



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

**Tradução, adaptação cultural e validação do
Safety Attitudes Questionnaire - Short Form
2006 para Portugal**

Dora Maria Ricardo da Fonseca Saraiva

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Gestão de Unidades de Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Professora Doutora Anabela Almeida

Covilhã, Janeiro de 2015

Dedicatória

Ao meu filho Henrique, meu maior orgulho e alegria,
Pelo amor incondicional, apoio demonstrado e pela capacidade de compreender os momentos
em que não estive presente.

Agradecimentos

À minha Orientadora, Professora Doutora Anabela Almeida, pelo privilégio que me deu ao aceitar a orientação desta dissertação, pela disponibilidade, incentivo, confiança e apoio prestado.

Aos Professores Doutores do Mestrado de Gestão de Unidades de Saúde pela excelência do saber transmitido com rigor, pela capacidade de estímulo e pela confiança depositada.

À Professora Doutora Helena Alves, Professora Doutora Isabel Fernandes, Doutora Catarina Cruto, Professor Doutor António João Rodrigues, Professora Doutora Teresa Lopes, Mestre Patrícia Eirinha e Responsável da Qualidade Catarina Mateus, pela disponibilidade e por todo o profissionalismo demonstrado enquanto elementos da Comissão de Especialistas no processo de adaptação cultural.

À Administração do Centro Hospitalar Cova da Beira e a todos os profissionais que preencheram os questionários, pela receptividade, interesse, apoio e incentivo demonstrados.

Ao meu filho e ao meu marido por acreditarem sempre em mim e no que faço. Pelo apoio inestimável, colaboração e carinho revelados.

A todos, um reconhecido agradecimento!

**“Aqueles que passam por nós,
não vão sós, não nos deixam sós,
Deixam um pouco de si,
Levam um pouco de nós”
Antoine de Saint-Exúpery**

Resumo

A segurança do doente é um parâmetro integrante da qualidade dos cuidados e uma prioridade dos sistemas de saúde. Devido à função estratégica que assume é indiscutível a preocupação crescente das várias organizações de saúde na utilização de instrumentos que avaliem o clima de segurança. O *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) - *Short Form 2006* é o instrumento mais utilizado e rigorosamente validado para medir o clima de segurança do doente entre os prestadores de cuidados de saúde. O objetivo deste estudo foi traduzir, adaptar culturalmente e validar este instrumento para Portugal originando a versão SAQ - *Short Form 2006 PT*.

Para o processo de tradução e adaptação cultural realizou-se um estudo metodológico baseado nas recomendações de Beaton *et al.* (2000) com as etapas: tradução, síntese, retrotradução, avaliação por uma comissão de especialistas, pré-teste e submissão dos relatórios aos autores do instrumento. Para a validação realizou-se um estudo transversal numa amostra de 623 profissionais de saúde. A fidelidade da versão adaptada foi avaliada através da consistência interna e da reprodutibilidade, e a validade de constructo através da análise fatorial confirmatória.

O SAQ - *Short Form 2006* foi traduzido e adaptado para o contexto português com sucesso. A validade de conteúdo foi garantida através de uma comissão de especialistas. A fidelidade foi confirmada por um alfa de *Cronbach* de 0,92 e por um coeficiente de correlação de *Pearson* no teste-reteste de 0,99. Em relação às dimensões, verificaram-se correlações positivas e significativas entre todas as dimensões, com exceção da dimensão reconhecimento do *stress*. A análise fatorial confirmatória mostrou índices de qualidade de ajustamento que revelam uma adequação muito boa para o modelo de seis fatores ($\chi^2/df=1,864$; GIF=0,908; CIF=0,951 e RMSEA=0,047).

A versão SAQ - *Short Form 2006 PT* demonstrou boas propriedades psicométricas, através de resultados de fidelidade e validade altamente satisfatórios e auspiciosos, permitindo a sua aplicação como medida válida do clima de segurança na área da saúde em contexto cultural português.

Palavras-chave

Segurança do doente, Clima de segurança, Cultura de segurança, Psicometria, *Safety attitudes questionnaire*.

Abstract

Patient safety is both a parameter embedded within the quality of care and a priority of health systems. Due to the strategic function that it takes on, the growing concern of the different health organizations in the use of instruments which may assess the patient's safety environment is indisputable. The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) - Short Form 2006 is the most widely and rigorously validated instrument used to measure the patient's safety environment among health care providers. The goal of this study was to translate, culturally adapt and validate this instrument within the Portuguese context, thus creating the SAQ version - Short Form 2006 PT.

For the translation and cultural adaptation process, a methodological study was carried out based on the recommendations of Beaton *et al.* (2000), with the following steps: translation, synthesis, back translation, assessment by a committee of experts, pre-test and submission of reports to the instrument's authors. For the validation, a cross-sectional study was performed with a sample of 623 health professionals. The fidelity of the adapted version was assessed through its internal consistency and reproducibility, and the construct validity through confirmatory factor analysis.

The SAQ - Short Form 2006 was successfully translated and adapted to the Portuguese context. The validity of its content was ensured by a committee of experts. Its fidelity was confirmed by a Cronbach's alpha of 0,92 and a Pearson's correlation coefficient in the test-retest of 0,99. Regarding its different dimensions, there were positive and significant correlations between all dimensions except for the stress recognition dimension. The confirmatory factor analysis showed adjustment quality indexes that demonstrate rather good adequacy to the six-factor model ($\chi^2/df=1,864$; GIF=0,908; CIF=0,951 and RMSEA=0,047).

The SAQ - Short Form 2006 PT version demonstrated good psychometric properties, through the highly satisfactory and auspicious fidelity and validity of the results, thus allowing its implementation as a valid measurement tool of the patient's safety environment in the health field within the Portuguese cultural context.

Keywords

Patient safety, Safety climate, Safety culture, Psychometrics, Safety attitudes questionnaire.

Índice

Dedicatória.....	iii
Agradecimentos.....	v
Pensamento.....	vii
Resumo.....	ix
Abstract.....	xi
Lista de figuras.....	xv
Lista de gráficos.....	xvii
Lista de quadros.....	xix
Lista de tabelas.....	xxi
Lista de acrónimos.....	xxiii
1. Introdução.....	1
1.1 Contextualização e justificação do tema.....	1
1.2 Objetivo da dissertação.....	5
1.3 Estrutura da dissertação.....	5
2. Enquadramento Teórico.....	7
2.1 Cultura e clima organizacional.....	7
2.1.1 Cultura organizacional.....	7
2.1.2 Clima organizacional.....	10
2.2 Cultura e clima de segurança.....	13
2.2.1 Cultura de segurança.....	13
2.2.2 Clima de segurança.....	16
2.2.3 Cultura de segurança <i>versus</i> clima de segurança.....	19
2.3 Principais modelos teóricos.....	21
2.3.1 Modelo de Schein.....	21
2.3.2 Modelo de Guldenmund.....	22
2.3.3 Modelo de Geller.....	23
2.3.4 Modelo de Cooper.....	24
2.3.5 Modelo de Reason.....	26
2.3.6 Modelo de Vicent, Adams e Stanhope.....	28
2.4 Avaliação da cultura e clima de segurança.....	30
3. Investigação Empírica.....	37
3.1 Metodologia de investigação.....	37
3.1.1 Tipo de estudo.....	37
3.1.2 Objetivos do estudo.....	38
3.1.3 População e amostra.....	38

3.1.4 Instrumento de colheita de dados.....	40
3.1.5 Procedimentos metodológicos.....	42
3.1.5.1 Procedimentos de tradução e adaptação cultural.....	42
3.1.5.2 Procedimentos para avaliação das propriedades psicométricas.....	49
3.1.6 Procedimentos formais e éticos.....	52
3.1.7 Procedimentos estatísticos.....	53
3.2 Resultados e discussão.....	56
3.2.1 Caracterização da amostra.....	56
3.2.2 Análise descritiva do SAQ - Short Form 2006 PT.....	60
3.2.3 Propriedades psicométricas do SAQ - Short Form 2006 PT.....	72
3.2.3.1 Análise da fidelidade do SAQ - Short Form 2006 PT.....	73
3.2.3.2 Análise da validade do SAQ - Short Form 2006 PT.....	78
4. Conclusão.....	85
4.1 Conclusões gerais.....	86
4.2 Pontos fortes, limitações e dificuldades.....	89
4.3 Recomendações e sugestões para futuras investigações.....	90
4.4 Considerações finais.....	91
Bibliografia.....	93
Anexos.....	119
Anexo I Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006.....	121
Anexo II Pedido e respetiva autorização dos autores do questionário.....	125
Anexo III Autorização do Conselho de Administração do CHCB para realização do estudo.....	129
Anexo IV Autorização da Comissão de Ética do CHCB para realização do estudo	133
Apêndices.....	137
Apêndice I Tradução T1, T2 e Síntese T12.....	139
Apêndice II Retrotradução RT1 e RT2.....	147
Apêndice III Concordância da comissão de especialistas.....	153
Apêndice IV SAQ - Short Form 2006 PT.....	157
Apêndice V Carta prévia ao questionário.....	161
Apêndice VI Modelos intermédios da AFC.....	165

Lista de Figuras

Figura 1	Relações entre os principais conceitos.....	21
Figura 2	Modelo da cultura de segurança de Guldenmund.....	23
Figura 3	Modelo da cultura de segurança de Cooper.....	25
Figura 4	Modelo da cultura de segurança de Reason.....	26
Figura 5	Modelo do “queijo-suíço” de James Reason.....	27
Figura 6	Modelo do acidente organizacional de Reason adaptado por Vicent, Adams e Stanhope.....	28
Figura 7	Esquematização das etapas recomendadas para a adaptação cultural	43
Figura 8	Diagrama de caminho do modelo de equações estruturais do SAQ - - <i>Short Form 2006</i>	79
Figura 9	Modelo final da AFC do questionário SAQ - <i>Short Form 2006 PT</i>	81

Lista de Gráficos

Gráfico 1	Facilidade de utilização e extensão dos testes de pesquisa dos 5 instrumentos mais testados e citados.....	34
-----------	--	----

Lista de Quadros

Quadro 1 Resumo das principais características dos instrumentos mais utilizados. 33

Lista de Tabelas

Tabela 1	Definições de cultura organizacional.....	8
Tabela 2	Definições de clima organizacional.....	11
Tabela 3	Definições de cultura de segurança.....	14
Tabela 4	Definições de clima de segurança.....	16
Tabela 5	Resumo dos estudos que utilizaram o SAQ.....	34
Tabela 6	Amostra obtida pelo método de recolha de dados.....	40
Tabela 7	Resumo das principais alterações propostas pela comissão de especialistas.....	46
Tabela 8	Classificação da fidelidade a partir do coeficiente alfa de <i>Cronbach</i>	54
Tabela 9	Valores de referência para o KMO.....	55
Tabela 10	Distribuição da amostra de acordo com o serviço.....	57
Tabela 11	Distribuição da amostra de acordo com o género.....	58
Tabela 12	Distribuição da amostra de acordo com a função desempenhada.....	59
Tabela 13	Distribuição da amostra de acordo com o tempo de atuação no serviço.....	59
Tabela 14	Frequência das respostas ao SAQ-Short Form 2006 PT.....	61
Tabela 15	Análise descritiva dos itens do SAQ-Short Form 2006 PT.....	65
Tabela 16	Análise descritiva do SAQ-Short Form 2006 PT e dimensões e comparação com <i>benchmark</i> internacional.....	68
Tabela 17	Coeficiente alfa de <i>Cronbach</i> do SAQ-Short Form 2006 PT e respetivas dimensões.....	73
Tabela 18	Coeficiente alfa de <i>Cronbach</i> atribuído às dimensões do SAQ e comparação com outros estudos de validação.....	74
Tabela 19	Coeficiente de correlação de <i>Pearson</i> entre dimensões e o SAQ total....	75
Tabela 20	Estudo da consistência interna dos itens do SAQ-Short Form 2006 PT....	76
Tabela 21	Coeficiente de correlação de <i>Pearson</i> relativa ao Teste-Reteste.....	77
Tabela 22	KMO e teste de Bartlett para SAQ-Short Form 2006 PT.....	78

Lista de Acrónimos

ACSNi	<i>Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations</i>
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
AMOS	<i>Analysis of Moment Structures</i>
APA	<i>American Psychological Association</i>
CAIR	<i>Checklist for Assessing Institutional Resilience</i>
CFI	<i>Comparative Fit Index</i>
CHCB	Centro Hospitalar Cova da Beira
CSS	<i>Culture of Safety Survey</i>
CVC	Cateter Venoso Central
DF	Quantidade de ocorrências da causa de variância
DGS	Direção Geral da Saúde
DP	Desvio Padrão
EUA	Estados Unidos da América
EUNeTPaS	<i>European Network for Patient Safety</i>
FMAQ	<i>Flight Management Attitudes Questionnaire</i>
GFI	<i>Goodness of Fit Index</i>
HROs	<i>High Reliability Organizations</i>
HSE	<i>Health and Safety Executive</i>
HSOPSC	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
IAEA	<i>International Atomic Energy Agency</i>
ICUMAQ	<i>Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaire</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
ITC	<i>International Test Commission</i>
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
KMO	<i>Kaiser-Meyer-Olkin</i>
MaPSaF	<i>Manchester Patient Safety Framework</i>
MPSCAF	<i>Manchester Patient Safety Culture Assessment Framework</i>
NPSA	<i>National Patient Safety Agency</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSCI	<i>Patient Safety Center of Inquiry Culture Survey</i>
PSHC	<i>Patient Safety Cultures in Healthcare Organizations</i>
RMSEA	<i>Root Mean Square Error of Approximation</i>
RT1	Retrotradução 1

RT2	Retrotradução 2
SAQ	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
SAQ PT	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i> Versão Portuguesa
SCS	<i>Safety Climate Survey</i>
SINAS	Sistema Nacional de Avaliação em Saúde
SLOAPS	<i>Strategies for Leadership: An Organizational Approach to Patient Safety</i>
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
T1	Tradução 1
T2	Tradução 2
T12	Versão Síntese
TSC	<i>Total Safety Culture</i>
UAVC	Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais
UBI	Universidade da Beira Interior
UCAD	Unidade de Cuidados Agudos e Diferenciados
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
VHA PSCQ	<i>Veterans Administration Patient Safety Culture Questionnaire</i>
VMER	Viatura Médica de Emergência e Reanimação
WHO	<i>World Health Organization</i>

Capítulo 1

Introdução

1.1 Contextualização e justificação do tema

Os sucessivos avanços científicos e tecnológicos na área da Saúde, a progressiva evolução nos procedimentos e complexidade dos equipamentos de diagnóstico e tratamento, assim como, o desenvolvimento farmacológico, estão associados a uma maior e melhor oferta de cuidados assistenciais. Porém, a crescente utilização destes recursos, assim como, a sua interação com diversos fatores pessoais, profissionais, organizacionais e clínicos introduz nas organizações de saúde fatores acrescidos de risco (Nieva & Sorra, 2003; Fragata, 2009; Ministério da Saúde, 2010), com efeitos potencialmente prejudiciais para a segurança do doente (Hansez & Chmiel, 2010).

Em Portugal, o relatório “Governança dos Hospitais: nos 30 anos do Serviço Nacional de Saúde (SNS)” esclarece que a prestação de cuidados de saúde é uma atividade complexa, incerta no resultado e com potencial de causar danos colaterais nos doentes, sendo portanto, uma atividade de alto risco (Ministério da Saúde, 2009).

Nas últimas décadas, registou-se uma preocupação crescente dos profissionais e instituições de saúde pelas questões associadas à **segurança do doente**, e vários estudos revelaram ao mundo que nos hospitais os incidentes associados aos cuidados de saúde são frequentes (Ramos & Trindade, 2013; Reis, 2013), sendo reconhecidos universalmente como um dos problemas dos Sistemas de Saúde (Fragata, 2009; Fernandes, 2012).

Em finais da década de 90 do século passado, o relatório “*To err is human*” do Comité da Qualidade para os Cuidados de Saúde do *Institute of Medicine* (IOM) nos Estados Unidos da América (EUA) (Institute of Medicine, 2000) foi o primeiro e grande impulsionador da perspetiva da segurança do doente, dando a conhecer que o contexto clínico é uma atividade complexa que comporta muitos riscos, podendo causar sofrimento, danos, incapacidade e até a morte (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000; Carneiro, 2010; Monteiro, 2010; Wachter, 2010; Fernandes, 2012; Gomes, 2012; Peralta, 2012; Tabibi *et al.*, 2012; Mello & Barbosa, 2013).

Nesta publicação, citada pela generalidade da literatura da especialidade, estimava-se que, anualmente, ocorriam entre 44 mil a 98 mil mortes nos hospitais norte-americanos devido a erros associados à prestação de cuidados de saúde. Foram ainda identificadas cerca de 7 mil mortes evitáveis, as quais se relacionavam apenas com o circuito do medicamento. Estes

acontecimentos determinaram um custo anual que ascendeu a 21 mil milhões de euros, sendo o erro associado aos cuidados de saúde considerado a oitava causa de morte naquele país (Kohn *et al.*, 2000; Fragata, 2010; Abreu, 2012; Pablo, Palos & Mesquita, 2012).

