos autores do instrumento o acréscimo para o instrumento em português de mais um domínio com o nome de Comportamentos Seguros, contendo esses itens.

Quanto a análise fatorial confirmatória, o ajuste do modelo final com 41 itens foi em geral satisfatório e semelhante aos resultados dos autores do instrumento Sexton et al (2006), da versão adaptada para Noruega (DEILKAS; HOFOSS, 2008) e da versão adaptada para a China (LEE et al., 2010).

Por fim, com o método de comparação de grupos, foram confirmadas as hipóteses formuladas inicialmente. Os grupos foram divididos de acordo com as seguintes variáveis: gênero, nível de escolaridade, hospitais e tempo de atuação. As hipóteses formuladas foram as seguintes:

1. Não há diferença de médias entre os profissionais do sexo masculino e feminino quanto aos escores do SAQ.

2. Há diferença de médias dos escores do instrumento entre os hospitais.

3. Não há diferença de médias dos escores dos participantes do nível superior e médio.

4. Não há diferença de médias dos escores dos participantes e o tempo de atuação.

Foram confirmadas três das hipóteses formuladas: Não há diferença entre os profissionais do sexo masculino e feminino e profissionais de nível superior e médio, uma vez que a percepção do clima de segurança independe do gênero e do nível de formação dos profissionais. A diferença entre as médias dos escores dos hospitais já era esperado, pois é natural que a percepção do clima de segurança dos profissionais seja diferente para cada hospital. No entanto, o teste de comparação de médias mostrou que há diferença dos escores dos participantes de acordo com o tempo de atuação. Isso pode ser explicado pelo fato de que os profissionais com menos tempo na unidade tenderiam a avaliar positivamente a instituição que acabara de lhes admitir.

Enfim, os resultados identificados neste estudo são semelhantes aos resultados de estudos de validação do SAQ em diferentes países, o que evidencia a confiabilidade do instrumento. No entanto, o estudo da confiabilidade e validade do instrumento não se encerra por aqui. Somente a partir da aplicação do SAQ em diferentes instituições de saúde no Brasil, com a realização de outros métodos de validação, tais como teste e reteste e a comparação dos seus escores com escores de outras escalas, é que existirão evidências maiores a respeito da confiabilidade e validade do mesmo.

7 Conclusão

O *Safety Attitudes Questionnaire - Short Form* 2006, desenvolvido originalmente em inglês, foi o instrumento escolhido para ser traduzido e validado para o português, por ser a escala mais utilizada em diversos países para avaliar a percepção dos profissionais de saúde quanto ao clima de segurança. Para a tradução e validação, seguiu-se todas as etapas sugeridas pela literatura adotada.

Baseando-se na análise descritiva da versão adaptada para língua portuguesa do *Safety Attitudes Questionnaire - Short Form* 2006, pode-se concluir que:

- O escore total do questionário variou entre 47,02 e 77,6, com mediana de 75 e média 61,5 (DP=33,4). Se considerada a mediana a percepção dos profissionais brasileiros que preencheram o instrumento pode ser considerada satisfatória. De acordo com o autor, valores maiores que 75 refletem forte concordância dos profissionais quanto as questões de segurança do paciente.
- O domínio que apresentou maior média (77,6; DP=27,8) foi Satisfação no Trabalho, com destaque para o item 15 ("Eu gosto do meu trabalho"), que apresentou maior porcentagem de concordância entre os profissionais 1115 (92,4%). O domínio que apresentou maior mediana foi Percepção do Estresse, com 87.
- Os domínios que apresentaram menor média e mediana foram: Percepção da Gerência da Unidade (média 47,02, DP= 35, mediana 50) e do Hospital (média 49,67, DP=33,9, mediana 50) e Condições de Trabalho (54,69, DP=34,8 e mediana 50). Todos os domínios do SAQ são considerados de importância relevante para a segurança do paciente. No entanto, o domínio Percepção da Gerência, que diz respeito a aprovação por parte dos profissionais quanto as atitudes da administração em relação as questões de segurança, precisa de um olhar mais atento, pois nenhuma mudança de cultura pode ser observada se não há primeiramente a adesão da gerência da unidade e do hospital.

Vale salientar que embora o questionário seja considerado um instrumento importante para avaliação do clima de segurança do paciente nas instituições de saúde, seus escores não podem ser interpretados isoladamente. É necessária uma análise criteriosa da forma de organização de trabalho da instituição, assim como qual o conhecimento dos funcionários e gerentes sobre os conceitos de cultura de segurança e clima de segurança, bem como quais os valores e percepções dos funcionários e gerentes que determinam o compromisso com a qualidade da assistência prestada ao cliente.

Embora qualquer conclusão definitiva quanto a cultura de segurança nos hospitais do estudo possa ser considerada precipitada, tendo como base somente os escores obtidos com a aplicação do questionário, esses escores representam um sinal de atenção para com os domínios que precisam ser trabalhados dentro da instituição, em especial aos domínios que refletem as ações gerenciais.

Quanto a análise psicométrica do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) foram obtidos os seguintes resultados:

- Apresentou alta confiabilidade, com alfa de Cronbach total de 0,89, similar a confiabilidade do instrumento em outros idiomas, e correlação de moderada a forte entre os domínios, com exceção do domínio Percepção do Estresse.
- Foi identificado o efeito máximo para o domínio Percepção do Estresse, em todos os hospitais do estudo. Dessa forma, devido a tendência dos profissionais responderam apenas os valores extremos da escala para os itens desse domínio, o SAQ pode não ser um instrumento sensível para evidenciar mudanças decorrentes de intervenções relacionadas ao estresse. No entanto, acredita-se que é necessário um número maior de aplicações do instrumento para que se possa chegar a uma conclusão definitiva quanto aos resultados desse domínio.
- A validação de construto realizada por meio da análise fatorial evidenciou que o ajuste do modelo final dos 41 itens foi considerado satisfatório com resultados semelhantes aos dos autores do questionário e a outros estudos de validação do instrumento,
- O item 14 foi alocado no domínio Percepção da Gerência do Hospital e os itens 33 a 35, que também não pertenciam a nenhum domínio, foram alocados em um único componente que terá como sugestão de nome Comportamentos Seguros.
- Por fim, o método de comparação de grupos, outro tipo de validação de construto, identificou que não há diferença na medida dos escores do instrumento com respeito ao gênero e ao nível de instrução (superior e médio). Foi identificada diferença estatisticamente significativa entre os hospitais e com respeito ao tempo de atuação na unidade, o que era esperado.

Com esses resultados conclui-se este estudo, disponibilizando o primeiro instrumento válido e confiável em português capaz de avaliar a cultura de segurança nas instituições de saúde, por meio da mensuração do clima de segurança. A partir deste

estudo, outros poderão ser desenvolvidos aplicando a versão traduzida e validada para o Brasil do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) em ambulatórios, UTI, postos de saúde, e outros tipos de unidades de saúde pelo Brasil.

Dificuldades encontradas no decorrer do estudo

Infelizmente, o período da coleta de dados coincidiu com o período de greve de diversos profissionais na área da saúde. Devido ao conteúdo do questionário estar associado com avaliação da gerência, muitos profissionais se recusaram preencher o instrumento por acreditarem que poderiam sofrer algum tipo de punição.

O campo de coleta de dados mais prejudicado com essa instabilidade política foi o Hospital localizado em Belo Horizonte, onde foi observado um maior número de abstenções. Mesmo depois da finalização das greves, alguns profissionais, como médicos residentes, ainda não tinham retomado totalmente as suas atividades. O Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCRP) foi o hospital mais prejudicado quanto a coleta de dados dos residentes de medicina.

Por fim, outra dificuldade relacionada a coleta de dados foi a ausência de profissionais, tais como psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e farmacêuticos exclusivos das unidades do estudo como. Isso explica a baixa freqüência de participação desses profissionais no estudo.

8 Referências Bibliográficas

ABRAÃO S. et al. Caracterização, motivação e nível de satisfação dos técnicos de enfermagem de um hospital universitário. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.18, n.2, p. 253-258, 2010.

ABREU et al., Análise dos fatores intra- organizacionais influenciadores no clima organizacional do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes – HUPAA. **SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia**. Resende- RJ, 2009.

AIKEN L. J., et al. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. **Journal of the American Medical Association**, v. 288, n. 16, p.1987-1993, 2002.

ARMSTRONG, B. K., WHITE, E., SARACCI, R. **Principles of Exposure Measurement in Epidemiology**. New York: Oxford University Press, 2001. 341 p.

ASHKANASY, N., BROADFOOT, L., FALKUS, S. Questionnaire measures of organizational culture. In: Ashkanasy, N., Wilderom, C., Peterson, M. (Eds.), **Handbook of Organizational Culture and Climate**. Califórnia: Thousand Oaks: Sage Publications, 2000. p. 131-145.

BANDURA, A. **Social foundations of thought and action**: A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986. 617p.

BATES, D.W et al. The costs of adverse drug events in hospitalized patients. **Journal of the American Medical Association**. v. 227, n. 4, p. 307-11, 1997.

BEATON, D. et al. **Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures.** American Academy of Orthopedic Surgeons Institute for Work & Health. Revised March 2002. Disponível em: < http://www.dash.iwh.on.ca/assets/images/pdfs/xculture2002.pdf>. Acesso em: 14 de abril de 2009.

BERENHOLTZ S. M.;. PRONOVOST, P. J. Monitoring Patient Safety. **Critical Care Clinics**, v.23, n.3 , p. 659–673, 2007.

BISPO C. A. F. Um novo modelo de pesquisa de clima organizacional. **Produção**, v.16, n.2, p.258-273, 2006.

BITTAR, O. J. N. V. Cultura & Qualidade em Hospitais. In: Quinto Neto A; Bittar O. J. N. V. **Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Porto Alegre: Da casa, 2004. Cap.1.

BJORK, I. T. et al. Job satisfaction in a Norwegian population of nurses: A questionnaire survey. **International Journal of Nursing Studies**, v. 44, n.5, p. 747–757, 2007.

BOGNÁR A. et al. Errors and the burden of errors: attitudes, perceptions, and the culture of safety in pediatric cardiac surgical teams. **The Annals of Thoracic Surgery**, v.85, n.4, p. 1374-1381, 2008.
BOGNÁR A. Experiences with applying safety attitude questionnaire. **ESQH Workshop**, Dublin, 2009.

BONETT, D. G.; BENTLER, P. M. Goodness-of-fit procedures for evaluation and selection of log-linear models. **Psychological Bulletin**, v. 93, n. 1, p. 149-166, 1983.

BRITISH MEDICAL JOURNAL. **Statistics at square one**: correlation and regression. Disponível em: http://bmjjournals.com/collections/statsbk/11.dtl. Acesso em: 24 de abril de 2010.

CHANG, W. Y et al., Job satisfaction and perceptions of quality of patient care, collaboration and teamwork in acute care hospitals. **Journal of Advanced Nursing**, v. 65, n. 9, p. 1946–1955, 2009.

CHITPAKDEE, B. et al. Nurse staffing and adverse patient outcomes. **Journal of Natural Science**, v. 7, n. 1, p.59-71, 2008.

CHO S. H. et al. The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs. **Nursing Research**, v.52, n. 2, p.71-79, 2003.

CHURCHILL, G. **Marketing research**: methodological foundations. 3a Edição. New York: The Dryden Press, 1998. 251 p.

CICONELLI, RM. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey**. 1997. Tese (Doutorado)- Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

CLARKE, S. The relationship between Safety Climate and Safety Performance: a meta-analytic review. **Safety Science**. v. 44, n.6, p.537–550, 2006.

COHEN, M. M. et al. Implementing a hospital wide patient safety program for cultural change. **Journal on Quality and Safety**, v. 30, n.8, p.423-31, 2004.

COLLA, J. B. et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Quality and Safety in Health Care**, v. 14, n. 5, p. 364-366, 2005.

COOMBS, M.; LATTIMER, V. Safety, effectiveness and costs of different models of organizing care for critically ill patients: Literature review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 44, n.1, p. 115-129, 2007.