As taxas de incidência destes eventos em hospitais atingem valores que variam entre os 3,7% e os 16,6% (com conseqüente impacto clínico, económico e social), sendo que desses 40,0% a 70,0% são considerados evitáveis (Sousa, Uva, Serranheira, Leite & Nunes, 2011). De forma objetiva, aproximadamente 10,0% dos doentes que recorrem ao hospital são alvo de um evento adverso, sendo que cerca de 50,0% dessas situações são preveníveis (Kohn *et al.*, 2000; Zegers, Bruijne, Wagner, Groenewegen & Van der Wal, 2007; De Vries, Ramratten, Smorenburg, Gouma & Boermeester, 2008; Fragata, 2009; Carneiro, 2010; Monteiro, 2010; Uva, Sousa & Serranheira, 2010; Fernandes & Queirós, 2011; Fernandes, 2012; Pablo *et al.*, 2012; Ramos & Trindade, 2013; Reis, 2013) e que um terço provoca lesões nos doentes (Carneiro, 2010).

Desde então, tem sido presente a preocupação com a melhoria da qualidade dos serviços prestados (Alves, 2009; Inchauspe, Moura, Carvalho & Costa, 2013), com enfoque primário no sistema, ao invés de nos indivíduos; enfatizando-se a necessidade de promover uma cultura a nível organizacional (Reis, 2013), onde a segurança do doente seja um imperativo global (Donaldson & Philip, 2004; Pimenta, 2013).

Em Portugal existe pouca evidência científica no domínio da segurança e qualidade dos cuidados, e a informação sobre eventos adversos é ainda limitada e de difícil acesso (*World Health Organization - WHO*, 2010). Estima-se que num universo de 1 milhão de pessoas internadas anualmente em hospitais portugueses, cerca de 3 mil morram na sequência de erros cometidos pelos profissionais de saúde, revelando um índice de mortalidade aproximado ao dos acidentes de viação e superior ao da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Fragata & Martins, 2005).

No ano de 2009, a Escola Nacional de Saúde Pública sob financiamento da Fundação Calouste Gulbenkian realizou o estudo “Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses - estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade” e numa amostra de 1.669 doentes internados obteve uma taxa de incidência de eventos adversos de 11,1%, tendo sido registadas 20 mortes. O estudo destacou ainda, que em 17.000 internamentos por ano, cerca de 53,2% de eventos adversos registados eram evitáveis e que mais de 10.000 dias de internamento foram acrescidos com os conseqüentes e previsíveis custos adicionais (Sousa *et al.*, 2011).

A tomada de consciência da insuficiente segurança dos doentes e dos inevitáveis custos associados, assim como, a crescente limitação dos recursos, têm exigido das políticas de

saúde e das instituições uma redefinição de estratégias eficazes, competitivas e inovadoras, de forma a promover a segurança na prestação de cuidados de saúde (União Europeia, 2009). Na verdade, esta temática, tem-se tornado uma questão global a nível mundial no contexto da gestão em saúde, investigação e prática clínica (Sousa, 2006a; Carneiro, 2010; Fragata, 2010; Abreu, 2012; Gomes, 2012; Costa, 2013; Inchauspe *et al.*, 2013; Reis, 2013; Sousa, Uva & Serranheira, 2013). É considerada um desafio para as organizações de saúde, para os profissionais e decisores políticos que a assumem como uma prioridade estruturante do sistema de governação clínica (Alves, 2009; Carneiro, 2010; Fragata, 2010; Ministério da Saúde, 2010; Zakari, 2011; Peralta, 2012; Costa, 2013; Reis, 2013; Sousa *et al.*, 2013) e motivo de preocupação para os doentes e suas famílias, que perspetivam a segurança e confiança nos cuidados de saúde (Fragata, 2011; Sousa *et al.*, 2011; Reis, Martins & Laguardia, 2013; Sousa, 2013; Urbaneto & Gerhardt, 2013).

A **cultura de segurança** em instituições de saúde tem um impacto fundamental sobre a segurança dos cuidados de saúde (Vincent, Adams & Stanhope, 1998; Sexton, Thomas & Helmreich, 2000; Nieva & Sorra, 2003; Flin, Burns, Mearns, Yule & Robertson, 2006; Deilkås & Hofoss, 2008; Singer, Falwell & Gaba, 2009) e tem sido considerada um modelo determinante para a qualidade dos cuidados (Costa, 2013), assim como, um indicador estrutural essencial que promove e facilita as iniciativas para minimizar os riscos e prevenir os eventos adversos neste âmbito (*Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ*, 2013).

Por conseguinte, as organizações científicas internacionais influentes na área da Saúde recomendam aos Estados membros a avaliação da cultura de segurança, como condição essencial para se introduzirem mudanças nos comportamentos dos profissionais e organizações prestadoras de cuidados de saúde, e alcançar melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados prestados aos doentes (Departamento da Qualidade em Saúde, 2011; Direção Geral da Saúde - DGS, 2014). Assim, a Organização Mundial de Saúde (OMS), Agências de pesquisa (AHRQ, *National Patient Safety Foundation and National Patient Safety Agency - NPSA*), reguladores (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations - JCAHO*), organizações profissionais (*American Hospital Association*) e especialistas de melhoria da qualidade (*Institute for Healthcare Improvement*) têm incentivado a medição de atitudes dos profissionais de saúde sobre o contexto de segurança (Sexton & Thomas, 2005; Sexton, Thomas & Grilo, 2008), através da aplicação de instrumentos que avaliam o clima de segurança (Scott, Mannion, Davies & Marshall, 2003; Gershon, Stone, Bakken & Larson, 2004), como uma estratégia eficaz e sistemática para a melhoria da segurança sustentável em ambientes de cuidados de saúde (Nordén-Hägg, Sexton, Källemark-Sporrong, Ring & Kettis-Lindblad, 2010; Azimi, Tabibi, Maleki, Nasiripour & Mahmoodi, 2012).

Em Portugal, a cultura de segurança passou a ser um imperativo e uma prioridade consignada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, estabelecida no Despacho nº 14223/2009, pelo que se considera fundamental a sua avaliação de forma a direcionar as intervenções de melhoria e a monitorização da sua evolução nas instituições de saúde (Departamento da Qualidade em Saúde, 2011; DGS, 2014). “É necessário re-inventar o paradigma da prestação de cuidados de saúde, destacando as questões que contribuem para a diminuição do risco e para a melhoria da segurança do doente, de uma forma sistémica e integrada” (Uva *et al.*, 2010, p. 2), identificar pontos fortes e oportunidades de promoção da segurança do doente (Costa, 2013; Sousa, 2013), com vista à fiabilidade e excelência dos serviços prestados.

A cultura de segurança e o **clima de segurança** são dois termos usados, muitas vezes, como sinónimos, porém pela revisão da literatura percebe-se que são conceitos complementares mas independentes (Yule, 2003a; Zohar, Livne, Orly, Admi & Donchin, 2007; Zohar, 2008; Olsen, 2009; Lee *et al.* 2010; Halligan & Zecevic, 2011; Health Foundation, 2011; Devriendt *et al.*, 2012; Pinheiro, 2013). Assim, para o âmbito deste estudo, considera-se a definição de cultura de segurança divulgada pela OMS no documento “Estrutura Concetual da Segurança do Doente”, publicado em Portugal em 2011, no qual a cultura de segurança representa o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, capacidades de perceção e modelos de comportamento, que determinam o compromisso com a gestão da saúde e a segurança de uma organização e, seu estilo e proficiência (DGS, 2011; WHO, 2011). No que refere ao conceito de clima de segurança será adotada a definição elaborada por Sexton *et al.* (2006a) na qual o clima é o componente mensurável da cultura de segurança que pode ser avaliado por meio da perceção dos profissionais.

As pesquisas neste âmbito auxiliam no diagnóstico da cultura e do clima de segurança predominante na organização ou unidade de trabalho que, por sua vez, influencia comportamentos e resultados de segurança para profissionais de saúde e doentes (Flin *et al.*, 2006; Brand *et al.*, 2010). Mais recentemente, a avaliação destes constructos tem constituído uma ferramenta prática que permite às organizações atuar proactivamente, assim como, planear a melhoria da qualidade interna, avaliar o impacto e a eficácia das medidas implementadas e efetuar *benchmarking* interno e externo (Alves, 2011; Carvalho & Cassiani 2012; Morello *et al.*, 2012).

A nível internacional é considerável a diversidade de estudos que concetualizam esta temática e conduziram à construção de instrumentos de avaliação. No entanto, a nível nacional são ainda escassos os que se encontram normalizados e validados para a população portuguesa. A revisão teórica realizada permitiu selecionar um dos instrumentos mais utilizados e rigorosamente validados para medição do clima de segurança na área da saúde (Pronovost & Sexton, 2005; Pronovost *et al.*, 2009; Haynes *et al.*, 2011). Trata-se do **Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006** (adiante designado SAQ - Short Form 2006)

(Sexton *et al.*, 2006a) que, pelas propriedades psicométricas bem estabelecidas em várias pesquisas, foi selecionado para o âmbito deste estudo.

1.2 Objetivo da dissertação

A presente Dissertação de Mestrado foi realizada como cumprimento dos requisitos para a conclusão do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde e teve como objetivo geral: realizar a tradução, adaptação cultural e validação do SAQ - *Short Form 2006* para Portugal, de forma a que fique disponível para utilização pela comunidade clínica e científica portuguesa. Para a concretização das etapas de tradução e adaptação cultural do instrumento seguiram-se os procedimentos metodológicos recomendados por Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz (2000): tradução, síntese, retrotradução, revisão por comissão de especialistas, pré-teste e submissão e validação dos relatórios pelos autores do instrumento. Para a validação, estudaram-se as propriedades psicométricas do referido questionário através da sua aplicação a uma amostra da população portuguesa.

Espera-se disponibilizar para as instituições de saúde portuguesas uma ferramenta importante para avaliação da cultura de segurança, por meio da mensuração do clima de segurança, capaz de diagnosticar os domínios que precisam ser otimizados dentro da instituição de saúde (gestão, condições de trabalho e clima de segurança) e entre os profissionais (*stress*, satisfação no trabalho e o clima de trabalho em equipa), podendo ser usado na instituição como um todo, bem como na análise específica por setores ou unidades, em diferentes tipos de áreas clínicas e diferentes tipos de prestadores de cuidados de saúde.

1.3 Estrutura da dissertação

A dissertação encontra-se dividida em quatro capítulos. O primeiro capítulo integra a introdução, a qual contextualiza o tema, apontando a justificação da sua escolha, o objetivo e a estrutura da dissertação. O segundo capítulo denominado enquadramento teórico, desenvolve o assunto numa perspetiva teórica, abordando os conceitos de cultura e clima organizacional, cultura e clima de segurança, principais modelos teóricos e instrumentos de avaliação. No terceiro capítulo intitulado investigação empírica descreve-se a metodologia empreendida neste estudo e apresentam-se os respetivos resultados e discussão a partir do tratamento estatístico dos dados recolhidos. No capítulo quatro são referidas as conclusões do estudo que levaram à adaptação cultural e validação do SAQ - *Short Form 2006* para Portugal, salientando, também, as dificuldades e limitações do estudo, bem como, as recomendações e sugestões para futuras investigações. No final é apresentada a bibliografia com base nas normas de referência da *American Psychological Association* (APA, 2010), assim como, alguns anexos e apêndices considerados pertinentes na realização deste estudo.

Capítulo 2

Enquadramento Teórico

2.1 Cultura e clima organizacional

Num mundo marcado pela globalização, onde as tecnologias, a ciência e a ação económica são cada vez mais semelhantes, as culturas e as pessoas permanecem diferentes, de país para país, de região para região e de organização para organização. De facto, as organizações, que constituem o tipo de formação social mais característico da sociedade contemporânea, possuem uma cultura e um clima organizacional distinto que importa conhecer, dado o seu potencial explicativo no funcionamento da organização (Speroff *et al.*, 2010).

A cultura e o clima organizacional são dois conceitos que constituíram o epicentro dos debates organizacionais nos anos 1970 a 1980 (Guldenmund, 2000), mas foi nas últimas décadas que adquiriram notoriedade significativa em vários contextos (Pina e Cunha, Rego, Campos e Cunha & Cabral-Cardoso, 2007). Discussões centradas nas similitudes e nas diferenças entre os dois conceitos podem ser constatadas em diversas fontes bibliográficas detetando-se razoável sobreposição e falta de consenso em torno do que os distingue e aproxima (Pina e Cunha *et al.*, 2007).

Nas secções seguintes apresentam-se algumas definições de ambos os constructos que ajudam à compreensão do que é verdadeiramente a cultura e o clima organizacional em geral; para depois se sistematizar mais especificamente os conceitos de cultura e clima de segurança do doente nas instituições de saúde, que constituem o verdadeiro foco de estudo desta pesquisa.

2.1.1 Cultura organizacional

Os estudos pioneiros no âmbito da cultura organizacional remontam aos anos 30 do século XX, mas apenas nos anos 80 emergiram como tema fundamental para a gestão de organizações (Pina e Cunha *et al.*, 2007).

O autor que mais claramente conceituou a cultura organizacional foi Edgar Schein em 1985. Num artigo sugestivamente sub-intitulado “A variável esquecida nos estudos organizacionais”, Schein define este conceito “como o conjunto de assunções implícitas partilhadas e tomadas como verdadeiras por um grupo, as quais determinam o modo como esse grupo percebe, pensa e reage aos vários ambientes” (Schein, 1996, p. 236). De acordo com esse autor, a cultura organizacional envolve pressupostos, adaptações, percepções e aprendizagem (Gibson, Ivancevich, Donnelly & Konopaske, 2006) caracterizando-se 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 e ensinar aos novos membros do grupo a maneira correta de perceber, pensar e sentir em relação aos problemas (Schein, 2004).

Neste contexto, a cultura organizacional era constituída pelo menos por duas camadas: a camada exterior visível manifestada por comportamentos observáveis, uniformes, rotinas de reuniões, relatórios e rituais; e a camada interna constituída pelos valores, percepções, crenças e pressupostos subjacentes que fornecem referências para os membros da organização para interpretar o comportamento dos outros e para orientar a sua própria conduta (Schein, 1990; Helmreich & Merritt, 1998).

Desde então, um pouco por todo o mundo, este conceito tem-se expandido e muitos autores (incluindo Schein) apresentaram propostas para definição da cultura organizacional, listando-se na tabela 1 alguns exemplos que surgiram ao longo dos tempos.

Tabela 1 - Definições de cultura organizacional.

Autores	Definições de cultura organizacional
Louis (1985)	Conjunto de entendimentos ou significados compartilhados por um grupo de pessoas, implícito entre os seus membros, que são claramente relevantes e diferenciados para o grupo em particular, e retransmitidos aos novos membros.
Cooke & Rousseau (1988)	Conjunto da crenças e valores partilhados orientadores do pensamento e estilos de comportamento dos membros.
Quinn (1988)	Conjunto de valores e pressupostos que fundamentam a afirmação: "Esta é a forma como fazemos as coisas por aqui".
Gordon (1991)	Sistema organizacional específico, de pressupostos amplamente compartilhados e valores que dão origem a padrões comportamentais.
Hofstede (1991)	Programação coletiva da mente que distingue os membros de uma organização dos de outra.
Schein (1992)	Padrão de pressupostos básicos que um determinado grupo inventou, descobriu ou desenvolveu ao aprender a lidar com os seus problemas de adaptação externa, e integração interna, e que funcionaram suficientemente bem para serem considerados válidos e, portanto, serem ensinados aos novos membros da organização como o modo correto de perceber, pensar e sentir em relação a esses problemas.
Trice & Beyer (1993)	Conjuntos compartilhados, coerentemente interligados e emocionalmente carregados de crenças, valores e normas que ligam algumas pessoas e as ajuda a perceber o sentido dos seus mundos no seio da organização.
Chambel & Curral (1995)	Conjunto de manifestações que facilitam ou prejudicam a concretização dos objetivos organizacionais e que se traduzem sob a forma de normas grupais, valores declarados, filosofia da empresa ou do grupo, atitudes, modelos mentais e significados partilhados.
Denison (1996)	Estrutura mais profunda das organizações, que está enraizada nos valores, crenças e suposições mantidas pelos membros da organização. O significado é estabelecido através da socialização por uma variedade de grupos de identidade que convergem no local de trabalho.

(continua)

Autores	Definições de cultura organizacional (continuação)
Reason (1997)	Valores compartilhados (o que é importante) e crenças (como as coisas funcionam) que interagem numa organização. Conjunto de estruturas e sistemas de controlo para produzir normas de comportamento (a forma como fazemos as coisas por aqui).
Schumacher (1997)	Conhecimento que é partilhado por qualquer subconjunto de membros.
Cooper (2000)	Valores corporativos compartilhados que afetam e influenciam as atitudes e comportamentos dos membros de um organização.
Guldenmund (2000)	Construção holística, estável, multidimensional, compartilhada por grupos da organização (cultura nacional, cultura corporativa, cultura organizacional, cultura departamental, cultura de grupo e clima psicológico), que fornece um quadro de referência e que dá sentido e/ou normalmente é revelado em certas práticas (normas e valores, rituais, heróis e símbolos).
Chiavenato (2004)	Complexa mistura de pressuposições, crenças, comportamentos, histórias, mitos, metáforas e outras ideias que representam a maneira como se trabalha, refletindo a forma como a organização aprendeu a lidar com o seu ambiente; um sistema de crenças, expectativas e valores; uma forma de interação e relacionamento típicos de determinada organização.
Reiman & Oedewald (2004)	Valores, normas e pressupostos subjacentes formados ao longo do tempo durante a história da empresa e que afetam todas as atividades da empresa e são, por sua vez, afetado por elas.
Teixeira (2005)	Conjunto de valores assumidos pela organização, perceptíveis pelas histórias e explicações dos gestores e por atos traduzidos em mitos, rituais, símbolos, sistemas de controlo e estruturas de poder formal e informal. Corresponde à personalidade do indivíduo e transmite a forma como as pessoas de um organização se comportam.
Pina e Cunha <i>et al.</i> (2007)	Conjunto de valores e práticas definidos e desenvolvidos pela organização, com base nos quais é socialmente construído um sistema de crenças, normas e expectativas que moldam o pensamento e o comportamento dos indivíduos.