COOPER, M. D. Towards a model of safety culture. **Safety Science**, v. 36, n. 2, p. 111-136, 2000.

COX, S.; FLIN, R. Safety culture: Philosopher's stone or man of straw? **Work & Stress**, v.12, n.3, p. 189-201, 1998.
CROW, S. M; HARTMAN, S. J. Organizational culture: its impact on employee relations and discipline in health care organizations. **Health Care Management**, v. 21, n. 2, p. 22–28, 2002.

DAVENPORT, et al. Surgery resident working conditions and job satisfaction. **3rd Annual Academic Surgical Congress**, Huntington Beach, California, 2008.

DEILKÅS, E. T.; HOFOSS, D. Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version (Short Form 2006**). BMC Health Service Research**, v. 191, n. 5, p.1-10, 2008.

DENISON, D. What is the difference between organizational culture and organizational climate? A native's point of view on a decade of paradigm wars. **Academy of Management Review**, v. 21, n.3, 619–654, 1996.

DENNISON, R. D. Creating an organizational culture for medication safety. **Nursing Clinics of North America**, v. 40, n.1, p.1-23, 2005.

DÍAZ-CABRERA, D.; HERNÁNDEZ-FERNAUD, E. ; ISLA-DÍAZ, R. An evaluation of a new instrument to measure organizational safety culture values and practices. **Accident Analysis and Prevention**, v.39, n.6, p. 1202–1211, 2007.

DUGAN, J. et al. Stressful nurses: The effect on patient outcomes. **Journal of Nursing Care Quality**, v. 10, n. 3, p. 46-58, 1996.

ETCHEGARAY, J. M et al. Job satisfaction ratings: Measurement equivalence across nurses and physicians. **Western Journal of Nursing Research**, v. 32, n.4, p. 530-539, 2010.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Score and measurements**: Validity, reability, and sensitivity. Quality of life: assessment, analysis, and interpretation. New York: Wiley, p. 47-71, 2000.

FERRER, M. et al. Validity and reliability of the St George's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. **European Respiratory Journal**, v. 9, n. 6, p. 1160-1166, 1996.

FERREIRA, AURÉLIO B. DE HOLLANDA. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa.** 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. 1838 p.

FILHO, A. A.; WERMELINGER, M. C. M. W.; GARCIA, A. C. P. **A formação profissional de nível médio na área da saúde: a modalidade seqüencial em foco**. 27ª reunião da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação – ANPED, Caxambu (MG), 2010

FLEMING, M. Patient safety culture measurement and improvement: A "How To" Guide. **Healthcare Quarterly**, v. 8, special issue, p. 146- 150, 2005.

FLIN, R. et al. Measuring safety climate in healthcare. **Quality and Safety in Health Care**, v.5, n.2, p.109-115, 2006.

FLIN, R. et al. Measuring safety climate: identifying the common features. **Safety Science**, v. 34, n. 1-3, p. 177- 192, 2000.

FOGARTY, G. J.; MCKEON, C. M. Patient safety during medication administration: The influence of organizational and individual variables on unsafe work practices and medication errors. **Ergonomics**, v.49, n. 15, p. 444-456, 2006
.

FOX, J. Structural equation modeling with the SEM package in R. **Structural Equation Modeling**, v. 13, n. 3, p. 465–486, 2006.

GANDHI, T. E. et al. Closing the loop: follow-up and feedback in a patient safety program. **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v.31, n.11, p. 614-21, 2005.

GELLER, S. **The Psychology of Safety**: How to improve behaviors and attitudes on the job. Florida: The Chilton Book Company, 1997.560p.

GERSHON, R.R.M. et al. Measurement of organizational culture and climate in healthcare. **Journal of Nursing Administration**, v. 34, n.1,p. 33-40, 2004.

GLENDON, A.I.; STANTON, N.A. Perspectives on safety culture. **Safety Science**, v. 34, n.1-3, p. 193 – 214, 2000.

GONZÁLEZ-ROMÁ, V. et al. The validity of collective climates. **Journal of Occupational and Organizational Psychology**, v. 72, n. 1, p. 25- 40, 1999.

GRIFFIN, M. A.; NEAL, A. Perceptions of safety at work: a framework for linking safety climate to safety performance, knowledge, and motivation. **Journal of occupational Health Psychology**, v. 5. n. 3, p.347-358, 2000.

GULDENMUND, F. W. The nature of safety culture: a review of theory and research. **Safety Science**, v.34, n. 1-3, p. 215- 257, 2000.

GUTIÉRREZ-CIA, I. et al. Percepción de la cultura de seguridad en los servicios de medicina intensiva españoles. **Medicina Clínica (Barcelona)**, v.135, p.37-44, 2010. Suplementos 1.

HAIR JR., J. et al. **Multivariate data analysis**. 6. ed. New Jersey: Prentice Hall, 2005. 730p

HALE, A. R. Culture's confusions. **Safety Science**, v.34, n. 1-3, p. 1-14, 2000.
HELMREICH, R. L. et al. **The Flight Management Attitude Questionnaire**. NASA/UT/FAA, 1993. p. 93-104. Technical Report.

HERDMAN, M.; FOX- RUSHBY, J.; BADIA, X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQol instruments: the universalist approach. **Quality of Life Research**, v.7, n.4, p. 223-235, 1998.

HICKAM D. H. et al. **The effect of health care working conditions on patient safety**. Agency for Healthcare Research and Quality; 2004. AHRQ. Disponível em: < http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/work/work.pdf> Acesso em: 11 de fevereiro 2011.

HOFAMANN, D. A.; MARK, B. An investigation of the relationship between safety climate and medication errors as well as other nurse and patient outcomes. **Personnel Psychology**, v. 59, n. p. 847-869, 2006.

HOFMANN, D. A.; MORGESON, F. P. Safety-related behavior as a social exchange: the role of perceived organizational support and leader-member exchange. **Journal of Applied Psychology [JAP]**, v. 84, n. 2, p. 286-96, 1999.

HOLDEN L. M.; WATTS D. D.; WALKER P. H. Communication and collaboration: it's about the pharmacists, as well as the physicians and nurses. **Quality Safety Health Care**, v.19, n.3, p.169-172, 2010.

HU, L. T.; BENTLER, P. M.; KANO, Y. Can test statistics in covariance structure analysis be trusted? **Psychological Bulletin**, v. *112*, n. 2, p. 351-362, 1992.

HUANG, et al. Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 22, n. 3, p. 151–161, 2010.

HUANG, et al. Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution. **Critical Care Medicine**, v. 35, n. 1, p.165-176, 2007.

HUGHES R. G; CLANCY C. M. Working conditions that support patient safety. **Journal of Nursing Care Quality**, v. 20, n. 4, p.289-92, 2005.

HUGHES-HAMMER, C.; MARTSOLF, D.; ZOLLER, R. Development and testing of the codependency assessment tool. **Archive of Psychiatric Nursing**, v. 12, n. 5, p. 264-272, 1998.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **To err is human**: building a safer health system. Woshington, DC: National Academy Press, 1999. 312p.

INTERNATIONAL ATOMIC ENERGY AGENCY (IAEA). **Summary report on the post-accident review meeting on the Chernobyl accident**. International Safety Advisory Group (Safety Series 75-INSAG-1). International Atomic Energy Agency, Vienna, 1986. 148p.

INTERNATIONAL NUCLEAR SAFETY ADVISORY GROUP (INSAG). **Basic safety principles for nuclear power plants**. Safety Series No 75- INSAG-3, International Atomic Energy Agency,Vienna, 1988.105p.

KALISCH, B. J.; CURLEY, M.; STEFANOV, S. An intervention to enhance nursing staff teamwork and engagement. **Journal of Nursing Administration**, v. 37, n.2, p. 77–84, 2007.

KELSEY, J. L. et al**. Methods in Observational Epidemiology** (2 Ed.). New York: Oxford University Press, Oxford, 1996. 432p.

KHO, et al. Safety Climate Survey: reliability of results from a multicenter ICU survey. **Quality Safety Health Care**, v.14, n. 4, p. 273–278, 2005.

KIMURA, M. **Tradução para o português e validação para o português do " quality of life index" de Ferrans e Power**. (tese). São Paulo . Escola de Enfermagem da USP, 1999.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (Ed.) **To err is human: building a safer health system**. 3.ed. Washington: National Academy of Institute of Sciences, 2000. p.287.

KUDO, Y et al. A pilot study testing the dimensions of safety climate among japanese nurses. **Industrial Health**, v. 46, n.2, p. 158–165, 2008.

LEAPE, L.L. et al. Systems analysis of adverse drug events. **Journal of the American Medical Association**, v. 274, n. 1, p. 35-43, 1995.

LEE, T. Assessment of safety culture at a nuclear reprocessing plant. **Work and Stress**, v. 12, n.3, p: 217-237, 1998.

LEE, W. C. et al. Hospital safety culture in taiwan: a nationwide survey using chinese version safety attitude questionnaire. **BMC Health Services Research**, v. 10, p. 1-8, 2010.

LIMA JUNIOR, J.; ALCHIERI, J. C.; MAIA, E. M. C. Avaliação das condições de trabalho em Hospitais de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 3, p. 670-676, 2009.

LIMA, S. M. B; ALBANO, A. G. B. Um estudo sobre clima e cultura organizacional na concepção de diferentes autores. **Revista do Centro de Ciências Economia e Informática (CCEI – URCAMP)**, v.6, n.10, p. 33-40, 2002.

LUNDSTROM, T. et al. Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes. **American Journal of Infection Control**, v. 30, n. 2, p.93-106, 2002.

MAROCO, J.; GARCIA-MARQUES, T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? **Laboratório de Psicologia**, v. 4, n.1, p.65-90, 2006.
MAZZOCCO, K et al. Surgical team behaviors and patient outcomes. **The American Journal of Surgery**, v. 197, n. 5, p. 678-685, 2009.

MEARNS, K. et al. Measuring safety climate on offshore installations. **Work & Stress,** v.12, n.3, p. 238 - 254. 1998.

MODAK, et al. Measuring safety culture in the ambulatory setting: the safety attitudes questionnaire—ambulatory version. **Society of General Internal Medicine**, v. 22, n. 1, p. 1-5, 2007.

MORLEY, S.; SNAITH, P. **Principles of Psychological Assessment**. In: Freeman, C. Tyrer, P. (eds.) Research Methods in Psychiatry. London: Gaskell, 1989. 144 p.
NASSAR, P. História e cultura organizacional. **Revista Comunicação Empresarial**, n.36, ano 10, 2000.

NAVEH, E.; KATZ-NAVON, T.; STERN, Z. Treatment errors in healthcare: a safety climate approach. **Management Science**, v. 51, n. 6, p. 948-960, 2005.

NEAL, A.; GRIFFIN, M. A. A study of the lagged relationships among safety climate, safety motivation, safety behavior, and accidents at the individual and group levels. **Journal of Applied Psychology**, v. 91, n.4 , p. 946-953, 2006.

NEEDLEMAN J. et al. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. **New England Journal of Medicine**, v.346, n. 22, p. 1715-1722, 2002.

NETO, A. S. V.; BARROSO, A. C. O.; GONÇALVES, A. **Knowledge basis in safety culture for researchers and practitioners**. International Nuclear Atlantic Conference – INAC. Rio de Janeiro, RJ, Brazil, 2009.

NIEVA, V. F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Quality and Safety in Health Care**, v. 12, p. 17-23, 2003. Supplement 2.

NORDÉN-HÄGG, et al. Assessing Safety Culture in Pharmacies: The psychometric validation of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in a national sample of community pharmacies in Sweden. **Clinical Pharmacology**, v.10, n.8, p.1-12, 2010.
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Small Research Grants for Patient Safety**. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/research/grants/Smallgrants_summary_A4English.pdf>. Acesso em: 02/10/2008.

PASQUALI, L. **Psicometria** - Teoria dos testes na psicologia e na educação. 3 ed. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2003. 397p.

PATTERSON, P. D et al. The Emergency Medical Services Safety Attitudes Questionnaire. **American Journal of Medical Quality**, v. 25, n. 2, p. 109-115, 2001.