Fonte: Adaptado de Choudhry, Fang e Mohamed (2007), Silva (2008) e complementado com fontes próprias.

Pelo exposto, constata-se a falta de consenso no que refere às múltiplas definições, cujas ideias-chave são listadas por Neves (2011):

- A cultura organizacional constitui uma estrutura de referência comum e partilhada por uma quantidade significativa de pessoas da organização;
- É socialmente desenvolvida, aprendida e transmitida em termos comportamentais, cognitivos e emocionais;
- Fornece às pessoas regras e normas orientadoras em termos de perceber, pensar e sentir os problemas do funcionamento organizacional do ponto de vista da integração interna e da adaptação externa;
- Contribui para a definição da identidade organizacional e possui características simbólicas, reveladas pelo significado expresso nas manifestações mais observáveis, como artefactos e padrões de comportamento organizacional;
- Constitui um produto da história da organização, podendo ser alterável, embora não de modo fácil;

- Possui influência direta e indireta no desempenho organizacional, podendo ser avaliável, através de metodologias qualitativas e quantitativas.

Atualmente, a cultura organizacional pode ser entendida como “o conjunto de pressupostos básicos que os grupos geram, descobrem ou desenvolvem, a partir da experiência, para enfrentar os seus problemas” (Fernandes, 2012, p. 275). Quando pensamos numa organização, percebe-se que a cultura compreenda os valores éticos e morais, princípios, crenças, políticas internas e externas, sistemas e clima dessa mesma organização (Fernandes, 2012), comportando também os elementos da cultura da sociedade em que está inserida (Pina e Cunha *et al.* 2007; Lobo, 2008). É transferida para os novos membros da organização pelo processo de socialização, contribui para a identidade organizacional, compromisso coletivo, estabilidade do sistema e funciona como dispositivo consensual (Kinicki & Kreitner, 2006).

A cultura representa, assim, a forma específica como funciona cada organização, uma vez que dá sentido de identidade e fornece uma ligação vital entre os membros da organização e a sua missão, sendo considerada o principal determinante do sucesso ou fracasso da mesma (Vargas & Recio, 2008). Influencia e molda os processos individuais, coletivos e organizacionais (Gibson *et al.*, 2006), assim como, a forma como as pessoas se comportam na organização a que pertencem (Frankel, Gandhi & Bates, 2003; Pronovost *et al.*, 2009).

Desta forma, após ter emergido como moda e panaceia nos anos 80, a gestão da cultura é hoje entendida como condição necessária para eficácia organizacional (Pina e Cunha *et al.*, 2007), podendo atuar como um instrumento poderoso e subtil para a gestão e controlo dos comportamentos no local de trabalho. Fazendo um paralelismo com a área da Saúde, se a segurança do doente num hospital for importante na cultura dessa organização, espera-se que os profissionais de saúde que aí trabalham adotem comportamentos facilitadores desse objetivo como prática integrante do seu dia a dia.

Para terminar, salienta-se que, este constructo é de natureza multidimensional e pode ser analisado a vários níveis que se interpenetram: individual (os indivíduos perfilham valores, premissas e crenças que não coincidem necessariamente com os de outros membros da mesma organização), grupal (os grupos têm as suas próprias culturas), organizacional (cada organização tem uma cultura peculiar, não necessariamente igual à cultura de outras organizações do mesmo contexto nacional/cultural) e até nacional (diferentes países também se distinguem pela especificidade das suas culturas) (Pina e Cunha *et al.*, 2007).

2.1.2 Clima organizacional

A primeira referência explícita ao clima organizacional surgiu 40 anos antes do conceito de cultura organizacional. Num estudo sobre o efeito da liderança no "clima social" em crianças, levado a cabo por Lewin, Lippitt e White em 1939 é feita a abordagem ao tema apesar de não

ter sido definido o conceito (Yule, 2003a). Este foi introduzido na literatura uns anos mais tarde, em 1968 por Litwin e Stringer. Segundo estes autores, o clima é definido pelos efeitos percebidos subjetivos do sistema formal, o estilo informal dos gestores e outros fatores ambientais importantes sobre as atitudes, crenças, valores e motivações das pessoas que trabalham numa determinada organização (Litwin & Stringer, 1968, p. 5 citado por Pina e Cunha *et al.*, 2007).

Há semelhança do que se verifica para a cultura organizacional, na revisão da literatura encontram-se muitas outras definições de clima organizacional. Na tabela 2 apresentam-se alguns exemplos que refletem a ausência de consenso decorrentes duma dinâmica organizacional num mundo em contínua mudança.

Tabela 2 - Definições de clima organizacional.

Autores	Definições de clima organizacional
Litwin & Stringer (1968)	Conjunto de propriedades mensuráveis do ambiente de trabalho, percebidas, direta ou indiretamente pelas pessoas que vivem e trabalham nesse ambiente, e que se assume que influenciem a sua motivação e comportamento.
Hellriegel & Slocum (1974)	Conjunto de atributos que podem ser percebidos sobre uma organização particular e/ou seus subsistemas, e que pode ser induzido a partir do modo como a organização e/ou subsistemas lidam com os seus membros e ambiente.
Joyce & Slocum (1982)	O clima psicológico ou organizacional refere-se às descrições individuais de práticas e procedimentos organizacionais, na maioria das vezes avaliado através da percepção média dos membros da organização.
Reichers & Scheneider (1990)	Perceções das políticas organizacionais, práticas e procedimentos que são compartilhados pelos indivíduos dentro das organizações.
Koys & DeCotiis (1991)	Experiência multidimensional e fenómeno perceptivo duradouro que é amplamente compartilhado pelos membros de uma determinada unidade organizacional.
Deninson (1996)	O clima organizacional é muitas vezes considerado como relativamente temporário, sujeito a controlo direto e em grande parte limitado aos aspetos do ambiente social que são conscientemente percebidos pelos membros da organização.
West <i>et al.</i> (1998)	Perceções dos membros de uma organização sobre os elementos fundamentais da mesma, e que influencia e é influenciado pelo estado motivacional das pessoas, representando a qualidade ou propriedade do ambiente da organização.
Scheneider, Salvaggio & Subirats (2002)	Perceções partilhadas pelos empregados sobre políticas, práticas e procedimentos que são recompensados, apoiados e esperados, relativamente ao serviço ao cliente.
Pina e Cunha <i>et al.</i> (2007)	Criação psicológica de um grupo de indivíduos que interagem e partilham um quadro de referência comum, o qual resulta na estabilização das representações acerca do que significa trabalhar na organização.
Chambel & Currel (2008)	Conjunto de perceções partilhadas pelos colaboradores em relação às práticas e políticas organizacionais, sendo uma representação momentânea da cultura organizacional. Este conjunto de perceções ajuda os colaboradores a encontrar um sentido homeostático no seu dia a dia organizacional, possibilitando a criação de um significado em relação ao que percebem no seu meio organizacional, práticas, políticas, rituais, comportamentos e normas.

Fonte: Adaptado de Silva (2008) e complementado com fontes próprias.

Por conseguinte, conclui-se que o clima organizacional tem propriedades conceituais distintas que podem ser identificadas num constructo mais restrito de cultura organizacional, o qual existe na interface entre as contingências situacionais e os membros da organização em interação (Silva, 2008).

Entre a multiplicidade de investigações que se têm debruçado sobre o clima organizacional destacamos as principais características:

- O clima organizacional decorre naturalmente da cultura, sendo a sua manifestação mais evidente dentro de uma organização, o que equivale a dizer que a cultura organizacional se expressa através do clima organizacional;
- Caracteriza a atmosfera psicológica da instituição e, desta forma, pode ser considerado com o resultado psicossociológico da interpretação das condições de trabalho na organização;
- Forma-se em virtude dos indivíduos numa organização estarem expostos aos mesmos fatores organizacionais resultando, por isso, em perceções semelhantes;
- Pode ser avaliado através da perceção ou medidas objetivas, distingue-se entre e inter organizações e é relativamente estável no tempo;
- Influencia, diretamente e indiretamente, os comportamentos, a motivação, a produtividade e a satisfação dos profissionais na organização (Verbeke, Volgering & Hessels 1998; Guldenmund, 2000; Carvalho, 2011; Neves, 2011).

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 organização, são beneficiados por um clima organizacional positivo (Guldenmund, 2000). Uma instituição com um clima organizacional positivo é garantia de que a satisfação e a segurança do cliente, interno e externo, são priorizadas nos serviços prestados. Para a instituição, possuir profissionais satisfeitos com o seu trabalho é garantia de menores taxas de acidentes, maior produção e melhores relações interpessoais, com todos os benefícios que daí advêm (Brand *et al.*, 2010; Carvalho, 2011).

Para terminar, importa referir que o debate sobre o alinhamento dos conceitos cultura e clima organizacional está longe de ser pacífico e conclusivo, mas não se pode negar o fato da *performance* das organizações refletir, cada vez mais, as perceções e envolvimento dos seus colaboradores na construção da identidade de cada organização.

Transpondo esta realidade para o âmbito da Saúde, o contexto organizacional e os fatores culturais nas práticas de gestão e nos cuidados de saúde prestados assumem um papel preponderante e diferenciador nas organizações de saúde (Departamento da Qualidade em Saúde, 2011; DGS, 2014). Tendo em conta que estas organizações visam processos e políticas de melhoria contínua existe um reconhecimento crescente da importância de um clima

organizacional positivo nas diferentes áreas, nomeadamente no âmbito da segurança do doente (Inchauspe *et al.*, 2013; Paese & Sasso, 2013), o qual será objeto de análise na secção seguinte.

2.2 Cultura e clima de segurança

Na análise da literatura acerca da cultura e clima de segurança, foi possível verificar a existência de uma multiplicidade de abordagens que envolvem uma variedade de definições destes constructos.

A cultura de segurança e o clima de segurança são dois termos usados indistintamente na literatura como sinónimos (Yule, 2003a; Zohar *et al.*, 2007; Zohar, 2008; Lee *et al.*, 2010; Halligan & Zecevic, 2011; Health Foundation, 2011; Devriendt *et al.*, 2012; Pinheiro, 2013), porém existem diferenças conceituais significativas entre ambos (Bergh, 2011; Weaver *et al.*, 2013).

2.2.1 Cultura de segurança

O conceito de cultura de segurança tem a sua origem na psicologia social e comportamental das décadas de 1950 e 1960 e na literatura de gestão da década de 1980 (Yule, 2003a). O termo cultura de segurança difundiu-se a partir do acidente nuclear de Chernobyl em 1986, considerado o pior acidente na história da energia nuclear, cuja principal causa foi atribuída a uma “cultura de segurança fraca” de acordo com a *International Atomic Energy Agency* (IAEA) (Flin, Winter, Sarac & Raduma, 2009; Ooshaksaraie, 2009; Reis, 2013).

Na sequência deste marco histórico, o *Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations* (ACSNI) definiu cultura de segurança, como o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e competência de gestão da saúde e segurança da organização. Salienta que as organizações com uma cultura de segurança positiva se caracterizam por comunicação fundada na confiança mútua e por perceções comuns da importância da segurança e da eficácia de medidas preventivas (ACSNI, 1993).

Desde então, o conceito tem sido utilizado por diversas indústrias, especialmente por organizações de alta confiabilidade (*high reliability organizations* - HROs) também conhecidas como organizações de alto risco extremamente seguras (como a aviação, energia nuclear e processamento petroquímico) (Flin *et al.*, 2006; Flin, 2007).

Mais recentemente, o foco na construção de uma cultura de segurança foi movido para a domínio da saúde (Halligan & Zecevic, 2011) uma vez que as instituições de saúde também são consideradas de alta confiabilidade. Assim, Nieva e Sorra (2003) adaptaram o conceito e definiram cultura de segurança como um ramo da cultura organizacional que resulta do

produto de valores, atitudes, percepções, competências individuais e grupais e padrões de comportamento que determinam o compromisso, estilo e a proficiência, quanto às questões de segurança do doente numa instituição de saúde.

Apesar dos vários autores serem unânimes no reconhecimento da relevância da cultura de segurança para as organizações, existe uma diversidade de definições como se pode comprovar pelos exemplos presentes na tabela 3.

Tabela 3 - Definições de cultura de segurança.

Autor	Definições de cultura de segurança
Cox & Cox (1991)	A cultura de segurança reflete as atitudes, crenças, percepções e valores que os trabalhadores partilham em relação à segurança.
International Safety Advisory Group (1991)	Conjunto de características das organizações e atitudes dos indivíduos que estabelecem, como prioridade principal, as questões da segurança.
Pidgeon (1991)	Conjunto de crenças, normas, atitudes, papéis e práticas sociais e técnicas que estão preocupados com a minimização da exposição dos empregados, gestores, clientes e membros do público às condições consideradas perigosas ou prejudiciais.
Ostrom <i>et al.</i> (1993)	Crenças e atitudes das organizações que se manifestam nas ações, políticas e procedimentos e que afetam a sua <i>performance</i> de segurança.
Geller (1994)	Cultura onde todos se sentem responsáveis pela segurança e exercem-na na rotina diária.
Berends (1996)	Programação coletiva mental face à segurança de um grupo de membros de uma organização.
Ciavarelli & Figlock (1996)	Valores partilhados, crenças, suposições e normas que podem orientar a tomada de decisão organizacional, assim como, atitudes individuais e de grupo sobre a segurança.
Lee (1996)	Resultado dos valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento de um grupo ou indivíduos de uma organização, que vão determinar o compromisso, o estilo e a capacidade para a gestão da saúde e segurança da organização.
Reason (1997)	A cultura de segurança de uma organização é o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e competência de uma organização.
Carroll (1998)	Prioridade colocada na segurança do trabalhador e na segurança pública, por cada um, em todos os grupos e em todos os níveis da organização.
Flin, Mearns, Gordon & Fleming (1998)	Atitudes, valores, normas e crenças que um determinado grupo de pessoas compartilham no que diz respeito ao risco e à segurança.
Helmreich & Merritt (1998)	Um grupo de indivíduos guiados pelo seu comportamento e crença comum na importância da segurança, cumpre as normas de segurança do grupo e apoia os outros membros nesse fim comum.
Reason (1998)	A cultura de segurança é algo que uma organização "tem" (estruturas, práticas, controlos e políticas destinadas a melhorar a segurança do doente) e algo que uma organização "é" (as crenças, atitudes e valores).
Eiff (1999)	Uma cultura de segurança existe dentro de uma organização onde cada empregado, independentemente da sua posição, assume um papel ativo na prevenção do erro e esse papel é suportado pela organização.

(continua)

Autor	Definições de cultura de segurança (continuação)
Cooper (2000)	Subcultura organizacional que é pensada para afetar as atitudes e comportamentos dos seus membros em relação ao desempenho da saúde e segurança em curso na organização. Grau observável do esforço pelo qual todos os membros da organização direcionam a sua atenção e ações para melhorar a segurança numa base diária.
Guldenmund (2000)	Aspetos da cultura organizacional que terão impacto sobre as atitudes e comportamentos relacionados com o aumento ou diminuição de risco.
Pidgeon (2001)	Conjunto de pressupostos e práticas associadas, que permitem construir crenças sobre o perigo e a segurança.
Wiegmann <i>et al.</i> (2002)	Valor duradouro e prioridade dada ao trabalhador e segurança pública por todos, em todos os grupos e em todos os níveis de uma organização. Refere-se à medida em que indivíduos e grupos se comprometem com a responsabilidade pessoal para a segurança, agir para preservar, valorizar e comunicar as preocupações de segurança, se esforçam para aprender ativamente, adaptar e modificar o comportamento com base nas lições aprendidas com os erros.
Mohamed (2003)	Subfaceta da cultura organizacional, atitudes e comportamentos em relação à segurança da organização.
Yule (2003b)	Subcultura organizacional que se encontra a um nível de concetualização superior ao do clima de segurança.
Richter & Koch (2004)	Significados compartilhados e aprendidos, experiências e interpretações de trabalho e segurança que orientam as pessoas e as ações em relação ao risco, acidentes e prevenção.
Pronovost & Sexton (2005)	Forma como fazemos as coisas na unidade de trabalho. Padrão de valores, expectativas, atitudes e crenças que orientam comportamentos, em toda a organização e dentro das unidades de uma organização, que têm impacto sobre o desempenho de segurança.
Fang <i>et al.</i> (2006)	Conjunto de indicadores que prevalecem, crenças e valores que a organização possui em segurança.
Pronovost <i>et al.</i> (2006a)	Conceito multidimensional e complexo que muitos definem simplesmente como "a forma como fazemos as coisas por aqui".
Canso (2008)	A cultura de segurança reflete o indivíduo, grupo e atitudes organizacionais, normas e comportamentos relacionados com a prestação segura de serviços.
Feng <i>et al.</i> (2008)	Subconjunto da cultura organizacional, que se refere especificamente aos valores e crenças sobre a segurança do doente dentro das organizações de saúde.
Turnberg & Daniell (2008)	Forma como a segurança do doente é pensada e implementada no seio de uma organização e as estruturas e processos desenvolvidos e implementados para suportar a mesma.
Health Foundation (2011)	Parte da cultura organizacional amplamente definida como um fenómeno mundial que engloba as normas, valores e pressupostos básicos de uma organização inteira.
WHO (2011)	Produto de valores individuais e de grupo, atitudes, capacidade de perceção, e modelos de comportamento, que determinam o compromisso com a gestão da saúde e a segurança de uma organização e, seu estilo e proficiência.