POLIT, D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2004. 488p.

PORTNEY, L. G.; WATKINS, M. P. **Foundations of clinical research: applications to practice**. 3ª ed. NJ: Prantice Hall Health (2000).

PRONOVOST, P.; SEXTON, B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. **Quality and Safety in Health Care**, v.14, n.4, p. 231-233, 2005.

PROUDFOOT, J. et al. Team climate for innovation: whatdifference does it make in general practice?. International **Journal for Quality in Health Care**, v. 19, n. 3, p. 164-169, 2007.

RAHMAN, A. et al. Translation and cultural adaptation of health questionnaires. **Journal Pakistan Medical Association**, v. 53, n. 4, p.142-147, 2002.

REASON, J. The contribution of latent human failures to the breakdown of complex systems. **Philosophical Transactions of the Royal Society**, Series B. v.327, n. 1241, p. 475-484, 1990.

_____. Beyond the organizational accident: the need for "error wisdom" on the frontline. **Quality Safety Health Care**, v.13, p. 28-33, 2004. Supplement 2.

_____. Human error: models and management. **British Medical Journal**, v. 320, n. 7237, p. 768-770, 2000.

_____. **Managing the Risks of Organizational Accidents**. Hampshire, England, Ashgate Publishing Ltd., 1997. 252p.

_____. **The human contribution**: unsafe acts, accidents and heroic recoveries. Cap 4: Violations and the varieties of rule-related behavior. England: Ashgate Publishing Limited. 2008. 295 p.

RELIHAN, et al. Measuring and benchmarking safety culture: application of the safety attitudes questionnaire to an acute medical admissions unit. **Irish Journal Medical Science**, v.178, n.4, p.433-439, 2009.

ROSE, J. S. et al. A leadership framework for culture change in health care. **Journal on Quality and Patient Safety**, v. 32, n. 8, p. 433-441, 2006.

ROUSSON, V.; GASSER T.; BURKHARDT S. Confidence intervals for intraclass correlation in inter-rater reliability. **Scandinavian Journal of Statistics**, v. 30, n. 3, p. 617–624, 2003.

SCHEIN, E. **Organizational culture and leadership**. 3nd Edition. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2004, 429 p.

SCHNEIDER, B.; GOLDSTIEIN, H.; SMITH, D. The ASA framework: an update. **Personnel Psychology**, v. 48, n. 4, p. 747–773, 1995.

SCIENTIFIC ADVSORY COMMITEE OF THE MEDICAL OUTCOMES TRUST. Assessing health status and quality of life instruments: attributes and review. **Quality of Life Research**, v. 11, n. 3, p. 193–205, 2002.

SCOTT, T. et al. The quantitative measurement of organizational culture in health care: a review of available instruments. **Health Services Research**, v.38, n. 3, p. 923-945, 2003.

SEXTON, J. B. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, v. 44, n. 6, p. 1- 10, 2006.

SEXTON, J.B.; THOMAS, E.J.; GRILLO, S.P. The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) Guidelines for Administration. The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice, 2003. **Technical Report**. Sponsored by the Agency for Healthcare Research and Quality.

SOUSA, P. Patient safety a necessidade de uma estratégia nacional. **Acta Médica Portuguesa**, v. 19, n.5, p. 309-318, 2006.

SPIRI, W, C. Estudo sobre a percepção do clima organizacional do centro cirúrgico de um hospital especializado. **Revista Latino Americana**, v. 6, n.1, p. 11-14, 1998.

STANTON, M. W.; RUTHERFORD M. K. **Hospital nurse staffing and quality of care**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004. AHRQ Disponível em : < http://www.ahrq.gov/research/nursestaffing/nursestaff.pdf> Acesso em: 11 de fevereiro 2011.

TAYLOR, J. A. **Utility of patient safety case finding methods and association among organizational safety climate, nurse injuries and errors**. 2007. Tese (Doutorado) - Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, 2007.

TERWEE, C. B. et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 60, n.1, p. 34-42, 2007.

THOMAS, E. J.; SEXTON, J. B.; HELMREICH, R. L. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. **Critical Care Medicine**., v. 31, n.3, p. 956-959, 2003.

TOLEDO, R. C. M. R; ALEXANDRE, N. M. C.; RODRIGUES, R. C. M. Psychometric evaluation of a Brazilian portuguese version of the Spitzer Quality of Life Index in patients with low back pain. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 6, p.943-50, 2008.

URBINA, S. **Fundamentos de testagem psicológica**. 1ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 320p.

VINCENT, C. A. **Patient safety**. 1 ed. Londres: Elsevier, 2006.

VINCENT, C. A; ADAMS, S.T; STANHOPE, N. Framework for analyzing risk and safety in clinical medicine. **British Medical Journal,** v. 316, n. 7138, p.1154–1157, 1998.

VOGUS, T. J.; SUTCLIFF, K. M. The safety organizing scale: Development and validation of a behavioral measure of safety culture in hospital nursing units. **Medical Care,** v. 45, n.1, p. 46-54, 2007.

WALTZ, C. F.; STRICKLAND O. L.; LENZ E. R. **Reliability and validity or norm-referenced**. In: Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER, editors. Measurement in nursing research. 2nd Ed. ed. Philadelphia (USA): Davis; 1991. p. 161-94.

WIEGMANN, D. A.; THADEN T. L.; GIBBONS, A. M. A review of safety culture theory and its potential application to traffic safety. **AAA Foundation for Traffic Safety**, University of Illinois at Urbana-Champaign, 2007. Disponível em: www.aaafoundation.org/pdf/wiegmannvonthadengibbons.pdf. Acesso em 10 de abril de 2010.

WISNIEWSKI, A. M. et al. Assessment of Safety Attitudes in a Skilled Nursing Facility. **Geriatric Nurse**, v.28, n. 2, p.126-136, 2007.

WREATHALL, J. Organizational culture, behavior norms, and safety. **Proceedings of the International Topical Meeting on Safety Culture in Nuclear Installations**. Vienna, Austria, 1995, p. 24–28.

YULE, S. J.; R. FLIN; MURDY A. J. **Modeling managerial on safety climate**. In: Society for Industrial and Organizational Psychology (SIOP) Conference, 2001, San Diego, CA.

YULE, S. Safety culture and safety climate: A review of the literature. In: **Senior Management Influence on safety performance in the UK and US energy sectors** 2003. Doctoral thesis, University of Aberdeen, Scotland, 2003. p. 1 – 26. Disponível em:http://www.efcog.org/wg/ism_pmi/docs/Safety_Culture/Feb08/safety_culture_and_safety_climate_a_review_of_the_literature.pdf>. Acesso em: 12/04/10.

ZAMBON, L. S; DAUD-GALLOTTI, R; NOVAES, H. M. D. **Introdução à Segurança do Paciente**. Disponível em: < http://pesquisa.proqualis.net/resources/000000484>. Acesso em: 12/05/2011.

ZOHAR, D. Safety climate in industrial organizations: theoretical and applied implications. **Journal of Applied Psychology**, v. 65, n. 1, p.96-102, 1980.

ZOHAR, D. Safety climate: conceptual and measurement issues. In: Quick, J., Tetrick, L. **Handbook of Occupational Health Psychology**. (Eds.).Washington, DC: American Psychological Association, 2003. p. 201-230.

Anexos

ANEXO A

Safety Attitudes: Frontline Perspectives from this Patient Care Area

I work in the (clinical area or patient care area where you typically spend your time): This is in the Department of: Please complete this survey with respect to your experiences in this clinical area.

- Use number 2 pencil only.
- Erase cleanly any mark you wish to change.

Correct Mark ● Incorrect Marks

Please answer the following items with respect to your specific unit or clinical area. Choose your responses using the scale below:

A	B	C	D	E	X
Disagree Strongly	Disagree Slightly	Neutral	Agree Slightly	Agree Strongly	Not Applicable

Disagree Strongly · Disagree Slightly · Neutral · Agree Slightly · Agree Strongly · Not Applicable

1. Nurse input is well received in this clinical area.
2. In this clinical area, it is difficult to speak up if I perceive a problem with patient care.
3. Disagreements in this clinical area are resolved appropriately (i.e., not who is right, but what is best for the patient).
4. I have the support I need from other personnel to care for patients.
5. It is easy for personnel here to ask questions when there is something that they do not understand.
6. The physicians and nurses here work together as a well-coordinated team.
7. I would feel safe being treated here as a patient.
8. Medical errors are handled appropriately in this clinical area.
9. I know the proper channels to direct questions regarding patient safety in this clinical area.
10. I receive appropriate feedback about my performance.
11. In this clinical area, it is difficult to discuss errors.
12. I am encouraged by my colleagues to report any patient safety concerns I may have.
13. The culture in this clinical area makes it easy to learn from the errors of others.
14. My suggestions about safety would be acted upon if I expressed them to management.
15. I like my job.
16. Working here is like being part of a large family.
17. This is a good place to work.
18. I am proud to work in this clinical area.
19. Morale in this clinical area is high.
20. When my workload becomes excessive, my performance is impaired.
21. I am less effective at work when fatigued.
22. I am more likely to make errors in tense or hostile situations.
23. Fatigue impairs my performance during emergency situations (e.g. emergency resuscitation, seizure).
24. Management supports my daily efforts: Unit Mgt Hosp Mgt
25. Management doesn't knowingly compromise pt safety: Unit Mgt Hosp Mgt
26. Management is doing a good job: Unit Mgt Hosp Mgt
27. Problem personnel are dealt with constructively by our: Unit Mgt Hosp Mgt
28. I get adequate, timely info about events that might affect my work, from: Unit Mgt Hosp Mgt
29. The levels of staffing in this clinical area are sufficient to handle the number of patients.
30. This hospital does a good job of training new personnel.
31. All the necessary information for diagnostic and therapeutic decisions is routinely available to me.
32. Trainees in my discipline are adequately supervised.
33. I experience good collaboration with nurses in this clinical area.
34. I experience good collaboration with staff physicians in this clinical area.
35. I experience good collaboration with pharmacists in this clinical area.
36. Communication breakdowns that lead to delays in delivery of care are common.

BACKGROUND INFORMATION

Have you completed this survey before? ○ Yes ○ No ○ Don't Know Today's Date (month/year):_____

Position: (mark only one)

- ○ Attending/Staff Physician
- ○ Fellow Physician
- ○ Resident Physician
- ○ Physician Assistant/Nurse Practitioner
- ○ Nurse Manager/Charge Nurse
- ○ Registered Nurse
- ○ Pharmacist
- ○ Therapist (RT, PT, OT, Speech)
- ○ Clinical Social Worker
- ○ Dietician/Nutritionist
- ○ Clinical Support (CMA, EMT, Nurses Aide, etc.)
- ○ Technologist/Technician (e.g., Surg., Lab, Rad.)
- ○ Admin Support (Clerk/Secretary/Receptionist)
- ○ Environmental Support (Housekeeper)
- ○ Other Manager (e.g., Clinic Manager)
- ○ Other:_____

Mark your gender: ○ Male ○ Female Primarily ○ Adult ○ Peds ○ Both

Years in specialty: ○ Less than 6 months ○ 6 to 11 mo. ○ 1 to 2 yrs ○ 3 to 4 yrs ○ 5 to 10 yrs ○ 11 to 20 yrs ○ 21 or more

Thank you for completing the survey - your time and participation are greatly appreciated.

PLEASE DO NOT WRITE IN THIS AREA

Copyright © 2004 by The University of Texas at Austin

Mark Reflexis forms by Pearson NCS MW2605511-1 321 HC99 Printed in U.S.A.

ANEXO B

RE: Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)version to Portuguese Entrada | X

Thomas, Eric para Rhanna mostrar detalhes 20/06/08 Responder

inglês ▾ > português ▾ Traduzir mensagem Desativar para: inglês

Rhanna,

Thank you for your interest in the survey. You have our permission to use it in the manner outlined below.

In case you were not aware, WHO is accepting application for small research grants for patient safety. This might help fund your project.

http://www.who.int/patientsafety/research/grants/

Regards,

Eric

Eric J Thomas MD MPH
Griff T Ross Professor in Humanities and Technology
Director, UT Houston-Memorial Hermann Center for Healthcare Quality and Safety
Associate Professor of Medicine
University of Texas Medical School at Houston
6431 Fannin MSB 1.122
Houston TX 77030
713-500-7958

-----Original Message-----
From: Rhanna Emanuela Fontenele Lima [mailto:rhanna@usp.br]
Sent: Friday, June 20, 2008 9:52 AM
To: Thomas, Eric
Subject: Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)version to Portuguese

Dear Prof. Dr. Eric Thomas ,

I am a doctoral student at the University of São Paulo at Ribeirão Pret College of Nursing, WHO Collaborating Centre for Nursing Research Development, Brazil. I am contacting you about the Safety Attitudes Questionnaire - SAQ, UCI version. In Brazil, I am a member of a resea group about patient safety, coordinated by my supervisor Silvia Helena De Bortoli Cassiani. In the context of my doctoral research, I am interested in measuring UCI safety attitudes in Brazilian healthcare providers and want to use the SAQ for this purpose. Our decision to use this instrument is motivated by the fact that it has been widely adopted in safety attitude assessment surveys, and also by its good psychometric properties. As the instrument has not been used in any Brazilian research yet, at least as far as we have been able to discover, I hereby ask your permission to:
(1)translate the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), UCI version to Portuguese, validating and adapting the instrument to the Brazilian context; (2) evaluate the psychometric properties of the resulting Portuguese version of the SAQ in a Brazilian hospital.

Thank you in advance. I look forward to hearing from you.

Yours sincerely,

Rhanna Emanuela F. Lima
rhanna@usp.br

ANEXO C

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para
o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 209/2009

Ribeirão Preto, 03 de setembro de 2009

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 02 de setembro de 2009.

Protocolo: nº 1022/2009

Projeto: TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA LÍNGUA PORTUGUESA DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ATITUDES DE SEGURANÇA SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE (SAQ) - VERSÃO UTI.

Pesquisadores: Silvia Helena De Bortoli Cassiani
Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª. Drª. Silvia Helena De Bortoli Cassiani
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO AO HOSPITAL

Fortaleza, 25 de março de 2009

À direção do Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara:

.

Estamos encaminhando para apreciação do Centro de Estudos do Hospital Waldemar de Alcântara o projeto de doutorado intitulado: **"Tradução e validação para língua portuguesa do instrumento de avaliação de atitudes de segurança Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)- versão UTI"**. Para a conclusão do processo de tradução e adaptação cultural do questionário será necessário a autorização da direção do hospital para aplicá-lo aos profissionais de saúde locados nas Unidades de Terapia Intensiva deste hospital.

O projeto é financiado pela Organização Mundial da Saúde (WHO) – Edital 2008/9 do Small Research Grants for Patient Safety.

Os resultados obtidos, positivos ou não, serão colocados à disposição do hospital.

A coleta de dados só será iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e ciência por escrito do Centro de Estudos.

Sem mais, agradeço antecipadamente,

Rhanna Emanuela F. Lima de Carvalho

Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho
Pesquisadora

Ciente, de acordo

Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara
Dr. João Batista Chiesse
Diretor Presidente
CRM-CE 3250
Diretor Presidente HGWA

Dr. João Batista Silva
Diretor Presidente HGWA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA
CEPHA
Comitê de Ética em Pesquisa
Humana e Animal

Goiânia, 10 de dezembro de 2009.

Protocolo CEPHA-HGG: Nº 505/09
Investigadora Responsável: Rhanna Emanuela Fontenelle de Carvalho
Título: "Tradução e validação para língua portuguesa do instrumento de avaliação de atitudes de segurança Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)"
Local de Realização: Hospital Geral de Goiânia

CARTA DE APROVAÇÂO

Prezada Sra. Rhanna,

Informamos que no dia 10 de dezembro de 2009, na reunião ordinária mensal do **Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal – CEPHA-HGG**, foram analisados e aprovados o Projeto de Pesquisa acima referido bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo estes considerados em acordo com os princípios éticos vigentes.

Lembramos ao Pesquisador Responsável a necessidade de encaminhar ao CEPHA-HGG relatórios semestrais do andamento, encerramento, conclusão e publicação da pesquisa.

O Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal do Hospital Geral de Goiânia, de acordo com a Resolução 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado

Adryanna Leonor Melo de Oliveira Caiado
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal

Adryanna Leonor Melo de O. Caiado
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal
CEPHA - HGG

CEPHA - HGG
Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal
Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi

Hospital Geral de Goiânia – Dr. Alberto Rassi
Avenida Anhanguera nº6479 – St. Oeste Goiânia – GO - CEP: 74.110-010
Fone/FAX: (62) 3201-8217

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SAÚDE

HOSPITAL DE MESSEJANA DR.
CARLOS ALBERTO STUDART GOMES
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Protocolo do CEP/HM: 673/09

Pesquisador responsável: Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho

Título do Projeto: Tradução e Avaliação para língua portuguesa do instrumento de avaliação de atitudes de segurança Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) versão genérica

Levamos ao conhecimento de V. Sa que o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/HM) do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução Nº 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997, respectivamente, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 25 de Novembro do ano corrente.

Outrossim, gostariamos de relembrar que:

1. O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
2. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP/HM, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
3. O CEP/HM deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP/HM de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.
5. Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP/HM ao término do estudo.

Fortaleza, 25 de Novembro de 2009 .

Maria do Socorro Quintino Farias
Coordenadora do CEP/HM

HOSPITAL
RISOLETA TOLENTINO NEVES

Núcleo de Ensino e Pesquisa

Belo Horizonte,12 de julho de 2010.

Processo Nº 14/10

Título do Projeto: **Tradução e validação para a língua portuguesa do instrumento de avaliação de atitudes de segurança: versão genérica.**

Pesquisadores: Mariana Martins Gonzaga do Nascimento

Trata-se da aplicação de um instrumento reconhecido internacionalmente para avaliar atitudes de segurança do paciente. O trabalho será realizado em cinco hospitais incluindo o HRTN.

A pesquisadora propõe a tradução e validação do instrumento "Safety Attitudes Questionare (SAQ) versão genérica" para a língua portuguesa. A partir desse ponto, ela pretende avaliar as propriedades psicossométricas do instrumento traduzido e adaptado para o contexto dos hospitais brasileiros. Além disso, o questionário validado será aplicado em médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, técnicos e auxiliares de enfermagem e técnicos em radiologia e em laboratório, das clínicas médicas e cirúrgicas das instituições pesquisadas. Feito isso, será realizada a correlação dos valores obtidos na escala com Indicadores de Segurança do Paciente (PSI).

Entende-se que há ampla possibilidade de aplicação do questionário no Hospital e é reconhecida a importância do trabalho tendo em vista os resultados que serão encontrados em relação à percepção sobre a segurança do paciente por parte dos profissionais da assistência. Esses dados serão úteis para a instituição, inclusive, por conta do processo de Acreditação em que o Hospital está inserido.

Não há previsão de custos para o HRTN durante a realização do estudo, que é apoiado por instituições de fomento. Em se tratando de uma pesquisa com os funcionários do Hospital, entende-se que o respeito ao sigilo dos participantes e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) são suficientes para resguardar o caráter ético da iniciativa.

Concluindo, emite-se parecer favorável à realização do estudo proposto, sugerindo-se a inclusão de um termo específico no qual a pesquisadora se compromete a apresentar ao HRTN o resultado da sua pesquisa, principalmente em relação à analise dos dados do Hospital e à apresentação do projeto no COEP-UFMG.

Luís Carlos de Oliveira

Luís Carlos de Oliveira – Membro do colegiado do NEP

Hospital Risoleta Tolentino Neves
Rua das Gabirobas, 01 Vila Clóris CEP 31744-012
Belo Horizonte – MG Telefone: (31) 3459-3266 Fax: 3459-3229

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.usp.br

USP - RIBEIRÃO
assistência - ensino - pesquisa

Ribeirão Preto, 09 de junho de 2010

Ofício nº 1782/2010
CEP/MGV

Prezadas Senhoras,

O trabalho intitulado **"TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA LÍNGUA PORTUGUESA DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ATITUDES DE SEGURANÇA SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE (SAQ) – VERSÃO GENÉRICA"** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 309ª Reunião Ordinária realizada em 07/06/2010 e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,** de acordo com o Processo HCRP nº 12383/2009.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.

DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimas Senhoras
PROFª DRª SILVIA HELENA DE BORTOLI CASSIANI
RHANNA EMANUELA FONTENELE LIMA DE CARVALHO
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Comitê de Ética em Pesquisa HCRP e FMRP-USP - Campus Universitário
FWA – 0000 2733; IRB – 0000 2186 e Registro SISNEP/CONEP nº 4
Fone (16) 3602-2228 - E-mail : cep@hcrp.usp.br
Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP

Universidade Federal de Uberlândia
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
Avenida João Naves de Ávila, nº. 2160 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG –
CEP 38400-089 - FONE/FAX (34) 3239-4131; e-mail: cep@propp.ufu.br; www.comissoes.propp.ufu.br

ANÁLISE FNAL Nº.702/10 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O PROTOCOLO REGISTRO CEP/UFU 208/10

Projeto Pesquisa: Tradução e validação para língua inglesa do instrumento de avaliação de atitudes de segurança – Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) – Versão Genérica.

Pesquisador Responsável: Karine Santana de Azevedo Zago

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.
O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

O CEP/UFU lembra que:
a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução 196/96/CNS, não implicando na qualidade científica do mesmo.

DATA DE ENTREGA DO RELATÓRIO FINAL: DEZEMBRO DE 2010.

SITUAÇÃO: PROTOCOLO APROVADO.

OBS: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

Uberlândia, 17 de Setembro de 2010.

Profa. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado
Coordenadora CEP/UFU

Orientações ao pesquisador

• O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
• O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
• O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
• Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto.

World Health Organization

Research Ethics Review Committee (WHO ERC)

20, AVENUE APPIA – CH-1211 GENEVA 27 – SWITZERLAND – HTTP://INTRANET.WHO.INT/HQ/MES/RPC/ERC – HTTP://WWW.WHO.INT/RPC/RESEARCH_ETHICS

WHO ERC
Review Summary

Protocol ID: RPC337
Country: Brazil
Protocol Title: Translation and validity of Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) to Brazilian language
Responsible Officer: Prasopa-Plaizier,N
Responsible Unit: IER/PSP
Meeting Date: NIL

Dear Dr. Prasopa-Plaizier,N,
Please find the review summary of the Protocol "Translation and validity of Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) to Brazilian language", which was submitted to the Secretariat on 2009-06-18. This proposal underwent Expedited Review. In a cover memo please address your responses to each of the queries in sections A and B POINT BY POINT, and submit a revised, amended protocol accordingly. All changes should be marked either in bold or highlighted, or indicated in track changes. Section C contains Suggestions to improve your proposal, but you are not obliged to follow them. Please note that comments in the introductory paragraph are meant for the WHO Responsible Officer.

A. Amendments (Response and change required)

This section includes queries and comments on your protocol, study instruments or the informed consent form for which the ERC requires your response and where relevant, appropriate amendments to the protocol, study instruments or the informed consent.

1. Informed Consent Forms
1.1. Please provide the authorization from Goiâna Hospital.
1.2. The last sentence of the 4th paragraph reads "I will not use your name and I will not give information that can identify you". It is advised to amend the phrase to "The research team will not…".

B. Clarifications (Response required but change may not be required)

This section includes queries on your protocol, study instruments or the informed consent form for which the ERC requires a clarification, and it may not be mandatory for you to make changes to your protocol.Please consider the comments of the ERC and determine if you believe change is needed. If no change is made, the ERC will consider the response. If the judgement of the ERC is that a change should occur, the ERC will promptly notify you.