Fonte: Guldenmund (2000, p.228), Silva (2008, pp.138-139), Bergh (2011) e atualização pela autora com outras publicações.

A maioria dos autores enfatiza o carácter holístico da cultura de segurança (Guldenmund, 2000) referindo-se à partilha do grupo que pode incidir sobre crenças, valores, perceções ou atitudes face à segurança (Silva, 2008).

Vários são os estudos que consideram a cultura de segurança como um componente integrante da cultura organizacional que se traduz pelo conjunto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a segurança, o estilo e a competência da gestão neste domínio (Davies, Nutley & Mannion, 2000; Guldenmund, 2000; Nieva & Sorra, 2003; Sexton *et al.*, 2006a; Feng, Bobay & Weiss, 2008; OMS, 2009 referida por Departamento da Qualidade em Saúde, 2011; Palmieri, Peterson, Pesta, Flit & Saettone, 2010; Ross, 2011; Reis *et al.*, 2013; DGS, 2014), variando entre as organizações, de departamento para departamento e de uma unidade para a outra (Pimenta, 2013).

Para o âmbito deste estudo, considera-se a definição de cultura de segurança divulgada pela WHO (referida na tabela) no documento Estrutura Concetual da Segurança do Doente, publicado em Portugal em 2011 (WHO, 2011). Esta definição foi também considerada a mais aceite entre a literatura revisada por Halligan e Zecevic (2011) ao analisarem estudos publicados entre 1980-2009.

2.2.2 Clima de segurança

O clima de segurança é considerado um fenómeno de grupo que foi desenvolvido no âmbito da psicologia organizacional (Bondevik, Hofoss, Hansen & Deilkås, 2014). É um dos temas mais estudados na abordagem organizacional e multicausal dos acidentes no local de trabalho (Silva, Lima & Baptista, 2004).

Este conceito surge na sequência do trabalho desenvolvido por Zohar em 1980, que considera o clima de segurança como um tipo particular de clima organizacional que reflete as percepções compartilhadas dos trabalhadores sobre as questões de segurança no seu ambiente ocupacional (Zohar, 1980). Desde então até à presente data, muitos autores elaboraram outras definições, conforme evidencia a tabela 4.

Tabela 4 - Definições de clima de segurança.

Autor	Definições de clima de segurança
Glennon (1982)	Percepção dos trabalhadores acerca das características da sua organização, que têm um impacto direto sobre o seu comportamento no sentido de reduzir ou eliminar o perigo. O clima de segurança é uma forma especial de clima organizacional.
Brown & Holmes (1986)	Conjunto de percepções ou crenças mantidas por um indivíduo ou grupo sobre uma realidade particular no âmbito da segurança.
Dedobbeleer & Béland (1991)	Clima de segurança é visto como um atributo individual, que é composto por dois fatores: o comprometimento da gestão com a segurança e o envolvimento dos empregados com a segurança.
Ostrom <i>et al.</i> (1993)	Crenças e atitudes organizacionais, manifestadas por ações, políticas e procedimentos, que afetam a <i>performance</i> de segurança.
Cooper & Philips (1994)	Percepções compartilhadas e crenças que os trabalhadores possuem em relação à segurança no seu local de trabalho. (continua)

Autor	Definições de clima de segurança (continuação)
Niskanen (1994)	Conjunto de atributos de segurança que podem ser percebidos e que podem ser induzidos pelas políticas e práticas que as organizações impõem sobre os seus trabalhadores e supervisores.
Coyle <i>et al.</i> (1995)	Medida objetiva de atitudes e percepções em relação a questões de saúde e segurança no trabalho.
Hofmann & Stezer (1996)	Percepções relativas ao comprometimento da gestão com a segurança e envolvimento dos empregados nas atividades de segurança.
Cabrera <i>et al.</i> (1997)	Percepções compartilhadas dos membros da organização sobre o seu ambiente de trabalho e, mais precisamente, sobre as suas políticas de segurança organizacionais.
Williamson <i>et al.</i> (1997)	Conceito resumido que descreve a ética de segurança na organização ou no ambiente do trabalho, que é refletida nas crenças dos empregados sobre a segurança.
Cheyne, Cox, Oliver e Thomas (1998)	Medida do estado temporal da cultura, que é refletida na organização num ponto discreto de tempo.
Flin, Mearns, Gordon & Fleming (1998)	Estado observado de segurança num lugar particular e em determinado período de tempo. É relativamente instável e sujeito a mudanças, dependendo das características do ambiente.
Mélia & Sesé (1999)	Percepção global dos aspetos de segurança da empresa que podem servir como referência para o desenvolvimento do comportamento seguro/inseguro.
Minerals Council of Austrália (1999)	Refere-se a assuntos intangíveis na empresa, como percepções dos sistemas de segurança, fatores de trabalho e fatores individuais.
Flin, Mearns, O'Connor & Bryden (2000)	Caraterística superficial da cultura de segurança, vista nas atitudes e percepções dos empregados num dado momento.
Griffin & Neal (2000)	Fator de ordem superior, que inclui fatores específicos de primeira ordem. Esses fatores de primeira ordem refletem as percepções das políticas relativas à segurança, procedimentos e recompensas. O fator de ordem superior reflete a extensão com que cada empregado acredita na segurança como um valor dentro da organização.
Mearns, Whitaker, Flin, Gordon & O'Connor (2000)	Retrato das percepções dos empregados no ambiente atual ou a prevalência de condições que têm impacto sobre a segurança.
Neal, Griffin & Hart (2000)	É uma forma específica de clima organizacional, que descreve percepções individuais do valor da segurança no ambiente de trabalho.
Zohar (2000)	Percepções compartilhadas entre os membros do grupo com respeito às práticas de supervisão.
Garavan & O'Brien (2001)	Percepções de características organizacionais que causam impacto sobre a segurança.
Yule, Flin & Murdy (2001)	Produto das percepções e atitudes dos empregados sobre o estado atual das iniciativas de segurança no local de trabalho.
Wiegman <i>et al.</i> (2002)	Estado de percepção da segurança num determinado lugar e num determinado momento. É relativamente instável e sujeita a alterações de acordo com as características do ambiente atual ou as condições prevalentes.
Silva <i>et al.</i> (2004)	Manifestação (de carácter temporal) mais visível da cultura organizacional que se reflete, nas atitudes percebidas no seu conjunto pelos colaboradores de uma organização, ou seja, dá uma aparência geral da cultura de segurança em determinado momento. Conjunto das percepções partilhadas por todos os membros de uma organização sobre os valores, normas, crenças, procedimentos e práticas de segurança.

(continua)

Autor	Definições de clima de segurança (continuação)
Meliá <i>et al.</i> (2006)	Reflexo instantâneo do estado de segurança fornecendo e funcionando como um indicador da cultura de segurança de um grupo sectorial, duma instalação industrial ou duma empresa.
Sexton <i>et al.</i> (2006a)	Componente mensurável da cultura de segurança que pode ser avaliado por meio da percepção dos profissionais, uma vez que atitudes e valores são mais difíceis de serem avaliados.
Smith, Huang, Ho & Chen (2006)	Constructo organizacional multidimensional que se acredita ser capaz de influenciar o comportamento de segurança dos empregados, ao nível individual, grupal e organizacional. Inclui as percepções compartilhadas pelos empregados relativamente às práticas, políticas e procedimentos de segurança.
Wiegmann, Thaden & Gibbons (2007)	Medida temporal do estado da cultura de segurança da instituição que pode ser medido pelas percepções individuais quanto à cultura de segurança.
Hahn & Murphy (2008)	Percepções dos trabalhadores, atitudes e crenças acerca dos riscos e da segurança na organização. Corresponde às percepções partilhadas que os trabalhadores possuem acerca do seu trabalho, e que determinam a forma de desempenho das tarefas diárias. As percepções partilhadas resultam de vários fatores incluindo as decisões da gestão, normas organizacionais de segurança, práticas, políticas e procedimentos que, conjuntamente, servem para comunicar o compromisso organizacional com a segurança.
Guldenmund (2010)	Componentes mensuráveis da cultura de segurança, tais como comportamentos de gestão, sistemas de segurança e percepções dos funcionários relativamente à segurança.
Alves (2011)	Resultado de processos psicológicos e da interpretação que os indivíduos fazem do meio organizacional onde trabalham, quanto à forma como a segurança funciona na sua empresa (incluindo o sistema de segurança, as políticas e as práticas).
Health Foundation (2011)	Subconjunto ou componente da cultura de segurança que se refere a percepções particulares dos empregados em relação a aspetos dessa cultura.
Stern, Katz-Navon & Naveh (2011)	Percepções compartilhadas dos trabalhadores sobre o grau em que a segurança é uma prioridade dentro da organização.

Fonte: Guldenmund (2000, p.228), Silva (2008, pp.138-139) e atualizado pela autora com publicações mais recentes.

Tal como nas secções anteriores, também não se encontra na literatura uma definição unívoca e aceite por todos para clima de segurança. No entanto, pela análise da tabela são evidentes alguns pontos comuns entre as definições:

- O clima de segurança é um fenómeno psicológico, que envolve as percepções do estado de segurança, num momento particular e que permite avaliar a reação habitual dos trabalhadores e como estes percebem e descrevem a importância dada à segurança pela organização;
- É um fenómeno temporal, uma percepção "instantânea" da cultura de segurança, relativamente instável e sujeita a alterações. Essa percepção instantânea é considerada, por Cheyne, Cox, Oliver & Tomas (1998), como uma organização temporal do estado de segurança, ou seja, a percepção da segurança prevalecente na organização num momento particular.

No presente estudo, será adotado o conceito de clima de segurança (referido na tabela 4) elaborado por Sexton *et al.* (2006a), autores do instrumento de avaliação do clima de segurança que se pretende adaptar culturalmente e validar (SAQ - *Short Form* 2006).

2.2.3 Cultura de segurança versus Clima de segurança

Pelo exposto, parece plausível que a cultura de segurança e clima de segurança não são reflexo de um conceito unitário, mas sim, conceitos complementares independentes.

O clima de segurança tem sido descrito como a percepção dos profissionais, atitudes e crenças sobre as políticas, práticas, ambiente e gestão do trabalho em relação ao risco e segurança; enquanto a cultura de segurança é um conceito mais complexo que reflete valores fundamentais, normas e expectativas (Mearns & Flin, 1999; Guldenmund, 2000).

Mais especificamente, a cultura de segurança é vista como um sub-faceta da cultura organizacional (Cooper, 2000) e existe a um nível mais alto de abstração do que o clima de segurança (Reichers & Schneider, 1990). Williamson, Feyer, Cairns e Biancotti (1997) argumentam que o clima de segurança representa a ética de segurança numa organização e é um dos contribuintes para o global da cultura organizacional.

A cultura de segurança é normalmente definida como o conjunto de atitudes compartilhadas, crenças, valores e pressupostos que fundamentam como as pessoas percebem e agem sobre as questões de segurança dentro das organizações (Nieva & Sorra, 2003). O termo clima de segurança refere-se à expressão externa ou componentes mensuráveis da cultura de segurança, como a gestão de comportamentos, sistemas de segurança e as percepções dos profissionais sobre a segurança (Guldenmund, 2000).

Em conformidade, Yule (2003a) refere que a cultura de segurança é um conjunto de valores e crenças que orientam a ação, internalizada por meio da socialização e aprendida através do simbolismo, enquanto o clima de segurança reflete o humor e a atitude atual em direção à segurança, combinadas com as crenças dominantes subjacentes sobre segurança que são mensuráveis. A cultura é considerada mais complexa, estável e duradoura, ao passo que o clima está sujeito a flutuações em resposta a alterações das variáveis locais (Yule, 2003a; Tharaldsen, Olsen & Rundmo, 2008).

O clima de segurança pode, assim, ser considerado como o aspeto psicológico da cultura de segurança, incluindo a forma como esta é percebida e sentida, sendo considerado como um indicador temporal e localizado da cultura de segurança (Bergh, 2011). A autora distingue os dois conceitos ao considerar que o clima se direciona a uma situação, enquanto a cultura se dirige ao desenvolvimento de um contexto. Metaforicamente, pode dizer-se que a cultura é

uma rede complexa de sistemas rodoviários interligados, enquanto o clima é o tráfego que circula nas ruas (Sexton *et al.*, 2006b).

Brand *et al.* (2010) realizaram uma revisão abrangente da literatura nesta área e concretizaram que o clima de segurança tem um foco de atenção mais estreito que a cultura de segurança, identificando as suas características de superfície num determinado momento. Pode ser medido com precisão, embora seja um fenómeno dinâmico e que pode mudar ao longo do tempo em função das perceções individuais dos trabalhadores.

O clima de segurança está relacionado com o *output* da cultura de segurança, como as pessoas percebem a importância dada à segurança na organização, a política, a prática e os procedimentos partilhados, os quais influenciam a forma como as pessoas se comportam, como pensam e como agem face à segurança (Alves, 2011).

Em suma, a cultura de segurança é amplamente definida como um fenómeno global e complexo que abrange as normas, valores e pressupostos básicos de uma organização; e o clima de segurança, por outro lado, é mais específico concentrando-se na perceção dos profissionais sobre aspetos particulares da cultura da organização (Olsen, 2009; Health Foundation, 2011).

No âmbito da literatura revisada, vários autores consideram que o clima de segurança e a cultura de segurança influenciam o desempenho de segurança nos serviços prestados (por exemplo, os níveis de comportamento de segurança, as perceções de segurança e as taxas de acidentes), constituindo-se como variáveis preditoras da segurança do doente dentro das organizações (Zohar, 1980; Gershon *et al.*, 2000; Rundmo & Hale, 2003; Neal & Griffin, 2004; Brewer, 2006; Neal & Griffin, 2006; Kline, Willness & Ghali, 2008; Mazzocco *et al.*, 2009; Singer, Lin, Falwell, Gaba & Baker, 2009; Speroff *et al.*, 2010; González-Formoso *et al.*, 2011; Haynes *et al.*, 2011). Tal relação aplica-se, quer em termos de obediência em relação às exigências formais da segurança (procedimentos formais de segurança), quer em termos de participação voluntária na segurança (Neal, Griffin & Hart, 2000).

Na prática, as pesquisas têm demonstrado a existência de uma relação direta entre o clima de segurança e a prestação de um trabalho seguro, nomeadamente na prevenção de erros médicos (Bonner, Castle, Men & Handler, 2009), eventos adversos, tais como, erros de medicação e tratamentos (Hoffman & Proulx, 2003; Katz-Navon, Naveh & Stern, 2005; Vogus & Sutcliffe, 2007), úlceras de pressão, quedas de doentes (Taylor 2008 citado por Chaboyer *et al.*, 2013) e outros acidentes e lesões no local de trabalho (Hofmann & Stetzer, 1996).

A figura 1 ilustra as relações (nomotéticas) entre os conceitos que serviram de base ao enquadramento teórico desta dissertação.

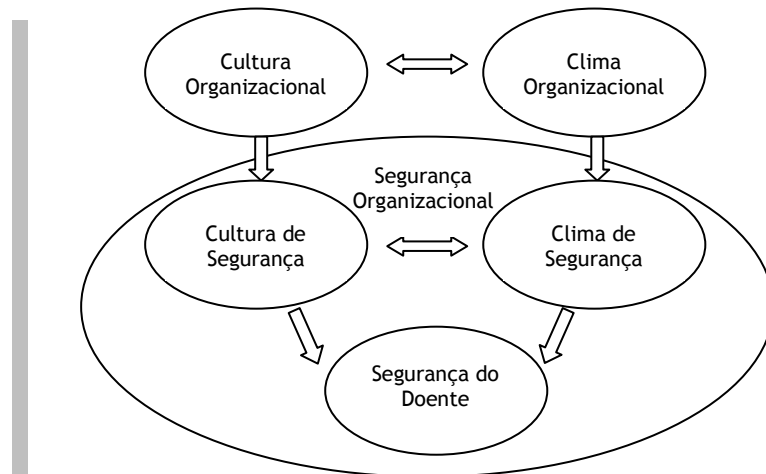


Figura 1 - Relações entre os principais conceitos.
Fonte: Adaptado de Olsen (2009).

Como o clima de segurança em algum grau é considerado uma medida da cultura de segurança, a cultura da segurança é, em algum nível também abordada nos estudos do clima de segurança. Por outro lado, a cultura organizacional é preditora da cultura de segurança e o clima organizacional prediz o clima de segurança. Ambos são determinantes de comportamentos de segurança (em geral) e da segurança do doente (em particular) (Silva, Lima & Baptista, 2004).

Na secção seguinte, são apresentados os principais modelos teóricos considerados pertinentes para a evolução destes conceitos, assim como, para a compreensão do instrumento de avaliação do clima de segurança que se pretende adaptar culturalmente e validar neste estudo.

2.3 Principais modelos teóricos

Nas últimas décadas, vários autores elaboraram modelos teóricos que fundamentam a implementação do conceito de cultura de segurança e de clima de segurança. Embora não exista um modelo ideal, é consenso na literatura que existe uma reciprocidade dinâmica entre os fatores psicológicos, comportamentais e situacionais como fundamentos da cultura de segurança.

2.3.1 Modelo de Schein

A maioria dos modelos que existem na literatura foram baseados no modelo de cultura organizacional proposto por Schein em 1992 (Carvalho, 2011). Este modelo fundamenta-se em três níveis: o Nível Superficial, constituído pelos padrões de comportamentos e artefatos, o Nível Intermediário, composto pelas crenças e valores, e o nível mais profundo ou Núcleo, formado pelos pressupostos básicos (Schein, 2004):

- Os Artefatos incluem todos os fenómenos que se veem, ouvem e sentem quando as pessoas se deparam com uma cultura desconhecida. Incluem os produtos visíveis do grupo, tal como a arquitetura do seu ambiente físico, a sua linguagem, a sua tecnologia e produtos, as suas criações artísticas, o seu estilo (por exemplo o vestuário), os seus mitos e histórias, as suas listas de valores e os seus rituais e cerimónias observáveis (Schein, 2010).
- Os Valores referem-se a todos os valores defendidos que são verbalmente difundidos pela organização nas atitudes dos membros dos seus grupos. Englobam políticas, manuais, declarações formais, relatórios de acidentes e incidentes (Guldenmund, 2010; Schein, 2010).
- Em relação aos Pressupostos Básicos, Schein (2010) define-os como os pressupostos implícitos que realmente orientam o comportamento, que informam os membros do grupo como perceber, pensar e sentir sobre as coisas, os quais têm pouca variação dentro de uma unidade cultural e se transformam muito lentamente (Schein, 2010; Bergh, 2011). Têm um carácter mais geral e não têm, necessariamente, de estar relacionados de forma específica com a segurança, como acontece com os valores e os artefactos.

Para este autor, a cultura está sempre em constante evolução, pois resulta do relacionamento com o ambiente externo e da gestão das situações internas da organização, os quais criam incertezas e ansiedades que necessitam de ser resolvidas. Nesta dinâmica pode haver mudanças culturais nos artefactos e valores sem que haja alterações nos pressupostos básicos, os quais têm como função defender o grupo dessas incertezas. Refere, ainda, que o caminho para a compreensão da cultura organizacional está no entendimento dos pressupostos básicos e do seu padrão de interação, através de entrevistas complexas, da observação e da investigação conjunta (Schein, 1996).

2.3.2 Modelo de Guldenmund

Guldenmund (2000) propôs uma estrutura para a cultura de segurança com base nos três níveis do modelo de cultura organizacional de Schein, introduzindo a distinção entre cultura e clima de segurança:

- O primeiro nível é a Camada Externa, que corresponde às manifestações superficiais enunciadas por Schein (2004). Este nível é composto pelos artefactos que são visíveis, porém difíceis de compreender, como por exemplo: declarações, pósteres, reuniões e relatórios de inspeção.
- O segundo nível, ou Camada Intermediária, equivale ao nível intermediário do Modelo anterior e compreende valores e atitudes compartilhadas entre os indivíduos. Nesta camada, o autor inclui o *hardware*, o *software*, as pessoas e os riscos, os quais são considerados relativamente explícitos e conscientes.

- Por fim, o terceiro nível ou Núcleo, que corresponde ao nível mais profundo descrito por Schein (2004) e que incorpora os pressupostos básicos considerando a atividade e as relações humanas, o tempo, o espaço e a natureza, os quais estão preponderantemente implícitos e devem ser deduzidos por meio dos artefatos e valores compartilhados, assim como, pela observação (Carvalho, 2011).

Desta forma, de acordo com Guldenmund a cultura de segurança é composta por um núcleo de pressupostos básicos e por camadas constituídas pelos valores e artefatos defendidos. As camadas circundantes são específicas da segurança e comparadas com o clima de segurança. Os valores defendidos e os artefatos podem ser avaliados quantitativamente e são considerados menos estáveis em comparação com o núcleo de pressupostos básicos (Bergh, 2011). Estes níveis que se encontram ilustrados na figura 2 podem ser considerados separadamente ou em conjunto (Carvalho, 2011).

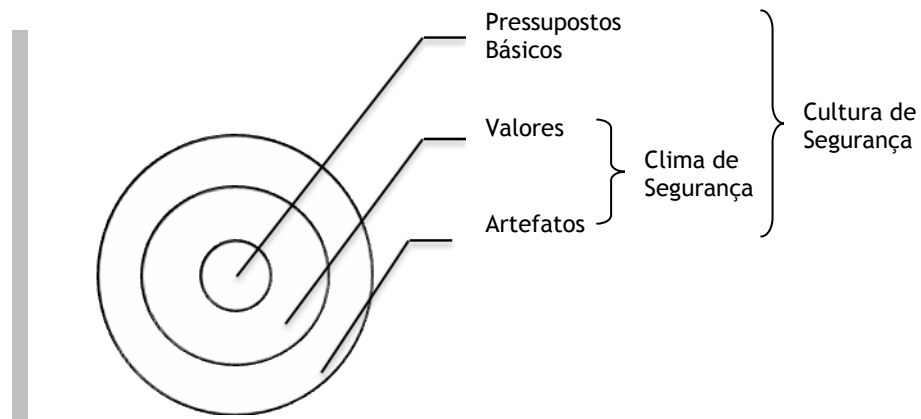


Figura 2 - Modelo da cultura de segurança de Guldenmund.
Fonte: Adaptado de Bergh (2011, p. 10).

2.3.3 Modelo de Geller

Em 1994, Geller apresentou um modelo de cultura de segurança que se tem destacado por incluir três fatores dinâmicos e interativos: pessoa, comportamento e meio ambiente. Este autor apresentou os 10 princípios que formam a base para uma cultura de segurança total no local de trabalho, os quais incluem: regras e procedimentos de segurança dos empregados; uma abordagem comportamental; foco em processos de segurança e não os resultados; visão do comportamento direcionado por consequências ativadoras e motivadoras; enfoque no sucesso e não nas falhas e erros; observação e *feedback* sobre as práticas de trabalho; *feedback* eficaz baseado em *coaching* comportamental; observação e treino como principais atividades; a importância da auto-estima e o sentimento de pertença, envolvimento e segurança como prioridades (Geller, 2001).

Três anos depois, em 1997, Geller propôs o Modelo de Segurança Total (*Total Safety Culture - TSC*), conceituando a Cultura de Segurança Total como um ambiente onde todos se sentem responsáveis pela segurança e a perseguem diariamente, identificando as condições e comportamentos inseguros e estabelecendo as intervenções para corrigi-los. Para este autor, as ações seguras estão fundamentadas na interação dinâmica entre os elementos da tríade anterior, a qual traduz um conjunto de fatores ambientais, comportamentais e pessoais. Os fatores ambientais incluem os equipamentos, as ferramentas, as máquinas, a limpeza/organização e a temperatura. Os fatores comportamentais são constituídos pelas práticas seguras e inseguras no trabalho, pela comunicação, pelo treino e pela preocupação com a segurança. Os fatores pessoais dizem respeito aos conhecimentos, às habilidades, à inteligência, às atitudes e às crenças de cada indivíduo (Carvalho, 2011).

No modelo TSC de Geller, existem vários métodos que ajudam na avaliação do sistema de gestão e da eficácia do programa de segurança (Geller, 2001):

- A análise dos documentos utilizados na organização, como por exemplo: análise dos procedimentos de segurança e de registos das atividades específicas das comissões de segurança, atividades, contratos e comportamentos.
- A verificação das condições dos locais de trabalho através da análise dos perigos existentes, sendo a auditoria ambiental a avaliação mais generalizada, traduzindo-se numa prática *standardizada* através de registos sistemáticos ou regulares e da sua aplicação no trabalho. Tratam-se de *checklists* de segurança para determinar medidas corretivas em ferramentas, equipamentos ou condições de trabalho, estimando a percentagem de condições seguras e de potenciais ações corretivas.
- A avaliação do conhecimento e perceção dos trabalhadores sobre o que se passa no sistema e no programa de gestão da segurança, realizada através de amostra de comportamentos, entrevistas ou inquéritos, questionários de perceção e de atitudes. As entrevistas ou inquéritos aos trabalhadores avaliam os fatores pessoais subjetivos e internos da pessoa, os quais se refletem em termos de atitudes, sentimentos, intenções, valores, inteligência, perceção, estilos cognitivos e traços de personalidade.

2.3.4 Modelo de Cooper

Cooper (2000) baseado no Modelo do Determinismo Recíproco de Bandura (1986) propôs um modelo abrangente de cultura de segurança. Este modelo (figura 3) foi determinante para a distinção dos conceitos cultura e clima de segurança, ao reconhecer a presença e interatividade recíproca e relacional dos 3 fatores da cultura de segurança: fatores psicológicos (subjetivos), comportamentais (observáveis) e situacionais (objetivos) (Health and Safety Executive - HSE, 2005; Choudhry *et al.*, 2007; Bergh, 2011).

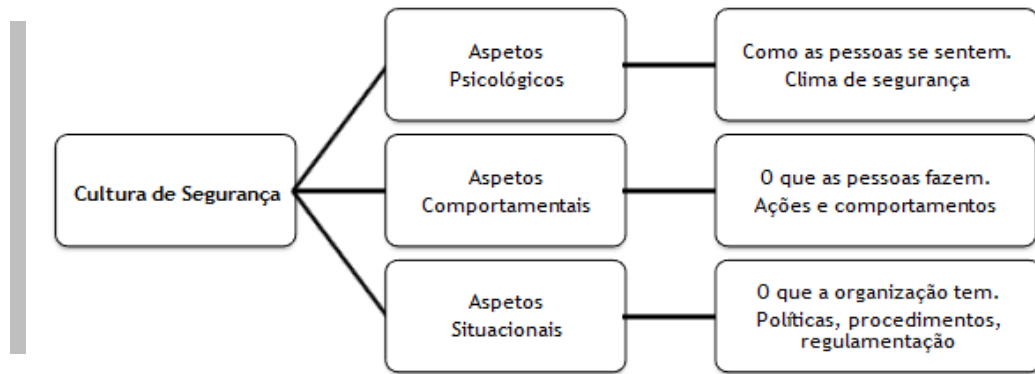


Figura 3 - Modelo da cultura de segurança de Cooper.
Fonte: Adaptado de HSE (2005, p.4).

Nesta abordagem:

- Os fatores psicológicos e pessoais referem-se a "como as pessoas se sentem" sobre sistemas de gestão de segurança. Incluem as atitudes, as crenças, os valores e as percepções dos indivíduos e grupos em todos os níveis da organização, os quais são geralmente referidos como clima de segurança. Podem ser avaliados por meio de questionários (o mais utilizado), entrevistas, grupos focais e técnicas projetivas com o objetivo de conhecer as atitudes e percepções dos profissionais num determinado período. A avaliação desses fatores fornece informações úteis quanto às questões de segurança, tais como: o comprometimento da gestão quanto à segurança e a relação da percepção de segurança dos profissionais com as taxas de acidente de trabalho (Cooper, 2000; Alves, 2011; Carvalho, 2011).
- Os fatores comportamentais, ou aspetos organizacionais, incluem "o que as pessoas fazem" dentro da organização, englobando as atividades relacionadas com a segurança, as ações e os comportamentos exibidos pelos profissionais. Podem ser avaliados por meio de pesquisas observacionais com base em *checklists* elaboradas para o efeito, avaliação retrospectiva de risco, procedimentos operacionais, padrões e discussões em grupo (Cooper, 2000), registos de falhas, inspeções e auditorias (Alves, 2011). Estudos nesta vertente permitem o registo dos fatores que influenciam ou sofrem influência no processo, tais como relações interpessoais e comportamento dos que trabalham na organização, e possibilita a identificação de pontos críticos além de completar o levantamento de dados realizado por outras técnicas (Carvalho, 2011).
- Por fim, os fatores situacionais, ou aspetos corporativos, descrevem "o que a organização tem", refletindo as políticas da organização, procedimentos operacionais, sistemas de gestão, sistemas de controlo, fluxos de comunicação, sistemas de fluxo de trabalho e estruturas organizacionais, podendo ser avaliados por meio de auditorias ou inspeções, análise da política organizacional e análise da documentação da instituição (Cooper, 2000; Alves, 2011; Carvalho, 2011).

Consequentemente, mais do que apenas uma partilha de perceções, significados, valores e crenças, como muitos autores propõem, a cultura de segurança é um produto das interações de objetivos múltiplos entre pessoas (psicológico), trabalho (comportamento) e a organização (situação).

Salienta-se a reciprocidade e a “interação dinâmica perpétua” entre os componentes relevantes da cultura de segurança, os quais podem ser medidos de forma independente ou em combinação em diferentes níveis da organização (Cooper, 2000; HSE, 2005; Choudhry *et al.*, 2007; Carvalho, 2011). Além disso, este modelo possui o potencial de proporcionar às organizações uma estrutura comum de referência para *benchmarking* com outras unidades ou organizações.

2.3.5 Modelo de Reason

Outro modelo de cultura de segurança que tem fundamentado 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 é construída por quatro sub-culturas (figura 4): a primeira é uma Cultura Justa, na qual as pessoas percebem quais são as diferenças entre o comportamento aceitável e o inaceitável. Defende-se que os erros não sejam punidos embora deva existir a convicção de que a violação de regras não é tolerada. A segunda é a Cultura de Informação/relato, onde as pessoas devem ser encorajadas a falar sobre os erros e relatá-los de forma confidencial. A terceira subcultura é uma Cultura de Aprendizagem, no qual todos estão dispostos a aprender com os erros cometidos, conhecer as causas, investigar as falhas do sistema e implementar soluções. Finalmente, a Cultura Flexível que reflete a capacidade de adaptação de forma eficaz a situações diferentes e caracteriza a possibilidade de mudança nos processos de tomada de decisão. De destacar que a cultura de segurança é mais do que a soma das quatro sub-culturas descritas (Reason, 2004; Bergh, 2011; Carvalho, 2011).

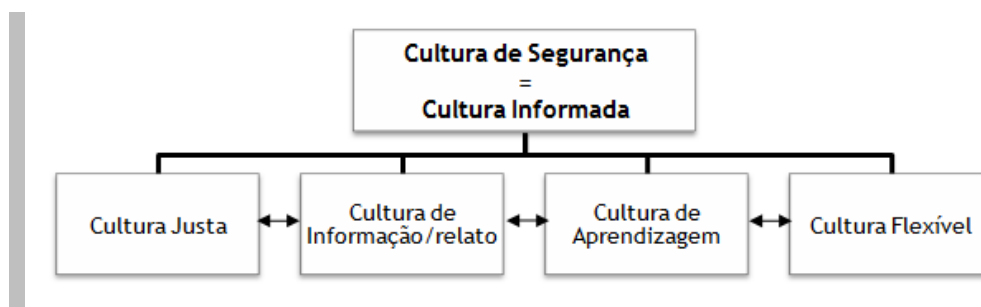


Figura 4 - Modelo da cultura de segurança de Reason.
Fonte: Adaptado de Bergh (2011, p.11).

A análise dos acidentes da indústria nuclear de Chernobyl e Piper Alphasão são exemplos práticos da avaliação de cultura de segurança como base neste modelo. De acordo com o

relatório publicado sobre as causas do acidente, as ações humanas foram decisivas para ocorrência do acidente devido a uma série de violações realizadas pelos profissionais, associadas a falhas latentes (Reason, 2008).

Considerando que as instituições de saúde, também são organizações de alto risco, o Modelo de Reason tem sido o modelo de avaliação de cultura de segurança mais adoptado no âmbito da saúde (Vincent *et al.*, 1998). Este modelo é facilmente entendido quando explicado à luz do Modelo do Queijo Suíço (figura 5) o qual evidencia que a fonte do problema e as vulnerabilidades do sistema de saúde são frequentemente desencadeadas por múltiplas causas (Reason, Carthey & Leval, 2001).

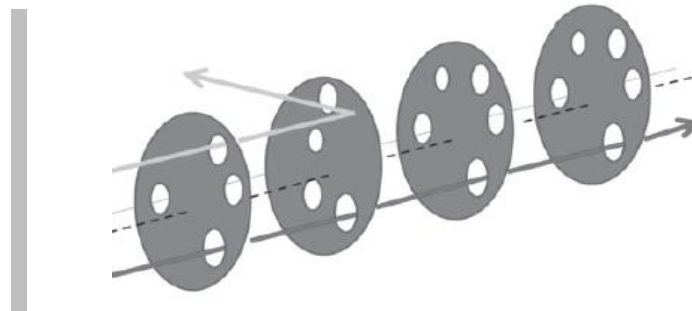


Figura 5 - Modelo do “queijo-suíço” de James Reason.
Fonte: Carneiro, 2010.

De acordo com este modelo muito divulgado entre a literatura, em organizações complexas, o erro que causa lesão ao doente raramente está isolado (Carneiro, 2010). Para que ocorra um evento adverso ou dano no doente é necessário o alinhamento de diversos aspetos (“buracos”), como sejam, falhas estruturais ou pontuais, prática incorreta, descuido, negligência dos profissionais de saúde, comportamentos inseguros ou de risco por parte dos doentes, entre outros. Na verdade, na maioria das vezes, a fonte do problema é desencadeado por múltiplos fatores podendo resultar de deficiências ou falhas na estrutura e/ou processo, as quais podem ser consideradas ativas ou latentes (Sousa, 2006a; Ministério da Saúde, 2010).