NIL

C. Suggestions

This section consists of suggestions for alternative scientific or technical approaches or methods for conducting the research but which do not raise critical, ethical issues. These are meant to be helpful to investigators and are presented as suggestions for you to consider incorporating into a revised protocol. No response from you is required for any comment in this section. If, however, you do make changes to the protocol as a result of these suggestions, please submit the revised protocol to the ERC.

1. It is suggested to fully address the query raised by one of the reviewers in relation to data analysis (page 41). Will all the statistical procedures (Re: from line 12 "item analysis" to line 14 "Analysis of variance across services on page 18) be applied? If so, it would advisable to further elaborate, for example, how the confirmatory factor analysis and ANOVA will be conducted across different services.

World Health Organization

Research Ethics Review Committee (WHO ERC)

20, AVENUE APPIA – CH-1211 GENEVA 27 – SWITZERLAND – HTTP://INTRANET.WHO.INT/HQBESRPO/ERC – HTTP://WWW.WHO.INT/RPC/RESEARCH_ETHICS

Protocol ID: RPC337 /**Meeting Date:** NIL Review Summary (contd)

Based on the above comments, the Committee has the following recommendation(s) for this proposal:

[ ] The proposal is Approved as submitted

[X] **The proposal is Approved Conditionally, subject to the Amendments requested above being incorporated into the proposal to the satisfaction of the Responsible Officer and ERC**

[ ] The proposal is Approved Conditionally, subject to the Clarifications requested above being provided to the satisfaction of the Responsible Officer and ERC

[ ] Decision is Deferred but the proposal can be resubmitted after revision to address the reasons for deferment given above

[ ] The proposal is Not Approved for the reasons stated above, and the proposal may not be re-submitted

NOTE: Final Approval of the Proposal is contingent upon submission of the following:
[X] Local ethics approval(s) [ ] Other relevant documents

IMPORTANT
1. *Any changes to the proposal or to the attachments (informed consent/study instruments etc.) should be approved by ERC before being implemented.*
2. *The approval for this proposal is valid for a period of* ***one year only.***
3. *Please resubmit this proposal for a Continuing Review at least 2 months before the next re-approval period.*

Chairperson ..... **Date**.....30/6/2009

Name: Ronald Johnson/George Schmid/Michelle Gayer

FINAL APPROVAL	**FOR THE SECRETARIAT**
Amendments and Clarifications to the proposal have been reviewed. The protocol (Version: – Date: 08/07/09) and informed consent forms (Dated: 08/09/09) submitted on ...08/09/09..... are approved by the ERC	Amendments and Clarifications to be reviewed: [ ] Electronically by ERC [ ] by Primary reviewers [X] by Secretariat Amendments approved / Clarifications accepted on 20/09/2009 Local ERC approval(s) submitted on 09/06/2009 Relevant Documents submitted on NA
Chairperson ..... **Name** ..... **Date** .....20 July 2008.....	Comments: NA Signature ..... Date 20/09/09

ERC Secretariat

Apêndice

APÊNDICE A

(síntese das traduções- ST)

Questionário sobre atitudes de segurança

Atitudes de segurança: Perspectivas da equipe de atendimento ao paciente

Versão original	Versão traduzida (1)	Versão traduzida (2)	síntese
I work in the (clinical area or patient care area where you typically spend your time):	**Trabalho no/na (área clínica ou área de atendimento a pacientes onde você passa a maior parte do seu tempo)**	**Eu trabalho na (área clínica ou onde passo mais tempo)**	Trabalho no/na área clínica ou área de cuidado aos pacientes onde você passa a maior parte do seu tempo:
This is in the Department of:	**Essa área fica no Departamento de:**	**Esse é um departamento de:**	Este é um departamento de:
Please complete this survey with respect to your experiences in this clinical area	**Por favor, preencha este questionário pensando nas suas experiências nesta área clínica:**	**Por favor complete esta pesquisa baseando-se na sua experiência nesta área clínica**	Por favor, preencha este instrumento baseando-se nas suas experiências nesta área.
Please answer the following items with respect to your specific unit or clinical area	**Por favor, responda os itens a seguir relativos à sua unidade ou área clínica específica**	**Por favor responda os itens seguintes com respeito a sua unidade especifica ou área clínica**	**Por favor responda os itens seguintes com respeito a sua unidade especifica ou área clínica**
Choose your responses using the scale below:	**Escolha suas respostas na escala abaixo:**	**Selecione sua resposta usando a escala abaixo:**	**Selecione suas respostas usando a escala abaixo:**
Disagree Strongly	**Discordo totalmente**	**Discordo totalmente**	**Discordo totalmente**
Neutral	**Neutro**	**Neutro**	**Neutro**
Agree Slightly	**Concordo em parte**	**Concordo parcialmente**	**Concordo parcialmente**
Agree Strongly	**Concordo totalmente**	**Concordo totalmente**	**Concordo totalmente**
Not applicable	**Não se aplica**	**Não aplicável**	**Não se aplica**
1. Nurse input is well received in this clinical area.	1. A contribuição da enfermagem é bem-vinda nesta área clínica.	A enfermagem é bem recebida nessa unidade	1. A contribuição do (a) enfermeiro (a) é bem recebida nesta área.
2. In this clinical area, it is difficult to speak up if I perceive a problem with patient care.	2. Nesta área clínica, tenho dificuldade para me manifestar se percebo um problema com o atendimento do paciente.	Nessa unidade é difícil falar se percebo algum problema com o paciente	2. Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente.
3. Disagreements in this clinical area are resolved appropriately (i.e., not *who* is right, but *what* is best for the patient).	3. As discordâncias nesta área clínica são resolvidas de modo apropriado (ou seja, não importa *quem* está certo, mas o *que* é melhor para o paciente).	Nessa unidade desacordos são resolvidos apropriadamente(ex: não quem é o certo, mas o que é melhor para o paciente)	3. As discordâncias nesta área são resolvidas de modo apropriado (ex: não *quem* está certo, mas *o que* é melhor para o paciente).
4. I have the support I need from other personnel to care for patients.	4. Tenho o apoio de que necessito de outros membros da equipe para atender os pacientes.	Eu tenho suporte necessário de outros profissionais para cuidar do paciente	4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes.
5. It is easy for personnel here to ask questions when there is something that they do not understand.	5. É fácil para o pessoal desta área fazer perguntas quando existe algo que não entendem.	É fácil para os profissionais que trabalham nesta unidade perguntarem quando eles não sabem.	5. É fácil para os membros da equipe daqui fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem.

6. The physicians and nurses here work together as a well-coordinated team.	6. Os médicos e enfermeiros daqui trabalham juntos, como uma equipe bem coordenada.	Nessa unidade médicos e enfermeiros trabalham juntos e bem coordenados em equipes	6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.
7. I would feel safe being treated here as a patient.	7. Eu me sentiria seguro(a) se tivesse de ser tratado(a) aqui como paciente.	Eu me sentiria seguro se fosse tratado nesta unidade como paciente	7. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como um paciente.
8. Medical errors are handled appropriately in this clinical	8. Erros médicos são conduzidos de modo apropriado nesta área clínica.	Nessa unidade erros médicos são tratados apropriadamente	8. Erros são discutidos de modo apropriado nesta área.
9. I know the proper channels to direct questions regarding patient safety in this clinical area.	9. Eu conheço os canais adequados, nesta área clínica, para encaminhar dúvidas sobre a segurança do paciente.	Eu sei a maneira adequada para dirigir questões sobre segurança do paciente nessa unidade	9. Eu conheço os canais adequados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente nesta área.
10. I receive appropriate feedback about my performance	10. Eu recebo *feedback* apropriado sobre meu desempenho.	Eu recebo retorno positive sobre a meu desempenho	10. Eu recebo feedback apropriado sobre meu desempenho.
11. In this clinical area, it is difficult to discuss errors.	11. Nesta área clínica, é difícil discutir erros.	Nessa unidade é difícil discutir sobre erros.	11. Nesta área, é difícil discutir erros.
12. I am encouraged by my colleagues to report any patient safety concerns I may have.	12. Eu sou incentivado por meus colegas a relatar qualquer preocupação que eu tenha com a segurança do paciente.	Eu sou encorajado por meus colegas a informar alguma preocupação com a segurança do paciente que eu possa ter	12. Eu sou encorajado (a) por meus colegas a informar qualquer preocupação quanto à segurança do paciente..
13. The culture in this clinical area makes it easy to learn from the errors of others.	13. A cultura nesta área clínica facilita o aprendizado com base nos erros dos outros.	Nessa unidade tem por cultura aprender com os erros dos outros	13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros.
14. My suggestions about safety would be acted upon if I expressed them to management.	14. Se eu expressar minhas sugestões sobre segurança à chefia, elas serão consideradas em ações futuras.	Minhas sugestões sobre segurança serão postas em ação se eu expressá-las a gerência	14. Minhas sugestões sobre segurança serão postas em ação se eu expressá-las à administração.
15. I like my job.	15. Eu gosto do meu trabalho.	Eu amo meu trabalho	15. Eu gosto do meu trabalho.
16. Working here is like being part of a large family	16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família.	Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família	16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família.
17. This is a good place to work.	17. Este é um bom lugar para se trabalhar.	Aqui é um bom lugar para trabalhar	17. Este é um bom lugar para trabalhar.
18. I am proud to work in this clinical area.	18. Eu tenho orgulho de trabalhar nesta área clínica.	Eu me orgulho por trabalhar nessa unidade	18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área.
19. Morale in this clinical area is high.	19. O moral nesta área clínica é elevado.	A moral nessa unidade é alta	19. O moral nesta área é alto.
20. When my workload becomes excessive, my performance is impaired.	20. Quando eu fico sobrecarregado de trabalho, meu desempenho é comprometido.	Quando a minha carga d trabalho está excessiva meu desempenho diminui	20. Quando minha carga de trabalho é excessiva meu desempenho é prejudicado.
21. I am less effective at work when fatigued.	21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado.	Sou menos eficiente no trabalho quando estou fatigado	21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a).

22. I am more likely to make errors in tense or hostile situations.	22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações de tensão ou hostilidade.	Sou mais propenso a cometer erros em situações tensas e hostis	22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.
23. Fatigue impairs my performance during emergency situations (e.g. emergency resuscitation, seizure).	23. O cansaço compromete meu desempenho em situações de emergência (ex. manobras de ressuscitação, convulsões).	A fadiga diminui minha atuação durante situações de emergência (ex: reanimação cardíaca)	23. Cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: ressuscitação emergente, convulsões).
24. Management supports my daily efforts:	24. A chefia apóia meus esforços diários.	A gerência apoia meus esforços diário	24. A administração apóia meus esforços diários.
25. Management doesn't knowingly compromise pt safety:	25. A chefia não compromete conscientemente a segurança do paciente.	A gerência não tem consciência do compromisso com a segurança do paciente	25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente.
26. Management is doing a good job:	26. A chefia faz um bom trabalho.	A gerência está fazendo um bom trabalho	26. A administração está fazendo um bom trabalho.
27. Problem personnel are dealt with constructively by our:	27. Membros problemáticos da equipe são tratados de modo construtivo pela(o):	Problemas pessoais são divididos construtivamente por nossa	27. Membros problemáticos da equipe são tratados de modo construtivo por nós.
28. I get adequate, timely info about events that might affect my work, from:	28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que possam afetar meu trabalho, por parte do (a):	Eu obtenho informações na hora certa e adequadamente sobre eventos que podem afetar meu trabalho da:	28. Eu obtenho informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho da (o):
29. The levels of staffing in this clinical area are sufficient to handle the number of patients.	29. O efetivo de profissionais nesta área clínica é suficiente para lidar com o número de pacientes.	O número de pessoal nessa unidade é suficiente para o número de pacientes	29. Os níveis da equipe (número e qualificação) nesta área são suficientes para lidar com o número de pacientes.
30. This hospital does a good job of training new personnel.	30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos funcionários.	Nesse hospital tem um bom treinamento para os profissionais novatos	30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe.
31. All the necessary information for diagnostic and therapeutic decisions is routinely available to me.	31. Todas as informações necessárias para decisões de diagnóstico e tratamento estão à minha disposição, rotineiramente.	Todas as informações necessárias para as decisões de diagnóstico e terapêutica são avaliados rotineiramente por mim	31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim.
32. Trainees in my discipline are adequately supervised.	32. Os estagiários/ *trainees* da minha disciplina são adequadamente supervisionados.	Estagiários na minha disciplina são adequadamente supervisionados	32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados.
33. I experience good collaboration with nurses in this clinical area.	33. Trabalho em um regime de boa colaboração com a enfermagem desta área clínica.	Eu experencio boa colaboração com as enfermeiras nessa unidade	33. Eu vivencio boa colaboração com enfermeiros (as) nesta área.
34. I experience good collaboration with staff physicians in this clinical area.	34. Trabalho em um regime de boa colaboração com os médicos desta área clínica	Eu experencio boa colaboração com o médico da equipe	34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe dos médicos nesta área.
35. I experience good collaboration with pharmacists in this clinical area.	35. Trabalho em um regime de boa colaboração com os farmacêuticos desta área clínica	Eu experencio boa colaboração com os farmacêuticos dessa unidade	35. Eu vivencio boa colaboração com farmacêuticos nesta área.