As falhas ativas são consideradas atos inseguros ou omissões, cometidos pelos profissionais de saúde e têm efeito imediatamente adverso. Podem acontecer devido a um erro, omissões, lapsos, falhas da memória e violação de regras. Por sua vez, as falhas latentes resultam de características existentes no sistema (estrutura e processo), as quais permanecem ocultas até que um evento ou acidente ocorra e sejam expostas. Em ambiente hospitalar, essas condições podem relacionar-se ao ambiente de trabalho, supervisão inadequada, falta de treino ou formação deficiente, *stress*, sobrecarga de trabalho e sistemas de comunicação inadequados (Reason, 2000; Abreu, 2012; Reis *et al.*, 2013).

Neste modelo explicativo, as “fatias do queijo” representam camadas sucessivas de defesas, barreiras e salvaguardas que impossibilitam o erro (Reis, 2013). Essas camadas defensivas, numa situação real, apresentam “aberturas”, ou seja, as falhas humanas ou de gestão que se encontram num fluxo contínuo e que podem ser penetradas ocasionando danos (Carvalho, 2011).

As organizações de saúde, enquanto sistemas de alta complexidade devem ter como objetivo tornar-se resilientes, robustas e praticáveis face a situações que envolvem riscos humanos e operacionais, e por consequência, à ocorrência do erro. A premissa é de que os seres humanos cometem falhas, e que, portanto, os erros são esperados. Os erros são consequências e não causas. E embora não se possa mudar a condição humana, podem modificar-se as condições sobre as quais os seres humanos trabalham, criando defesas no sistema (Reason, 2000).

Por conseguinte, Reason defende que o objetivo não é tanto aperfeiçoar o comportamento humano individual, mas sim tentar diminuir os “buracos” do sistema (erros latentes) ao mesmo tempo que se tentam criar novas camadas de proteção de modo a impedir o alinhamento desses orifícios (Carneiro, 2010). Essas camadas são usualmente operacionalizadas através de uma mistura de aplicações *hard* e *soft*. Defesas *hard* incluem os dispositivos técnicos (por exemplo: ligações diferentes para o oxigénio e ar comprimido), as barreiras físicas, os alarmes, entre outros. As defesas *soft* são a legislação, a regulamentação, o treino, a formação, a existência de *briefings*, entre outras (Reason, 2000).

2.3.6 Modelo de Vicent, Adams e Stanhope

Baseado no modelo anterior, Vincent *et al.* (1998) desenvolveram um modelo também adaptado para o âmbito da saúde. A estrutura encontra-se ilustrada na figura 6 e mostra como os diversos fatores envolvidos interagem entre si, servindo como um instrumento analítico para explorar as causas de eventos adversos.

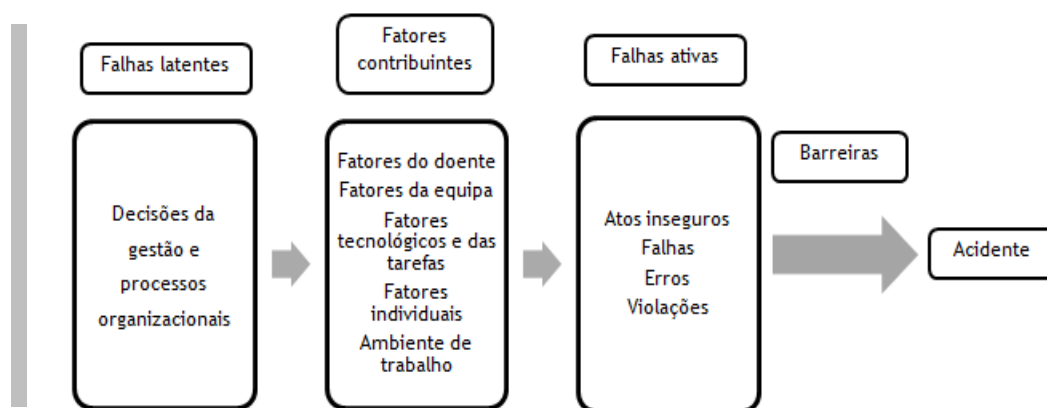


Figura 6 - Modelo do acidente organizacional de Reason adaptado por Vincent, Adams e Stanhope. Fonte: Adaptado de Deilkås (2008).

Comparando o Modelo do Queijo Suiço com o Modelo de Vincent *et al.* (1998), observa-se que as falhas latentes e ativas estão relacionadas com os mesmos fatores, tais como: decisões de gestão, atos inseguros e violações de regras. No entanto, estes autores incorporam ao modelo outros fatores que designam de fatores contribuintes. Esses fatores são componentes importantes no âmbito da saúde e à semelhança dos anteriores influenciam a prática clínica, tais como: características dos doentes, trabalho em equipa, fatores organizacionais, ambiente de trabalho e fatores individuais dos profissionais da equipa.

Neste modelo, os fatores contribuintes estão apresentados por ordem de importância:

- Os primeiros são os fatores relacionados com o doente e referem-se às condições de saúde, personalidade, fatores sociais do doente e qualidade da comunicação estabelecida entre a equipa e o doente;
- Os fatores relacionados à equipa integram a comunicação verbal e escrita, a supervisão e treino de novos membros, assim como, a estrutura da equipa, que deve ser multiprofissional;
- Os fatores tecnológicos e das tarefas afetam diretamente a qualidade do cuidado e dizem respeito ao *design* e clareza da estrutura, disponibilidade e utilização de protocolos, capacidade dos profissionais para usá-los, bem como testar e validar resultados na prática clínica;
- 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, recursos humanos e combinação de competências, disponibilidade e manutenção de equipamentos e apoio administrativo e de gestão (Deilkås, 2008; Carvalho, 2011).

Este modelo dá às organizações uma visão que permite compreender de forma sistemática os vários fatores envolvidos na génese dos eventos adversos e a identificação dos métodos de prevenção adequados, para além de ter servido para o desenvolvimento de instrumentos de avaliação na área da cultura e clima de segurança.

Foi com base nesse modelo que o Dr. Eric Thomas e a sua equipa, pesquisadores do Centro de Excelência para Segurança do Doente, da Universidade do Texas nos EUA, desenvolveram o SAQ - *Short Form* 2006, instrumento que será utilizado neste estudo (Sexton *et al.*, 2006a).

Após a descrição dos principais modelos que fundamentam a implementação da cultura e clima de segurança, serão apresentados a seguir os métodos de avaliação mais divulgados para avaliação destes constructos.

2.4 Avaliação da cultura e clima de segurança

Pelo exposto anteriormente, a cultura e o clima de segurança adquirem características distintas em cada organização, em cada departamento e, em particular, em cada unidade ao nível mais próximo do doente, tornando-se fundamental conhecer a realidade particular e especificidade de cada contexto (Deilkås & Hofoss, 2010; Speroff *et al.*, 2010; Peralta, 2012). Por outro lado, ambos são constructos multidimensionais dinâmicos e, como tal, necessitam de indicadores concretos que permitam a sua avaliação e mensuração ao longo do tempo (Brand *et al.*, 2010; Fernandes, 2012).

Entre os conceitos abordados, o clima de segurança é considerado o fator mais propício a avaliação, pois pode ser analisado por meio da percepção dos profissionais quanto à atmosfera organizacional e é mais propenso a evidenciar mudanças após intervenções de melhoria (González-Romá, Peiró, Lloret & Zornoza, 1999; Sexton *et al.*, 2006c; Health Foundation, 2011). Não obstante, a maioria das ferramentas de avaliação utiliza de forma consistente ambos os termos, sendo importante denotar, que umas visam mensurar os aspetos mais amplos da cultura de segurança, enquanto outras são mais específicas das percepções da equipa e se restringem ao clima de segurança. Assim, nesta seção consideramos o termo "cultura de segurança" para incluir avaliações de cultura e clima.

A metodologia de avaliação da cultura de segurança foi desenvolvida através de pesquisas em psicologia organizacional e tem sido realizada principalmente na indústria da fabricação de organizações de alta confiabilidade (Guldenmund, 2000), permitindo:

- Diagnosticar a cultura de segurança da organização, para identificar áreas de melhoria no planeamento da qualidade interna;
- Iniciar programas de segurança do doente, aumentando a conscientização dos profissionais sobre a cultura de segurança e promover atitudes com enfoque num ambiente mais seguro;
- Avaliar o impacto e a eficácia, na segurança dos doentes, de intervenções e programas, monitorizar mudanças ao longo do tempo e efetuar *benchmarking* interno e externo;
- Analisar a diferença na percepção ou nas atitudes de segurança entre indivíduos, entre níveis hierárquicos ou grupos profissionais e caracterizar a relação e influência entre cultura/clima e outras variáveis ao nível a organização, do grupo ou do indivíduo;
- Avaliar criticamente as evidências das estratégias de segurança do doente, apoiando a tomada de decisões pelas organizações;
- Elaborar e/ou complementar relatórios, com vista aos processos de certificação e acreditação nos domínios da qualidade e segurança dos serviços de saúde;
- Cumprir requisitos regulamentares ou diretivas, nomeadamente, as recomendações da União Europeia e identificar indicadores que ajudem a implementar projetos centrados na segurança dos doentes;

- Identificar e aperfeiçoar formas de cruzar e combinar os dados sobre a cultura de segurança com outras fontes de dados sobre a segurança dos doentes e qualidade dos serviços (Nieva & Sorra, 2003; Sorra & Nieva, 2004; Pronovost & Sexton, 2005; Flin *et al.*, 2006; Sexton *et al.*, 2006a; Brand *et al.*, 2010; Alves, 2011; Departamento da Qualidade em Saúde, 2011; Carvalho & Cassiani, 2012; Morello *et al.*, 2012).

Tendo por base estas finalidades, a avaliação da cultura de segurança pode assumir uma abordagem epidemiológica quantitativa, utilizando questionários de autopreenchimento, ou uma abordagem socioantropológica qualitativa, através da aplicação de técnicas de observação associadas a entrevistas (Yule, 2003a; Nascimento, 2011).

Dado que a cultura de segurança é considerada um fenómeno mais complexo e duradouro, que integra componentes comportamentais, psicológicas e situacionais, tende a ser analisada através de métodos qualitativos; e o clima de segurança, refletindo valores fundamentais, normas, pressupostos e expectativas que de algum modo residem na cultura da organização, como um subcomponente psicológico ou um reflexo dessa cultura, é geralmente estudado através de questionários (Cooper, 2000; Sexton *et al.*, 2006b citando Mearns, Flin, Fleming & Gordon, 1997; Choudhry *et al.*, 2007; Deilkås, 2008; Alves, 2011). De acordo com Yule (2003a) a cultura tem sido objeto de intenso debate teórico enquanto que o clima tem sido objeto de medição e análise empírica.

Os métodos qualitativos antropológicos/etnográficos utilizam instrumentos com orientações para a reflexão e diálogo em grupo como: *Strategies for Leadership: an Organizational Approach to Patient Safety (SLOAPS)*, *Checklist for Assessing Institutional Resilience (CAIR)* e *Manchester Patient Safety Framework*” (Deilkås & Hofoss, 2008). Inquéritos confidenciais, análise de eventos adversos, auditorias, reclamações de doentes, entrevistas semi-estruturadas, entrevistas de grupos focais, estudos de caso e observação, são as técnicas mais utilizadas entre estes métodos (Yule, 2003a; Deilkås, 2008). Esta metodologia têm como principal vantagem a liberdade de expressão dos investigadores e o contacto direto com os pesquisadores, além de permitir captar detalhes que não seriam possíveis recolher no método de avaliação quantitativo (Yule, 2003a).

Porém, as pesquisas quantitativas são as mais utilizadas, existindo a nível internacional vários instrumentos disponíveis para avaliar a cultura de segurança em hospitais (Guldenmud, 2000). Entre estes, os questionários são os instrumentos de colheita de dados mais usados, diferenciando-se quanto ao número de itens, de dimensões mensuradas (Gama, Batista, Souza, Silva & Freitas, 2013; Reis *et al.*, 2013), e em relação à variação nas suas propriedades psicométricas - fidelidade e validade (Colla, Bracken, Kinney & Weeks, 2005; Flin *et al.*, 2006; Halligan & Zecevic, 2011).

A primeira avaliação 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 realizou uma extensa revisão da literatura e identificou diferentes características entre instituições que apresentavam altos e baixos índices de acidentes de trabalho (Rundmo, 2000; Carvalho, 2011). Trata-se de um questionário com quarenta itens e oito dimensões de análise, sendo que as duas dimensões de maior importância na determinação do clima de segurança foram as percepções sobre as atitudes da gestão sobre a segurança e a percepção quanto à relevância da segurança no processo de produção. A cultura de segurança é avaliada por uma série de perguntas sobre crenças, valores, atitudes e percepções ao longo das várias dimensões e permite diferenciar diversos climas de segurança que refletem diferenças entre vários setores industriais (Alves, 2011).

A partir de então, um número significativo de instrumentos de avaliação de cultura de segurança do doente têm sido desenvolvidos (Colla *et al.*, 2005; Flin *et al.*, 2006; Schutz, Counte & Meurer, 2007; Carvalho, 2011). Robb e Seddon (2010) realizaram um pesquisa bibliográfica sobre estes instrumentos e consideraram relevantes quatro revisões sistemáticas levados a cabo por Colla *et al.* em 2005, Singla, Kitch e Weissman em 2006, Flin *et al.* também em 2006 e Mannion *et al.* em 2009. Ao todo, doze ferramentas satisfizeram os critérios de inclusão destas pesquisas:

- *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)*
- *Safety Climate Survey (SCS)* baseado no SAQ
- *Veterans Administration Patient Safety Culture Questionnaire (VHA PSCQ)*
- *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*
- *Stanford Patient Safety Center of Inquiry culture survey (Stanford PSCI)*
- *Patient Safety Cultures in Healthcare Organizations (PSHCO)*
- *Safety Climate Scale (SCS)*
- *Strategies for Leadership: An organizational approach to Patient Safety (SLOAPS)*
- *Culture of Safety Survey (CSS)*
- *Teamwork and Patient Safety Attitudes Questionnaire*
- *Hospital Safety Culture Questionnaire*
- *Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF).*

Estes instrumentos são também referenciados pela *European Network for Patient Safety (EUNeTPaS, 2010)*, rede europeia para promoção da segurança do doente, ao qual a DGS se associou. São direcionados sobretudo para contexto hospitalar, embora um pequeno número fosse testado em cuidados de saúde primários, lares de idosos e serviços de emergência. A maioria utiliza escalas de *Likert* e abrange dimensões tais como: liderança, trabalho em equipa, atitudes/comportamentos de segurança, políticas e procedimentos, percepção de

risco, recursos humanos, comunicação, fatores organizacionais e relatórios (Colla *et al.*, 2005; Hellings & Vleugels, 2009 citado por Devriendt *et al.*, 2012).

Na revisão levada a cabo por Colla *et al.* (2005), os autores concluíram que os instrumentos sobre o clima de segurança mais amplamente utilizados com propriedades psicométricas aceitáveis são: o *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, o *Safety Attitudes Questionnaire*, o *Patient Safety Climate* e o *Hospital Safety Climate Scale*.

Mais recentemente, em 2011, a *Health Foundation* divulga os instrumentos mais utilizados na literatura e as suas principais características (quadro 1 e gráfico 1).

Instrumento e criação	Aplicação	Propriedades psicométricas	Pontos fortes	Pontos fracos	E
<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i> (HSOPS) AHRQ	Hospitais nos EUA, R. Unido, Bélgica, China, Holanda, Turquia, Arábia Saudita, Espanha, Libano, Portugal.	Testadas propriedades psicométricas. Problemas na secção de recursos humanos.	Permite comparação com outros países e indústrias.	Foca-se apenas nos hospitais. Possui problemas de validação.	
<i>Manchester Patient Safety Culture Assessment Framework</i> (MPSCAF) NPSA	Hospitais e farmácias no Reino Unido e Canadá.	Sem propriedades psicométricas citadas na bibliografia.	Foca-se numa noção geral de cultura de segurança.	Pouca publicação sobre a sua aplicação.	
<i>Safety Attitudes Questionnaire</i> (SAQ) Universidade do Texas	Hospitais, Bloco Operatório, UCI, Farmácia, Cuid. Paliativos e Cuid. Primários.	Propriedades psicométricas extensivamente testadas e validadas.	Bem validado e estabelecido. Permite comparação em diversos países e indústrias.	Pouca aplicação em alguns países.	
<i>Safety Climate Survey</i> (SCS) Universidade do Texas	Hospitais nos EUA.	Efetuada alguma validação, mas pouco detalhe sobre as propriedades psicométricas.	Instrumento pequeno e fácil de completar.	Testado principalmente nos EUA. Desenvolvido há bastante tempo.	
<i>Patient Safety Climate in Healthcare Organizations</i> (PSCO) (Stanford financiado pela AHRQ)	Hospitais nos EUA.	Efetuada validação das propriedades psicométricas.	Validação do instrumento através de estudos em larga escala.	Usado por um grupo restrito de investigadores. Testado quase exclusivamente em hospitais nos EUA.	

Quadro 1 - Resumo das principais características dos instrumentos mais utilizados. (E - Evidência Qualidade/Quantidade). Fonte: Health Foundation (2011).