36. Communication breakdowns that lead to delays in delivery of care are common	36. São comuns as falhas de comunicação que levam a demora no atendimento.	Transtornos na comunicação que conduzem atraso na passagem de cuidados são comuns	36. Falhas na comunicação que levam a demora no atendimento são comuns.
Position: (mark only one)	**Posição: (marque apenas uma)**	**Posição: (marque apenas uma)**	cargo: (marque apenas uma)
Attending/Staff Physician	Médico da equipe/ responsável	Médico responsável/médico da equipe	Médico da equipe
Fellow Physician	Médico adjunto	Médico residente pós graduando	Medico adjunto
Resident Physician	Médico residente	Medico residente	Médico residente
Physician Assistant/Nurse Practitioner	Assistente médico/ Enfermeiro especializado	Médico assitente/ enfermeira assitencial	Médico assitente
Nurse Manager/Charge Nurse	Chefe de enfermagem/ Enfermeiro encarregado	Enfermeira gerente/enfermeiro encarregado	Enfermeiro (a) chefe/enfermeiro (a) encarregado (a)
Registered Nurse	Enfermeira formada	Enfermeira registrada	Enfermeiro (a)
Pharmacist	Farmacêutico	Farmacêutico	Farmacêutico (a)
Therapist (RT, PT, OT, Speech)	Terapeuta (Radio, Fisio, Ocupacional, Fono)	Fisioterapêuta, terapêuta ocupacional	Terapeuta (ocupacional, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta)
Clinical Social Worker	Assistente social		Assistente social
Dietician/Nutritionist	Dietista/ Nutricionista	Nutricionista	Nutricionista/técnico em nutrição
Clinical Support (CMA, EMT, Nurses Aide, etc.)	Suporte clínico (Biomédico, Paramédico, Auxiliar de enfermagem, etc.)	Suporte clínico	Auxiliares
Technologist/Technician (e.g., Surg., Lab, Rad.)	Tecnólogo/ Técnico (ex. Cirurgia, Laboratório, Radiologia)	Técnico (laboratório, radiologia)	Tecnólogos/técnicos (cirurgia, laboratório, radiologia)
Admin Support (Clerk/Secretary/Receptionist)	Administrativo (auxiliar escritório/ secretária/ recepcionista)	Administrador (secretário, recepcionista)	Administrativo (auxiliar de escritório/secretário (a)/ recepcionista)
Environmental Support (Housekeeper)	Suporte ambiental (pessoal de limpeza)	Suporte ambiental	Suporte ambiental (pessoal de limpeza)
Other Manager (e.g., Clinic Manager)	Outro cargo de chefia (ex. Chefe de Clínica)	Outro tipo de gerente (ex: Gerente clínico)	utro cargo de chefia
Other:_____ _____	Outra:_____	Outros	Outro
Today's Date (month/year):	**Data de hoje (mês/ano):**	Data de hoje	data (mês/ano)
Mark your gender: Male Female	**Indique seu sexo:** Masc. Fem.	Sexo: masculino e feminine	Sexo: masculino feminino
BACKGROUND INFORMATION	**INFORMAÇÕES GERAIS**	**INFORMAÇÕES GERAIS**	**INFORMAÇÕES GERAIS**
Primarily Adult Peds Both	**Primariamente** Adulto Pediátrico Ambos	Adulto, pediátrica ou ambos	Atuação primária adulto, pediatria e ambos
Years in specialty: Less than 6 months 6 to 11 mo. 1 to 2 yrs 3 to 4 yrs 5 to 10 yrs 11 to 20 yrs 21 or more	**Tempo na especialidade:** Menos de 6 meses 6 a 11 m. 1 a 2 anos 3 a 4 anos 5 a 10 anos 11 a 20 anos 21 ou mais	Anos de especialista: menos que 6 meses, 6 a 11 meses, 1 a 2 anos, 3 a 4 anos, 5 a 10 anos, 11 a 20 anos, 21 anos ou mais	Tempo na especialidade: menos de 6 meses, 6 a 11 meses, 1 a 2 anos, 3 a 4 anos, 5 a 10 anos, 11 a 20 anos 21 anos ou mais.
Thank you for completing the survey - your time and participation are greatly appreciated.	**Obrigado por dedicar seu tempo e preencher o questionário – sua participação foi muito importante.**	Obrigado por responder este questionário- seu tempo e sua participação são apreciados	Obrigada por responder este instrumento. Seu tempo e sua participação são muito importantes.

APÊNDICE B

RT1, RT2 e síntese das retrotraduções

Back translation (RT1)	**Back translation (RT2)**	**Back Translation Summary**
Safety Attitudes Questionnaire: the health team's perspective on this care area	Safety Attitudes Questionnaire: perspective of the healthcare team about this area of care	Safety Attitudes Questionnaire: the health team's perspective on this care area
I work in the clinical or patient care area, where you spend most of your time:	Working in the clinical area or area of care of patients, where you spend most of your time:	I work in the (clinical or patient care area, where you spend most of your time:
That is a department of:	This is a department of:	This is a department of:
Please fill out this instrument based on your experience in this area.	Please fill out this instrument based on your experiences in this area.	Please fill out this instrument based on your experience in this area.
Use pencil number 2 only	Use only a number 2 pencil	Use only a number 2 pencil
Right answer/wrong answer	Correct answer / incorrect answer	Correct mark/ incorrect mark
Wipe out any answer you want to change very carefully	Delete very well any answer that you want to change.	Erase any mark that you want to change.
Please answer the following items about your unit or specific area.	Please answer the following items relative to your specific unit or area.	Please answer the following items relative to your specific unit or area
Select your answers using the scale below:	Select your answers using the scale below:	Select your answers using the scale below:
a. I fully disagree	a. Completely disagree	I completely disagree
b. I partially disagree	b. Partially disagree	I partially disagree
c. neutral	c. Neutral	Neutral
d. I partially agree	d. Partially agree	I partially agree
e. I fully agree	e. Completely agree	I completely disagree
x. Does not apply	x. Not applicable	Not applicable
1. The nurse's contribution is well received in this area.	1. The contribution of the nurse is well received in this area.	The nurse's contribution is well received in this area.
2. In this area, it is hard to talk openly if I perceive a problem in patient care.	2. In this area, it is difficult to speak openly if I perceive a problem with patient care.	In this area, it is difficult to speak openly if I perceive a problem with patient care.
3. Disagreements in this area are solved appropriately (e.g. not *who* is right, but *what* is best for the patient).	3. The disagreements in this area are resolved appropriately (ie, not *who* is right, but *what* is best for the patient).	The disagreements in this area are resolved appropriately (ie, not *who* is right, but *what* is best for the patient).
4. I have the support I need from other team members to take care of patients.	4. I have the support I need from other team members to care for patients.	I have the support I need from other team members to care for patients.
5. It is easy for team members here to ask questions when there is something they do not understand.	5. It is easy for team members here to ask questions when there is something they do not understand.	It is easy for team members here to ask questions when there is something they do not understand.
6. Physicians and nurses here work together as a well-coordinated team.	6. The physicians and nurses here work together as a well coordinated team.	The physicians and nurses here work together as a well coordinated team.
7. I would feel safe if I were	7. I would feel safe being	I would feel safe being if I were

treated as a patient here.	treated here as a patient.	treated as a patient here.
8. Errors are treated appropriately in this area.	8. Mistakes are handled appropriately in this area.	Errors are handled appropriately in this area.
9. I know the adequate channels to forward questions on patient safety in this area.	9. I know the proper channels to direct questions related to patient safety in this area.	I know the proper channels to forward questions related to patient safety in this area.
10. I get appropriate feedback on my performance.	10. I receive appropriate feedback about my performance.	I receive appropriate feedback about my performance.
11. In this area, it is hard to discuss errors.	11. In this area, it is difficult to discuss mistakes.	In this area, it is hard to discuss errors.
12. My colleagues encourage me to inform about any concern with patient safety I may have.	12. I am encouraged (a) by my colleagues to report any concerns about patient safety that I may have.	I am encouraged (a) by my colleagues to report any concerns about patient safety that I may have.
13. Culture in this area makes it easy to learn from other people's errors.	13. The culture in this area makes it easy to learn from the mistakes of others.	The culture in this area makes it easy to learn from the errors of others.
14. My suggestions about safety will be put in practice if I express them to management.	14. My suggestions about safety will be put into action if I express them to the management.	My suggestions about safety will be put in practice if I express them to management.
15. I like my job.	15. I like my job.	I like my job.
16. Working here is like being part of a big family.	16. Working here is like being part of a large family.	Working here is like being part of a large family.
17. This is a good place to work.	17. This is a good place to work.	This is a good place to work.
18. I'm proud of working in this area.	18. I am proud to work in this area.	I am proud to work in this area.
19. Spirits in this area are good.	19. Morale is high in this area.	Morale is high in this area.
20. When my workload is too high this impairs my performance.	20. When my workload is excessive my performance is impaired.	When my workload is excessive my performance is impaired
21. I'm less efficient at work when I'm tired.	21. I am less efficient at work when I'm tired.	I am less efficient at work when I'm tired.
22. My probability of making errors is higher in tense or hostile situations.	22. I am more likely to make mistakes in tense or hostile situations;	I am more likely to make mistakes in tense or hostile situations
23. Fatigue impairs my performance during emergency situations (e.g. emergency resuscitation, convulsions).	23. Tiredness affects my performance during emergency situations (e.g. emergency resuscitation, seizures).	Fatigue impairs my performance during emergency situations (e.g. emergency resuscitation, seizures).
Unit management	Unit management	Unit management
Hospital management	Hospital management	Hospital management
24. Management supports my daily efforts.	24. The management supports my daily efforts.	The management supports my daily efforts.
25. Management does not consciously jeopardize patient safety.	25. The management does not knowingly compromise patient safety	The management does not knowingly compromise patient safety
26. Management is doing a good job.	26. The management is doing a good job.	The management is doing a good job.
27. We treat problematic team members constructively.	27. Problematic team members are treated in a constructive way by us.	We treat problematic team members constructively.