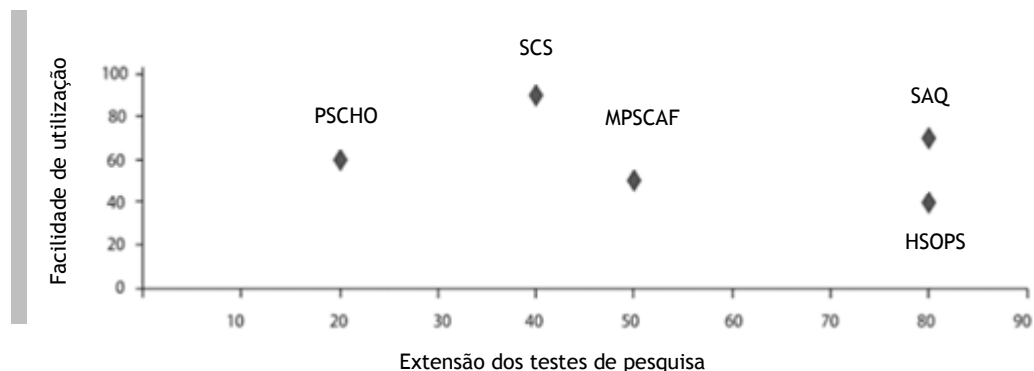


Gráfico 1 - Facilidade de utilização e extensão dos testes de pesquisa dos 5 instrumentos mais testados e citados. Fonte: Adaptado de Health Foundation (2011).

Pelo exposto, o SAQ de Sexton *et al.* é um dos questionários mais amplamente utilizados nos dias de hoje (Robb & Seddon, 2010) em várias áreas clínicas ou serviços de saúde, em diferentes contextos e distintos ambientes internacionais, conforme comprovam também as várias pesquisas referidas na tabela seguinte.

Tabela 5 - Resumo dos estudos que utilizaram o SAQ.

Contexto	Autores dos estudos com o SAQ
Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)	Huang <i>et al.</i> , 2007; Pronovost <i>et al.</i> , 2008; France <i>et al.</i> , 2010; Speroff <i>et al.</i> , 2010; Abstoss <i>et al.</i> , 2011; Poley, Starre, Bos, Dijk & Tibboel, 2011; Sexton <i>et al.</i> , 2011; Vigorito, McNicoll, Adams & Sexton, 2011; Etchegaray & Thomas, 2012; Chaboyer <i>et al.</i> , 2013; Meurling, Hedman, Sandahl, Felländer-Tsai & Wallin, 2013; Raftopoulos & Pavlakis, 2013; Saladino, Pickett, Frush, Mall & Champagne, 2013.
Serviços Obstétricos	Sexton <i>et al.</i> , 2006b; Haller <i>et al.</i> , 2008; Pettker <i>et al.</i> , 2009; Hoch, Vilamil & Martins, 2010; Raftopoulos, Savva & Papadopoulou, 2011; Simpson <i>et al.</i> , 2011; Lyndon <i>et al.</i> , 2012.
Cuidados Neonatais	Riley <i>et al.</i> , 2011; Profit <i>et al.</i> , 2012.
Cuidados Pediátricos	Grant, Donaldson & Larsen, 2006; Bógnar <i>et al.</i> , 2008; Poley <i>et al.</i> , 2011.
Bloco Operatório	Makary <i>et al.</i> , 2006b; Sexton <i>et al.</i> , 2006c; Makari <i>et al.</i> , 2007; Khoshbin, Lingard & Wright, 2009; McCulloch <i>et al.</i> , 2009; Carney, West, Neily, Mills & Bagian, 2010b; Watts, Percarpio, West & Mills, 2010; Wolf, Way & Stewart, 2010; Haynes <i>et al.</i> , 2011; Zheng, 2012; Göras, Wallentin, Nilsson & Ehrenberg, 2013.
Unidades Cirúrgicas	Timmel <i>et al.</i> , 2010; Cauduro, 2013.
Unidades de Trauma	Taylor <i>et al.</i> , 2012.
Unidades de Internamento	Deilkås & Hofoss, 2008.
Unidades de Cuidados Agudos	Relihan, Glynn, Daly, Silke & Ryder, 2009.
Serviços de Emergência Pré-hospitalar	Patterson <i>et al.</i> , 2010.
Ambulatório	Modak, Sexton, Lux, Helmreich & Thomas, 2007; Holden, Watts & Hinton Walker, 2009; Zakari, 2011.

(continua)

Contexto	Autores dos estudos com o SAQ (continuação)
Cuidados de Saúde Primários	Harmsen <i>et al.</i> , 2010; McGuire <i>et al.</i> , 2012; Paese & Sasso, 2013; Bondevik <i>et al.</i> , 2014.
Farmácias	Rose, Thomas, Tersigni, Sexton & Pryor, 2006; Nordén-Hägg <i>et al.</i> , 2010.
Estudos Multicêntricos	Sexton <i>et al.</i> , 2006b; Frankel <i>et al.</i> , 2008; Pronovost <i>et al.</i> , 2008; Carney <i>et al.</i> , 2010a; France <i>et al.</i> , 2010; Huang <i>et al.</i> , 2010; Speroff <i>et al.</i> , 2010; Watts <i>et al.</i> , 2010; Chaboyer <i>et al.</i> , 2013; Schwendimann, Zimmermann, Kung, Ausserhofer & Sexton, 2013.
Ambientes Internacionais	Relihan <i>et al.</i> , 2009; Deilkås & Hofoss, 2010; Abdou & Saber, 2011; Raftopoulos <i>et al.</i> , 2011; Zakari, 2011; Azimi <i>et al.</i> , 2012; Devriendt <i>et al.</i> , 2012; Rigobello <i>et al.</i> , 2012; Tabibi <i>et al.</i> , 2012; Zheng, 2012; Chaboyer <i>et al.</i> , 2013; Meurling <i>et al.</i> , 2013; Raftopoulos & Pavlakis, 2013; Schwendimann <i>et al.</i> , 2013; Zimmermann <i>et al.</i> , 2013; Bondevik <i>et al.</i> , 2014.

Fonte: Elaboração própria.

Ao contrário da maioria dos outros instrumentos, o SAQ foi rigorosamente validado, sendo considerado psicometricamente válido e confiável (Colla *et al.*, 2005; Pronovost & Sexton, 2005; Makary *et al.*, 2006a; Pronovost, Miller & Wachter, 2006b; Sexton *et al.* 2006a; Pronovost *et al.*, 2009; Lee *et al.*, 2010; Carvalho, 2011; Etchegaray & Thomas, 2012; Paese & Sasso, 2013; Bondevik *et al.*, 2014).

Na literatura consultada, são várias as vantagens da aplicação deste instrumento, salientando-se que:

- O SAQ é um instrumento genérico projetado para diagnósticos organizacionais e intervenções relevantes para a segurança do doente (Sexton & Thomas, 2005);
- Por manter a continuidade com o *Flight Management Attitudes Questionnaire (FMAQ)*, que é utilizado há mais de 20 anos, permite comparações entre indústrias, bem como, a identificação de problemas comuns relacionados com os fatores humanos (Pinheiro, 2013);
- Destina-se a todo o pessoal dentro de uma área clínica que tanto influencia como é influenciado pelo "ambiente de trabalho" (por exemplo, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, terapeutas e técnicos, entre outros) refletindo informação acerca do pessoal, da estrutura e dos processos da organização (Sexton *et al.* 2006a);
- Mede de forma confiável e significativa as atitudes e percepções relevantes do cuidador em relação à segurança do saúde, sendo considerado o instrumento mais sensível para avaliar as atitudes de segurança individuais. Permite comparações válidas (*benchmarks*) entre hospitais, áreas de atendimento ao doente e tipos de cuidadores (Colla *et al.*, 2005; Pronovost & Sexton, 2005; Sexton *et al.*, 2006a; Nordén-Hägg *et al.*, 2010);
- Pode ser usado para medir o trabalho em equipa, identificar desconexões, pontos fortes e fraquezas de uma determinada organização, fornecendo uma base para sugerir intervenções de melhoria (Sexton & Thomas, 2005; Makary *et al.*, 2006b);

- 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 doente (Carvalho, 2011);
- Identifica as necessidades, barreiras de segurança (McGuire *et al.*, 2012) e possíveis deficiências no ambiente clínico motivando intervenções de melhoria da qualidade e redução de erros médicos (Thomas, Sexton, Neilands, Frankel & Helmreich, 2005);
- Ajuda a detetar fraquezas percebidas de forma sistemática e diferenças de opinião ao longo do tempo ou entre grupos de profissionais (por exemplo, pessoal de enfermagem e médicos) (Pettker *et al.*, 2009);
- É relativamente curto, de preenchimento rápido (versão *Short Form* 2006) e pode ser usado para monitorizar as mudanças ao longo do tempo (Health Foundation, 2011);
- Representa o único instrumento de medição do clima de segurança que evidencia associação direta com os resultados verificados nos doentes (Colla *et al.*, 2005; Pronovost & Sexton, 2005; Robb & Seddon, 2010; Paese & Sasso, 2013). Em várias pesquisas, os resultados favoráveis do SAQ foram associados com menos eventos adversos, menos erros de medicação, menores taxas de infeção associadas aos cuidados de saúde, nomeadamente taxa de pneumonia associada à ventilação mecânica e taxa de infeção de corrente sanguínea associado a cateter venoso central (CVC), assim como, tempo de internamento mais curto, menor mortalidade intra-hospitalar, menores índices de quedas de doentes, úlceras de pressão, sépsis pós-operatória e menores taxas de rotatividade do pessoal de enfermagem (Colla *et al.*, 2005; Sexton *et al.*, 2006a; Pronovost *et al.*, 2006b; Pronovost *et al.*, 2006c; Hudson, Sexton, Thomas & Berenholtz, 2009; Pettker *et al.*, 2009; Sammer, 2009; Huang *et al.*, 2010; Robb & Seddon, 2010; Abstoss *et al.*, 2011; Vigorito *et al.*, 2011);
- Serve como medida de referência para a avaliação de programas de melhoria da qualidade que contribuem para otimizar as atitudes dos profissionais da saúde em relação à segurança do doente (Makari *et al.*, 2007; Frankel *et al.*, 2008; Pronovost *et al.*, 2008; McCulloch *et al.*, 2009; O'Leary *et al.*, 2010; Paine *et al.*, 2010; Timmel *et al.*, 2010; Wolf *et al.*, 2010; Haynes *et al.*, 2011; Pettker *et al.*, 2011; Riley *et al.*, 2011; Sexton *et al.*, 2011; Vigorito *et al.*, 2011; Tabibi *et al.*, 2012; Saladino *et al.*, 2013; Je *et al.*, 2014).

Deste modo, considerando as potencialidades do SAQ descritas em diversos estudos internacionais e admitindo a necessidade e relevância do uso de um instrumento de avaliação do clima de segurança com as suas propriedades na população portuguesa, idealizou-se a presente investigação.

Capítulo 3

Investigação Empírica

A investigação empírica possibilita um conjunto de conhecimentos racionais, certos ou prováveis, sistematizados e verificáveis, obtidos metódica e rigorosamente face a determinado objeto de estudo (Freixo, 2009).

Neste capítulo, serão abordados os aspetos essenciais do processo metodológico em que incidiu esta investigação e que têm suporte no enquadramento teórico desenvolvido. Para além da metodologia de investigação, o capítulo integra os resultados do estudo e respetiva discussão tendo em conta pesquisas análogos existentes.

3.1 Metodologia de investigação

A metodologia, traduz o caminho a percorrer para se atingir determinado fim, ou seja, orienta o pensamento para se alcançarem conhecimentos cientificamente válidos (Freixo, 2009). Engloba o conjunto coerente de métodos e técnicas que guiam a elaboração de todo o processo de investigação científica, sistematizando os procedimentos adotados durante as várias etapas (Fortin, 2009; Freixo, 2009). Constitui um importante instrumento de trabalho, do qual depende em grande parte, o êxito da investigação, enquanto recurso inestimável e determinante no desenvolvimento do conhecimento.

Nesta secção descreve-se o tipo de estudo, os objetivos da investigação, a população e a amostra, o instrumento de colheita de dados, os procedimentos metodológicos adotados, as considerações éticas e formais, assim como, os procedimentos estatísticos.

3.1.1 Tipo de estudo

O estilo da pesquisa realizada e os métodos selecionados dependem da natureza do estudo e do tipo de informação que se pretende obter (Fortin, 2000).

Uma vez que o SAQ - *Short Form* 2006 não está validado para a população portuguesa, houve a necessidade de proceder à sua tradução, adaptação cultural e validação, de forma a obter um instrumento de medida que permita investigar os pressupostos inerentes ao clima de segurança do doente em Portugal.

Assim, após uma consulta estruturada e aprofundada sobre as principais características dos diversos tipos de investigação, considera-se que este estudo é de carácter metodológico com abordagem quantitativa, pois integra-se no âmbito da investigação de métodos de obtenção,

organização e elaboração dos dados, tratando da construção, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa. Visa estabelecer e verificar a fidelidade (confiabilidade) e a validade de instrumentos de medida (Fortin, 2009). A meta de pesquisas com esta abordagem é a elaboração de um instrumento confiável que possa ser utilizado posteriormente por outros pesquisadores (Polit, Beck & Hungler, 2004), em populações diferentes para as quais o instrumento foi concebido (Fortin, 2009).

A recolha de dados para avaliação das propriedades psicométricas do instrumento processou-se num determinado momento, pelo que o estudo tem também um carácter transversal, pois os fenómenos estudados referem-se a um período de tempo bem definido e com uma população relativamente homogénea (Freixo, 2009).

3.1.2 Objetivos do estudo

Um objetivo é um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação tendo em conta o nível dos conhecimentos que foram estabelecidos no domínio em questão, indicando, conseqüentemente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo (Fortin, 2009; Freixo, 2009).

Assim, o **objetivo geral** deste estudo consiste em realizar a tradução, adaptação cultural e validação do SAQ - *Short Form* 2006 para Portugal e os **objetivos específicos** são: traduzir o instrumento para a língua portuguesa, garantir a validade de conteúdo, avaliar a fidelidade da versão adaptada por meio da consistência interna dos seus itens e da reprodutibilidade, e avaliar a validade de constructo através da análise fatorial confirmatória.

3.1.3 População e amostra

A população é o conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre a qual assenta a investigação (Fortin, 2000; Fortin, 2009; Freixo, 2009). A importância dos sujeitos do estudo, centra-se fundamentalmente na riqueza dos dados que revelam experiências individuais ou específicas de cada sujeito (Polit *et al.*, 2004). Na impossibilidade da maioria dos estudos se debruçarem sobre a totalidade da população torna-se imprescindível definir a população-alvo a ser estudada que satisfaz os critério de seleção (Fortin, 2000; Fortin, Côté & Filion, 2009).

Para o âmbito desta investigação consideram-se os seguintes critérios de seleção:

- Exercer funções no Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB);
- Ter contacto direto com doentes;
- Concordância da participação no estudo;
- Não ter participado no pré-teste.

A instituição escolhida (CHCB) é um hospital público do Serviço Nacional de Saúde, de natureza empresarial, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. É a estrutura responsável pelos cuidados hospitalares na região da Cova da Beira, abrangendo uma população de cerca de 100 mil habitantes dos concelhos da Covilhã, Belmonte, Fundão e parte do concelho de Penamacor. É composto pelas unidades hospitalares: Hospital Pêro da Covilhã, na Covilhã e Hospital do Fundão, no Fundão. Tem como missão:

- Prestar cuidados de saúde com eficiência, qualidade, em tempo útil e a custos socialmente comportáveis, à população da sua área de influência e a todos os cidadãos em geral;
- Desenvolver e promover o ensino e investigação, como Hospital nuclear da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior;
- Participar no ensino de profissionais de saúde (pré e pós graduado);
- Promover, acompanhar e desenvolver projetos de investigação clínica (CHCB, 2013).

Esta instituição de referência nacional e internacional, está acreditada pela *Joint Commission International* (JCI) desde março de 2010, possui diversas certificações pela *International Organization for Standardization* (ISO) 9001 e referência positiva de avaliação no processo do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS). A preocupação com a garantia da qualidade é permanente e o desenvolvimento de uma cultura/clima de segurança é assumido como indissociável da prestação de cuidados de saúde de excelência, pelo que se torna pertinente a realização deste estudo no referido contexto.

A amostra, enquanto, fração da população-alvo sobre a qual incide o processo investigativo (Fortin, 2000; Fortin, 2009), foi constituída através do método de amostragem não probabilístico e por conveniência, uma vez que nos permitiu aceder à população de forma mais fácil e rápida (Hill & Hill, 2005), procurando obter uma taxa de resposta tão alta quanto possível dentro de cada serviço hospitalar. A amostragem aleatória não foi utilizada porque em alguns serviços com poucos profissionais, este método teria ameaçado o anonimato dos entrevistados.

No sentido de promover a qualidade dos resultados deste estudo, considerou-se essencial que a amostra fosse representativa (Almeida & Freire, 2008; Slavec & Drnovsek, 2012). Entendendo que o mínimo de respostas válidas (N) é obtido pela fórmula $N = 5 \times K$ (se $K > 15$), em que K é o número de questões do instrumento (Pestana & Gageiro, 2005), definiu-se que o tamanho mínimo da amostra seria 200 elementos.