28. I get adequate and timely information about events that can affect my work from:	28. I get adequate and opportune information about events that may affect my work:	I get adequate and timely information about events that may affect my work from:
29. Team levels (number and qualification) in this area are sufficient to deal with the number of patients.	29. The levels of staff (number and qualification) in this area are sufficient to cope with the number of patients.	The levels of staff (number and qualification) in this area are sufficient to cope with the number of patients.
30. This hospital is doing a good job in training new team members.	30. This hospital does a good job in training new team members.	This hospital does a good job in training new team members.
31. Any information I need for making diagnostic or therapeutic decisions is routinely available.	31. All necessary information for diagnostic and therapeutic decisions is routinely available to me.	All necessary information for diagnostic and therapeutic decisions is routinely available to me.
32. Trainees in my profession are properly supervised.	32. Trainees of my profession are adequately supervised.	Trainees of my profession are adequately supervised.
33. My collaboration with nurses in this area is good.	33. I experience good collaboration with nurses in this area.	I experience good collaboration with nurses in this area.
34. My collaboration with the physicians' team in this area is good.	34. I experience good collaboration with the team of doctors in this area.	I experience good collaboration with the team of doctors in this area
35. My collaboration with pharmacists in this area is good.	35. I experience good collaboration with pharmacists in this area.	I experience good collaboration with pharmacists in this area.
36. Communication flaws leading to care delays are common.	36. Communication failures that lead to delays in treatment are common.	Communication failures leading to care delays are common.
Information	Information	Information
Have you ever filled out this instrument before? yes no does not know	Have you ever completed this instrument before? yes no do not know	Have you ever completed this instrument before? yes no do not know
function: (mark only one)	Position: (check only one)	Position: (mark only one)
team physician	Senior physician	
adjunct physician	Specialist physician	
resident physician	Resident physician	
assistant physician	Assistant physician	
head nurse/nurse in charge	Head nurse / charge nurse	
nurse	nurse	
pharmacist	pharmacist	
therapist (occupational, psychologist, speech and language, physiotherapist)	therapist (occupational, psychologist, speech therapist, physiotherapist)	
social worker	Social worker	
nutritionist/nutrition technician	nutritionist / nutrition technician	
auxiliaries	Auxiliary nurse	
technologists/technicians (surgery, laboratory, radiology)	technologists / technicians (surgery, laboratory, radiology)	

administrative (office auxiliary/secretary/receptionist)	administrative (office assistant / secretary / receptionist)	
environmental support (cleaning staff)	support staff (cleaning staff)	
other leading function	other management position	other management position
other	other	other
date (month/year)	date (month / year)	date (month/year)
gender: male/female	sex: male female	gender: male/female
Information	Information	
Primary activity adult, pediatrics and both	Primary practice adult, pediatric and both	Primary practice adult, pediatric and both
Time in specialty area: less than 6 months, 6 to 11 months, 1 to 2 years, 3 to 4 years, 5 to 10 years, 11 to 20 years, 21 years or more.	Time in the specialty: less than 6 months, 6 to 11 months, 1 to 2 years, 3 to 4 years, 5 to 10 years, 11 to 20 years, 21 or more.	Time in specialty area: less than 6 months, 6 to 11 months, 1 to 2 years, 3 to 4 years, 5 to 10 years, 11 to 20 years, 21 years or more.
Thank you for answering this questionnaire. Your time and participation are very important.	Thank you for answering this instrument. Your time and participation are very important.	Thank you for answering this questionnaire. Your time and participation are very important.

APÊNDICE C

Instruções para análise do instrumento

Segue abaixo as instruções para avaliação semântica entre as diferentes versões do Questionário de Atitudes de Segurança- Safety Attitudes Questionnaire- SAQ short form 2006.

Para auxiliar na avaliação envio em anexo os seguintes documentos:

- **Instrumento original**- Safety Attitudes Questionnaire- Short Version 2006.
- **Síntese das traduções** - A tradução foi realizada por dois tradutores independentes e bilíngües. Após a fase de tradução foi realizada uma síntese das duas traduções para obter uma versão comum das traduções.
- **Síntese da Back Translation** - A síntese das duas traduções em português do instrumento foi vertida para o inglês. Esta fase foi realizada por dois tradutores bilíngües, nativos do idioma da escala (inglês).

A lista de itens a seguir corresponde às versões original e traduzida do Questionário de Atitudes de Segurança- Safety Attitudes Questionnaire- SAQ short form 2006.

O item descrito em cor preta corresponde à forma original do instrumento e aquele descrito em vermelho equivale à sua forma traduzida para o português.

Ao analisar as equivalências semânticas, idiomática, cultural e conceitual considere as seguintes orientações:

Equivalências semântica e idiomática: correspondem a equivalência no significado (gramática e vocabulário) das palavras e no uso de expressões equivalentes nos dois idiomas.

Equivalência cultural: corresponde a coerência com as experiências vivenciadas pela população a qual o instrumento se destina.

Equivalência conceitual: corresponde a equivalência dos itens com os domínios a qual se pretende medir.

Para a avaliação das quatro equivalências utilize a escala abaixo:

	Escala de equivalência
-1	não equivalente
0	não é possível avaliar/não sei
+1	equivalente

Caso assinale, -1 ou 0, por favor faça sugestões quanto às alterações que acharem pertinentes nas linhas disponíveis abaixo de cada item.

Lista de domínios

Reconhecimento do estresse: reconhecimento de como meu desempenho é influenciado por fatores estressores.

Condições de trabalho: percepção da qualidade de suporte ambiental e logístico no lugar de trabalho (por exemplo: equipamentos e profissionais)

Clima de segurança: percepção de um forte e proativo compromisso organizacional com a segurança.

Percepção da gerência: aprovação das ações da administração.

Satisfação no trabalho: sentimento agradável ou estado emocionalmente positivo resultante da percepção da experiência de trabalho.

Clima de trabalho em equipe: percepção da qualidade da colaboração entre os profissionais da equipe

Safety Attitudes: Frontline Perspectives from this Patient Care Area

Questionário de Atitudes de Segurança: perspectiva da equipe de saúde sobre esta área de cuidado.

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idiomática			
Cultural			
Conceitual			

_____

_____

_____

I work in the (clinical area or patient care area where you typically spend your time):

Trabalho no/na área clínica ou área de cuidado aos pacientes onde você passa a maior parte do seu tempo:

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idiomática			
Cultural			
Conceitual			

_____

_____

_____

This is in the Department of:

Este é um departamento de:

Equivalências	**-1** **(não equivalente)**	**0** **(não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1** **(equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____

_____

_____

Please complete this survey with respect to your experiences in this clinical area.

Por favor, preencha este instrumento baseando-se nas suas experiências nesta área.

Equivalências	**-1** **(não equivalente)**	**0** **(não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1** **(equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____

_____

Use number 2 pencil only.

Use somente lápis número 2.

Equivalências	**-1** **(não equivalente)**	**0** **(não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1** **(equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____

_____

Correct Mark/ Incorrect Marks

Resposta correta / resposta incorreta

Equivalências	**-1** **(não equivalente)**	**0** **(não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1** **(equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____
_____
_____

Erase cleanly any mark you wish to change.

Apague muito bem qualquer resposta que você desejar mudar.

Equivalências	**-1** **(não equivalente)**	**0** **(não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1** **(equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____
_____
_____

Disagree Strongly, Disagree Slightly, Neutral, Agree Slightly, Agree Strongly, Not Applicable

Discordo totalmente, discordo em parte, neutro, concordo em parte, Concordo totalmente, não se aplica

Equivalências	**-1** **(não equivalente)**	**0** **(não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1** **(equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____
_____
_____

Teamwork Climate

Clima de trabalho em equipe

1. Nurse input is well received in this clinical area.

1. A contribuição do (a) enfermeiro (a) é bem recebida nesta área.

Equivalências	**-1** **(não equivalente)**	**0** **(não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1** **(equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____
_____
_____

2. In this clinical area, it is difficult to speak up if I perceive a problem with patient care.

2. Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente.

Equivalências	**-1** **(não equivalente)**	**0** **(não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1** **(equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____
_____
_____

3. Disagreements in this clinical area are resolved appropriately (i.e., not *who* is right, but *what* is best for the patient).

3. As discordâncias nesta área são resolvidas de modo apropriado (ex: não *quem* está certo, mas *o que* é melhor para o paciente).

Equivalências	**-1** **(não equivalente)**	**0** **(não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1** **(equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____
_____
_____

4. I have the support I need from other personnel to care for patients.

4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes.

Equivalências	**-1** **(não equivalente)**	**0** **(não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1** **(equivalente)**
Semântica e idiomática			
Cultural			
Conceitual			

_____
_____
_____

5. It is easy for personnel here to ask questions when there is something that they do not understand.

5. É fácil para os membros da equipe daqui fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem.

Equivalências	**-1** **(não equivalente)**	**0** **(não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1** **(equivalente)**
Semântica e idiomática			
Cultural			
Conceitual			

_____
_____
_____

6. The physicians and nurses here work together as a well-coordinated team.

6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.

Equivalências	**-1** **(não equivalente)**	**0** **(não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1** **(equivalente)**
Semântica e idiomática			
Cultural			
Conceitual			

_____
_____
_____

33. I experience good collaboration with nurses in this clinical area.

33. Eu vivencio boa colaboração com enfermeiros (as) nesta área.

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____
_____
_____

34. I experience good collaboration with staff physicians in this clinical area.

34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe dos médicos nesta área.

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____
_____
_____

35. I experience good collaboration with pharmacists in this clinical area.

35. Eu vivencio boa colaboração com farmacêuticos nesta área.

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____
_____
_____

36. Communication breakdowns that lead to delays in delivery of care are common.

36. Falhas na comunicação que levam a demora no atendimento são comuns.

Equivalências	**-1** **(não equivalente)**	**0** **(não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1** **(equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____

_____

_____

Safety Climate

Clima seguro

7. I would feel safe being treated here as a patient.

7. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como um paciente.

Equivalências	**-1** **(não equivalente)**	**0** **(não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1** **(equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____

_____

_____

8. Medical errors are handled appropriately in this clinical area.

8. Erros são tratados de modo apropriado nesta área.

Equivalências	**-1** **(não equivalente)**	**0** **(não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1** **(equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____

_____

_____

9. I know the proper channels to direct questions regarding patient safety in this clinical area.

9. Eu conheço os canais adequados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente nesta área.

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idiomática			
Cultural			
Conceitual			

_____

_____

_____

10. I receive appropriate feedback about my performance.

10. Eu recebo feedback apropriado sobre meu desempenho.

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idiomática			
Cultural			
Conceitual			

_____

_____

_____

11. In this clinical area, it is difficult to discuss errors.

11. Nesta área, é difícil discutir erros.

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idiomática			
Cultural			
Conceitual			

_____

_____

_____

12. I am encouraged by my colleagues to report any patient safety concerns I may have.

12. Eu sou encorajado (a) por meus colegas a informar qualquer preocupação quanto à segurança do paciente que eu possa ter.

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____

_____

_____

13. The culture in this clinical area makes it easy to learn from the errors of others.

13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros.

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____

_____

_____

Job Satisfaction

Satisfação no trabalho

14. My suggestions about safety would be acted upon if I expressed them to management.

14. Minhas sugestões sobre segurança serão postas em ação se eu expressá-las à administração.

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____
_____
_____

15. I like my job.

15. Eu gosto do meu trabalho.

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idiomática			
Cultural			
Conceitual			

_____
_____
_____

16. Working here is like being part of a large family.

16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família.

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idiomática			
Cultural			
Conceitual			

_____
_____
_____

17. This is a good place to work.

17. Este é um bom lugar para trabalhar.

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idiomática			
Cultural			
Conceitual			

18. I am proud to work in this clinical area.

18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área.

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____

_____

_____

19. Morale in this clinical area is high.

19. O moral nesta área é alto.

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____

_____

_____

Stress Recognition

Reconhecimento do estresse

20. When my workload becomes excessive, my performance is impaired.

20. Quando minha carga de trabalho é excessiva meu desempenho é prejudicado.

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____
_____
_____

21. I am less effective at work when fatigued.

21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a).

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idiomática			
Cultural			
Conceitual			

_____
_____
_____

22. I am more likely to make errors in tense or hostile situations.

22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idiomática			
Cultural			
Conceitual			

_____
_____
_____

23. Fatigue impairs my performance during emergency situations (e.g. emergency resuscitation, seizure).

23. Cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: ressuscitação emergente, convulsões).

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idiomática			

Cultural			
Conceitual			

_____

_____

_____

Perceptions of Management
Percepção da gerência

Unit management, Hospital management
Administração da unidade/ administração do hospital

Equivalências	**-1** **(não equivalente)**	**0** **(não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1** **(equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____

_____

_____

24. Management supports my daily efforts:

24. A administração apóia meus esforços diários.

Equivalências	**-1** **(não equivalente)**	**0** **(não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1** **(equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____

_____

_____

25. Management doesn't knowingly compromise patient safety:

25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente:

Equivalências	**-1** **(não equivalente)**	**0** **(não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1** **(equivalente)**

Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____
_____
_____

26. Management is doing a good job:

26. A administração está fazendo um bom trabalho.

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____
_____
_____

27. Problem personnel are dealt with constructively by our:

27. Membros problemáticos da equipe são tratados de modo construtivo por nós:

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____
_____
_____

28. I get adequate, timely info about events that might affect my work, from:

28. Eu obtenho informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a):

Equivalências	**-1** **(não equivalente)**	**0** **(não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1** **(equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____

_____

_____

29. The levels of staffing in this clinical area are sufficient to handle the number of patients.

29. Os níveis da equipe (número e qualificação) nesta área são suficientes para lidar com o número de pacientes.

Equivalências	**-1** **(não equivalente)**	**0** **(não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1** **(equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____

_____

_____

Working Conditions

Condições de trabalho

30. This hospital does a good job of training new personnel.

30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe.

Equivalências	**-1** **(não equivalente)**	**0** **(não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1** **(equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____

_____

_____

31. All the necessary information for diagnostic and therapeutic decisions is routinely available to me.

31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim.

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idiomática			
Cultural			
Conceitual			

_____
_____
_____

32. Trainees in my discipline are adequately supervised.

32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados.

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idiomática			
Cultural			
Conceitual			

_____
_____
_____

BACKGROUND INFORMATION

Informação

Have you completed this survey before? Yes / not/ don´t know

Você já havia preenchido este instrumento anteriormente? Sim, não, não sabe

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idiomática			
Cultural			

Conceitual			

_____
_____
_____

Position: (mark only one)

Cargo: (marque somente uma)

Attending/Staff Physician

Médico da equipe/ responsável

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____
_____
_____

Fellow Physician

Médico adjunto

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____
_____
_____

Resident Physician

Médico residente

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**

Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____

_____

_____

Physician Assistant/Nurse Practitioner

Assistente médico/ enfermeiro especializado

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____

_____

_____

Nurse Manager/Charge Nurse

Chefe de enfermagem/ enfermeiro encarregado

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____

_____

_____

Registered Nurse

Enfermeira

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idio-mática			

Cultural			
Conceitual			

_____
_____
_____

Pharmacist

Farmacêutico

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____
_____
_____

Therapist (RT, PT, OT, Speech)

Terapeuta (ocupacional, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta)

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____
_____
_____

Clinical Social Worker

Assistente social

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idio-mática			

Cultural			
Conceitual			

_____
_____
_____

Dietician/Nutritionist

Nutricionista/ técnico em nutrição

Equivalências	**-1** **(não equivalente)**	**0** **(não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1** **(equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____
_____
_____

Clinical Support (CMA, EMT, Nurses Aide, etc.)

Suporte clínico (Biomédico, Paramédico, Auxiliar de enfermagem, etc.)

Equivalências	**-1** **(não equivalente)**	**0** **(não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1** **(equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____
_____
_____

Technologist/Technician (e.g., Surg., Lab, Rad.)

Tecnólogo/ Técnico (ex. Cirurgia, Laboratório, Radiologia)

Equivalências	**-1** **(não equivalente)**	**0** **(não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1** **(equivalente)**
Semântica e idio-mática			

Cultural			
Conceitual			

_____
_____
_____

Admin Support (Clerk/Secretary/Receptionist)

Administrativo (auxiliar escritório/ secretária/ recepcionista)

Equivalências	**-1** **(não equivalente)**	**0** **(não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1** **(equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____
_____
_____

Environmental Support (Housekeeper)

Suporte ambiental (pessoal de limpeza)

Equivalências	**-1** **(não equivalente)**	**0** **(não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1** **(equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____
_____
_____

Other Manager (e.g., Clinic Manager)/ Other

Outro cargo de chefia (ex. Chefe de Clínica)/ Outro

Equivalências	**-1** **(não equivalente)**	**0** **(não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1** **(equivalente)**
Semântica e idio-mática			

Cultural			
Conceitual			

_____

_____

_____

Today's Date (month/year):_____

Data (mês/ano):_____

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idiomática			
Cultural			
Conceitual			

_____

_____

_____

Mark your gender: Male/ female

Gênero: homem/ mulher

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idiomática			
Cultural			
Conceitual			

_____

_____

_____

Primarily: Adult Peds Both

Atuação primária adulto, pediatria e ambos

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idiomática			
Cultural			
Conceitual			

_____
_____
_____

Years in specialty: Less than 6 months 6 to 11 mo. 1 to 2 yrs 3 to 4 yrs 5 to 10 yrs 11 to 20 yrs 21 or more

Tempo na especialidade: menos de 6 meses, 6 a 11 meses, 1 a 2 anos, 3 a 4 anos, 5 a 10 anos, 11 a 20 anos 21 anos ou mais.

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

_____
_____
_____

Thank you for completing the survey - your time and participation are greatly appreciated

Obrigado por responder este instrumento. seu tempo e sua participação são muito importantes.

Equivalências	**-1 (não equivalente)**	**0 (não é possível avaliar/ não sei)**	**+ 1 (equivalente)**
Semântica e idio-mática			
Cultural			
Conceitual			

APÊNDICE D

Questionário de Atitudes de Segurança: perspectiva da equipe sobre esta área de cuidado

Área clínica ou área de assistência ao paciente onde você passa maior parte de seu tempo:
Departamento: Por favor, preencha este instrumento baseando-se nas suas experiências nesta área

- Use somente lápis número 2 (lápis número 2) Preenchimento correto Preenchimento incorreto
- Apague muito bem qualquer resposta que você desejar mudar

Não se aplica
Concordo totalmente
Concordo parcialmente
Neutro
Discordo parcialmente
Discordo totalmente

Por favor, responda os itens seguintes relativos à sua unidade ou área específica
Selecione suas respostas usando a escala abaixo:

A	B	C	D	E	X
Discordo totalmente	Discordo em parte	Neutro	Concordo em parte	Concordo totalmente	Não se aplica

	A	B	C	D	E	X
1. As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área	A	B	C	D	E	X
2. Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente	A	B	C	D	E	X
3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)	A	B	C	D	E	X
4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes	A	B	C	D	E	X
5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem	A	B	C	D	E	X
6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada	A	B	C	D	E	X
7. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente	A	B	C	D	E	X
8. Erros são tratados de maneira apropriada nesta área	A	B	C	D	E	X
9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área	A	B	C	D	E	X
10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho	A	B	C	D	E	X
11. Nesta área, é difícil discutir sobre erros	A	B	C	D	E	X
12. Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente	A	B	C	D	E	X
13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros	A	B	C	D	E	X
14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração	A	B	C	D	E	X
15. Eu gosto do meu trabalho	A	B	C	D	E	X
16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família	A	B	C	D	E	X
17. Este é um bom lugar para trabalhar	A	B	C	D	E	X
18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área	A	B	C	D	E	X
19. O moral nesta área é alto	A	B	C	D	E	X
20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado	A	B	C	D	E	X
21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a)	A	B	C	D	E	X
22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis	A	B	C	D	E	X
23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiorespiratória, convulsões)	A	B	C	D	E	X
24. A administração apóia meus esforços diários: Adm unid A B C D E X Adm hosp	A	B	C	D	E	X
25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente: Adm unid A B C D E X Adm hosp	A	B	C	D	E	X
26. A administração está fazendo um bom trabalho: Adm unid A B C D E X Adm hosp	A	B	C	D	E	X
27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa: Adm unid A B C D E X Adm hosp	A	B	C	D	E	X
28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a): Adm unid A B C D E X Adm hosp	A	B	C	D	E	X
29. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes	A	B	C	D	E	X
30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe	A	B	C	D	E	X
31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim	A	B	C	D	E	X
32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados	A	B	C	D	E	X
33. Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros (as) nesta área	A	B	C	D	E	X
34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área	A	B	C	D	E	X
35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área	A	B	C	D	E	X
36. Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns	A	B	C	D	E	X

INFORMAÇÕES

Você já havia preenchido este instrumento anteriormente? ◯ Sim ◯ Não ◯ Não sabe Data (mês/ano):_____

Cargo: (marque somente um)

- ◯ Médico da equipe responsável
- ◯ Médico residente
- ◯ Chefe de enfermagem
- ◯ Enfermeiro (a)
- ◯ Auxiliar de enfermagem / Técnico de enfermagem
- ◯ Psicólogo
- ◯ Farmacêutico (a)
- ◯ Fisioterapeuta
- ◯ Assistente social
- ◯ Nutricionista
- ◯ Técnico em nutrição/ radiologia /laboratório
- ◯ Fonoaudiólogo
- ◯ Administrativo (auxiliar escritório/ secretária/ recepcionista)
- ◯ Suporte ambiental (pessoal da limpeza)
- ◯ Outro:

Gênero: ◯ homem ◯ mulher **Atuação principal:** ◯ adulto ◯ pediatria ◯ ambos

Tempo na especialidade: ◯ menos de 6 meses ◯ 6 a 11 meses ◯ 1 a 2 anos ◯ 3 a 4 anos ◯ 5 a 10 anos ◯ 11 a 20 anos ◯ 21 anos ou mais

Obrigado por responder este instrumento. seu tempo e sua participação são muito importantes.

POR FAVOR NÃO ESCREVA NESTA ÁREA

APÊNDICE E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Profissionais da Saúde)

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada Avaliação de Atitudes de Segurança- Adaptação transcultural do "*Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ)" para o Brasil, sob a responsabilidade dos pesquisadores, Enfª MS. Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho e Enfª Drª Silvia Helena de Bortoli Cassiani. Considerando as diferenças culturais entre a realidade americana e a nossa, bem como a carência de instrumentos que mensurem o clima de segurança no ambiente hospitalar no Brasil, este estudo tem como objetivo traduzir e validar para a língua portuguesa o instrumento de Avaliação de Atitudes de Segurança "*Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ)- versão genérica. A SAQ tem por objetivo mensurar o clima de segurança percebido pelos profissionais de saúde em seu ambiente de trabalho. Na sua participação você terá que responder a um instrumento que é formado por 41 itens agrupados em seis dimensões: clima de trabalho em equipe, satisfação profissional, percepções da gerência, clima seguro, condições de trabalho, reconhecimento do estresse. A resposta de cada questão é por opções pré-estabelecidas: opção A- discorda totalmente B- discordo em parte , C- neutro, D- concordo em parte, E- concordo totalmente e não se aplica.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelo pesquisador, no momento da coleta de dados em seu setor de trabalho. A participação na pesquisa é voluntária e o senhor (a) é livre para recusar a participar e para retirar seu consentimento em qualquer momento, sem prejuízo algum. Asseguro-lhe que as informações obtidas serão utilizadas somente para a realização desse trabalho. Não haverá gastos e nem remuneração pela sua participação. O possível risco da pesquisa é haver identificação dos participantes, entretanto, a pesquisadora se comprometerá em manter sigilo absoluto sobre a sua participação. Quanto aos benefícios, a sua contribuição a esta pesquisa, mediante o preenchimento do questionário, ajudarão a validar o primeiro instrumento em português para a avaliação da percepção de atitudes de segurança. As medidas das percepções dos trabalhadores são elementos importantes para a avaliação das necessidades de segurança da instituição. Além disso, sua contribuição e participação trarão benefícios para o desenvolvimento científico e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados nesta unidade e em outros serviços de saúde.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador abaixo assinado. E, finalmente, quando o trabalho for apresentado não será usado o seu nome e nem dado nenhuma informação que possa identificá-lo.

Pedimos sua colaboração para que nos envie as respostas o mais rápido possível, pois estes resultados nortearão a fase de validação que será realizada com os profissionais de saúde.

CONSENTIMENTO PÓS- ESCLARECIMENTO

Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Assinatura do especialista/ RG

Pesquisador responsável
Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho
Av Mister Hull 2933 apto 4021B
Celular: (85) 91491293

Fortaleza,..... de .....de 2010