Foram distribuídos 700 questionários e recolhidos 640, obtendo-se uma taxa de resposta de 91,0%. Destes foram excluídos os questionários que apresentavam todos os itens com a mesma resposta e todos os que estavam em branco. Deste modo, foi realizada uma seleção prévia em que foram excluídos 17 questionários, ficando a amostra constituída por 623 (tabela 6).

Tabela 6 - Amostra obtida pelo método de recolha de dados.

Questionário	N
Questionários entregues	700
Questionários recolhidos	640
Questionários eliminados	17
Questionários passíveis de tratamento estatístico	623

3.1.4 Instrumento de colheita de dados

O *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) é um refinamento do *Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaire* (ICUMAQ) (Sexton *et al.*, 2000; Thomas, Sexton & Helmreich, 2003; Pronovost *et al.*, 2008) que foi derivado do *Flight Management Attitudes Questionnaire* (FMAQ) amplamente utilizado na aviação comercial (Helmreich *et al.*, 1993; Helmreich *et al.*, 1996).

Foi desenvolvido em 2006 por Bryan Sexton, Eric Thomas e Bob Helmreich da Universidade do Texas, com financiamento da Fundação *Robert Wood Johnson* e da AHRQ (Sexton *et al.*, 2006a). Este instrumento é baseado em dois modelos conceituais: o modelo de Vincent *et al.* (1998) para a análise de risco e segurança (descrito no enquadramento teórico) e o modelo de Donabedian para avaliação da qualidade, que integra 3 conceitos-chave: estrutura, processos e resultados (Donabedian, 1988). De acordo com este modelo, a Estrutura é definida como as condições em que os cuidados são prestados (materiais, recursos humanos, características organizacionais); o Processo inclui atividades de prestação de cuidados e os Resultados são mudanças que podem ser atribuídas aos cuidados. Cada componente é dinâmico e transaccional, sendo que uma boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo e, por sua vez, aumenta a probabilidade de bons resultados. Desta forma, os resultados de segurança podem ser otimizados, melhorando a estrutura e os processos da organização que lhe estão subjacentes (Resar, 2006; Halligan & Zecevic, 2011).

O SAQ permite avaliar as percepções de atitudes dos profissionais de saúde relacionadas com a segurança do doente em várias áreas clínicas e serviços de saúde (Sexton *et al.*, 2006a) e foi validado numa amostra de 10.843 prestadores de cuidados de saúde, em 203 áreas clínicas (incluindo unidades de cuidados intensivos, salas de cirurgia, unidades de internamento e ambulatório), em três países (EUA, Reino Unido, Nova Zelândia), demonstrando boas propriedades psicométricas (Sexton *et al.*, 2006a).

Desde então, o SAQ tem sido administrado numa variedade de configurações hospitalar e ambulatorial em mais de 1300 hospitais dos EUA, Inglaterra, Austrália, Suíça, Itália, Espanha e Nova Zelândia (Deilkås & Hofoss, 2008), e a sua fidelidade e validade foram documentadas em

vários países, como: Reino Unido (Hutchinson *et al.*, 2006), Noruega (Deilkås & Hofoss, 2008), Irlanda (Relihan *et al.*, 2009), Irão (Mahfoozpour & Mojdehkar, 2010), Turquia (Kaya, Barsbay & Karabulut, 2010), Suécia (Nordén-Hägg *et al.*, 2010); China (Lee *et al.*, 2010), Egípto (Abdou & Saber, 2011), Brasil (Carvalho, 2011), Países Baixos (Poley *et al.*, 2011), Grécia (Raftopoulos, Savva & Papadopoulou, 2011), Holanda (Devriendt *et al.*, 2012), Suíça-alemã (Zimmerman *et al.*, 2013) e Malásia (Kar & Hamid, 2013), estando disponível em mais de dez idiomas (Kar & Hamid, 2013).

A versão completa do questionário inclui 60 itens, dos quais apenas 30 são padrão e idênticos em todos os ambientes clínicos. Esses 30 itens básicos integram a versão curta a que diz respeito este estudo (SAQ - *Short Form* em anexo I), aos quais se acrescentam outros itens, obtendo-se um total de 36, que completam a primeira parte do instrumento. Na segunda parte estão presentes informações adicionais relativas aos dados dos profissionais (género, função, área de atuação e tempo de atuação no serviço) (Sexton *et al.*, 2006a).

A versão genérica pode ser utilizada para avaliar a cultura da segurança do doente em toda a organização, e as versões adicionais foram adaptadas para uso em áreas especializadas, como unidades de terapia intensiva, bloco operatório, serviços de internamento e de ambulatório. Para cada versão do SAQ, os conteúdos dos itens são os mesmos, com pequenas modificações para refletir a área clínica. Por exemplo: "nesta unidade é difícil discutir os erros", na versão genérica *versus* "nesta UCI é difícil discutir os erros", na versão UCI (Sexton *et al.*, 2006a).

O SAQ possui seis dimensões que abrangem fatores organizacionais, fatores do ambiente de trabalho e fatores de equipa:

- Clima de trabalho em equipa: perceção da qualidade da colaboração entre os profissionais da equipa (Itens 1-6);
- Clima de segurança: perceção de um forte e proativo compromisso organizacional com a segurança (Itens 7 - 13);
- Satisfação no trabalho: sentimento agradável ou estado emocionalmente positivo resultante da perceção da experiência de trabalho (Itens 15-19);
- Reconhecimento do *stress*: reconhecimento de como o desempenho é influenciado por fatores *stressores* (Itens 20-23);
- Perceção da gestão: aprovação das ações da administração quanto às questões de segurança (Itens 24-29), sendo que cada um destes itens é medido em dois níveis (perceção da gestão do serviço e perceção da gestão hospitalar);
- Condições de trabalho: perceção da qualidade do suporte ambiental e logístico no local de trabalho (por exemplo: equipamentos e profissionais) (Itens 30-32).

Os itens 14 e 33-36 não fazem parte das dimensões referidas, e os itens 2, 11 e 36 estão redigidos reversamente (Sexton *et al.*, 2006a).

As respostas a cada uma das questões seguem uma escala *Likert* de cinco pontos: discordo totalmente, discordo parcialmente, indiferente, concordo parcialmente e concordo totalmente. A pontuação final do instrumento varia de 0 a 100, onde zero representa a pior percepção e 100 a melhor percepção do clima de segurança.

Tal como referido anteriormente, o SAQ foi criado originalmente na língua inglesa e, devido às diferenças culturais entre o país de origem e Portugal, é essencial realizar a tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa e avaliar a sua fidelidade e validade, ficando posteriormente disponível para utilização pela comunidade clínica e científica portuguesa.

3.1.5 Procedimentos metodológicos

A tradução, adaptação cultural e validação de um instrumento para uso num novo país, cultura, e/ou língua requer o uso de um método, para atingir a equivalência entre o original (versão de origem) e a versão de destino. Os itens devem ser traduzidos linguisticamente, assim como, adaptados culturalmente de forma a manter a validade das propriedades psicométricas do instrumento (Guillemin, Bombardier & Beaton, 1993; Ferraz, 1997; Herdman, Fox-Rushby & Badia, 1997; Beaton *et al.*, 2000; Sperber, 2004; Cardoso, 2006; International Test Commission - ITC, 2010) e permitir a partilha de dados e comparações a nível nacional e internacional (Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz, 2002; Antunes *et al.*, 2012).

Desta forma, a adaptação cultural do instrumento deve ser realizada por meio de uma metodologia rigorosa, pois os testes psicométricos e a validação da escala dependerão da qualidade do processo anterior.

3.1.5.1 Procedimentos de tradução e adaptação cultural

No estudo que se apresenta optou-se por utilizar a metodologia científica proposta por Beaton *et al.* (2000) que, neste domínio assume particular relevância e protagonismo (Hubley & Palepu, 2007; Williams, 2007; Coluci & Alexandre, 2009; Carvalho, 2011; Antunes *et al.*, 2012) e que foi aceite pelos autores do instrumento original.

As diretrizes descritas por Beaton e seus colaboradores permitem a organização crítica e a operacionalização das práticas de investigação adoptadas de forma rigorosa, possibilitando um processo de adaptação completo projetado para maximizar a obtenção semântica, idiomática, equivalência experimental e conceitual entre a fonte e o questionário alvo. O processo envolve a adaptação dos itens individuais, as instruções do questionário, as opções de resposta e compreende seis etapas, conforme exposto na figura 7 (Beaton *et al.*, 2000).

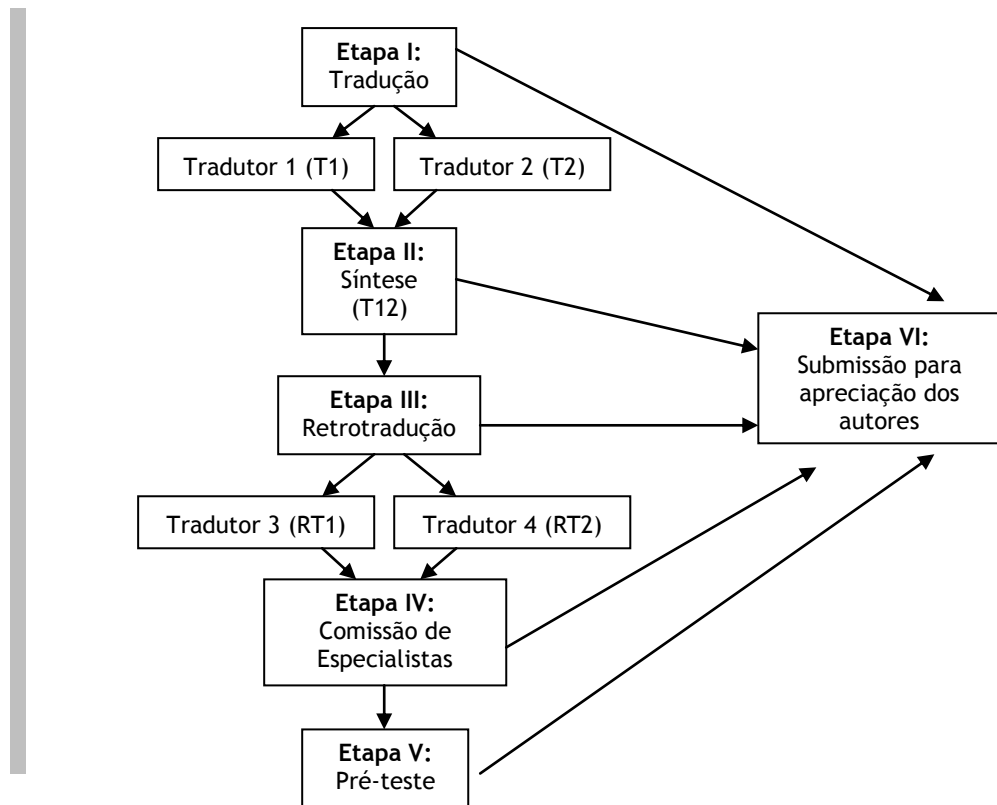


Figura 7 - Esquematisação das etapas recomendadas para a adaptação cultural.
Fonte: Adaptado de Beaton *et al.* (2000).

Etapa I: Tradução

Nesta etapa inicial, Beaton *et al.* (2000) sugerem que sejam realizadas duas traduções do instrumento de forma independente. As traduções devem ocorrer do idioma de origem do instrumento para o idioma alvo por dois tradutores bilíngues, cujo idioma alvo seja a sua língua materna.

Os tradutores, devidamente certificados, foram contactados na segunda semana do mês de agosto de 2014, através de correio eletrónico, de forma intencional e, tal como recomendado, possuíam perfis diferentes:

- O tradutor 1 teve conhecimento dos objetivos do estudo e dos conceitos investigados, possibilitando uma tradução numa perspetiva mais clínica e direcionada para o fenómeno em estudo, oferecendo uma equivalência mais fiável a partir de uma perspetiva de medição (T1).
- O tradutor 2 não teve conhecimento sobre os termos a ser investigados, nem sobre os objetivos do estudo e não tinha formação médica ou clínica. De acordo com a literatura, este tradutor, também chamado de tradutor ingénuo, tem maior probabilidade de detetar diferenças subtis de significado, proporcionando uma tradução que reflete a linguagem utilizada pela população-alvo (T2) (Beaton *et al.*, 2000).

Durante o período de tradução foram realizados alguns contactos com os tradutores a fim de esclarecer questões relacionadas com a equivalência da tradução dos itens, ou seja, se a tradução mantém o mesmo significado da versão original (equivalência do item). As sugestões e considerações quanto às traduções foram anotadas pela investigadora e discutidas com a orientadora.

Etapa II: Síntese das traduções

Na segunda etapa, as duas traduções anteriores (T1 e T2) foram comparadas, com o objetivo de chegar a uma versão de consenso ou versão síntese, denominada T12 (apêndice I) Este processo é considerado complexo, exigindo uma série de cuidados a fim de obter uma versão adequada ao novo contexto, mas também congruente com a versão original (Borsa, Damásio & Bandeira, 2012).

Etapa III: Retrotradução ou *Backtranslation*

Trabalhando a partir da versão síntese T12, o instrumento foi traduzido de volta para o idioma original por dois tradutores bilíngues independentes. Estes tradutores têm o idioma de origem do documento como língua materna, não tiveram conhecimento prévio do instrumento original e, tal como recomendado pelo referencial metodológico, não possuíam formação médica, evitando o viés de informação. O contacto foi feito na última semana do mês de agosto e processou-se por correio eletrónico. Desta etapa resultaram as retrotraduções RT1 e RT2 (apêndice II), salientando-se que apenas um dos tradutores fez comentários sobre as suas escolhas em relação aos termos enviados.

As retrotraduções apresentaram uma aproximação muito satisfatória com a versão original, refletindo com precisão o seu conteúdo. Como pode ser observado no apêndice II, alguns itens têm tradução literalmente igual ao original e outros apesar de distintos mantêm a equivalência conceitual.

Etapa IV: Comissão de especialistas (validade de conteúdo)

Nesta etapa, a validade teórica de conteúdo é avaliada por uma comissão de especialistas (*experts* na área que o instrumento se propõe avaliar), que analisam todos os documentos anteriores (T1, T2, T12, RT1, RT2 e o instrumento original) para chegar a um consenso e desenvolver a versão pré-final do instrumento (pré-teste).

Dando cumprimento ao recomendado por Beaton *et al.* (2002), a comissão foi formada por especialistas bilíngues, contendo um metodologista, profissionais da saúde, um linguista, os tradutores envolvidos no processo e a investigadora.

Na segunda semana do mês de setembro de 2014, os especialistas foram convidados por meio de correio eletrónico e de forma intencional, perfazendo um total de 9 profissionais com conhecimentos nas áreas da qualidade de cuidados, cultura de segurança do doente,

acreditação, linguística e experiência na tradução, adaptação cultural e validação de instrumentos. Neste processo, assegurou-se a inclusão de especialistas de várias zonas do país de forma a incorporar eventuais nuances culturais.

Durante duas semanas, os especialistas analisaram os documentos submetidos com o objetivo de confirmar a adequação dos itens aos constructos teóricos que se pretende avaliar com o instrumento, indicando quais as características que devem ser consideradas na versão para pré-teste. Todas as decisões foram anotadas num documento orientador tendo em consideração a equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual entre o instrumento original e a versão criada, garantindo a adequação da tradução, a validade de conteúdo e preservando a reprodutibilidade do mesmo (Guillemin *et al.*, 1993; Beaton *et al.*, 2000).

A equivalência semântica refere-se à equivalência do significado das palavras, à avaliação gramatical e de vocabulário; a equivalência idiomática representa a equivalência de expressões idiomáticas e coloquialismos, na sua maioria difíceis de traduzir, que devem ser congruentes com a cultura-alvo; a equivalência experiencial avalia se a tradução utiliza termos coerentes com a experiência de vida da população e com o contexto cultural para o qual o instrumento será traduzido e, por fim, a equivalência conceitual que averigua a manutenção dos conceitos propostos no instrumento original, com a finalidade máxima de explorar se as diferentes dimensões incluídas no instrumento original seriam relevantes e pertinentes no novo contexto (Borsa *et al.*, 2012).

Nesta fase, a validade de conteúdo foi obtida quando existiu concordância de pelo menos 90,0% dos membros da comissão de especialista relativamente a cada um dos itens do instrumento, segundo a fórmula: % Concordância = Número de especialistas que concordaram/Número total de especialistas x 100 (Beaton *et al.*, 2002; Wynd, Schmidt & Schaefer, 2003). Os resultados são apresentados no apêndice III.

Tendo em conta, as sugestões feitas pelos especialistas, foi necessário rever algumas questões e foram efetivadas algumas modificações. Os itens 5, 12, 15, 16, 17, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 32 e 36 tiveram uma taxa de concordância de 100,0% e não foi necessária nenhuma modificação. Os restantes itens passaram pela substituição de algumas palavras por sinónimos, nalguns casos para adequar os termos à cultura portuguesa e, noutros, para assegurar a uniformidade dos termos utilizados ao longo do questionário. As alterações mais consistentes propostas pela comissão de especialistas estão resumidas na tabela 7.

Foi sugerido que a expressão “área clínica” fosse substituída e padronizada ao longo do questionário pelo termo “serviço” com intuito de incluir o máximo de unidades do contexto hospitalar onde existe contacto com doentes (além das unidades médicas e cirúrgicas

pretende-se incluir outras áreas, como farmácia, fisioterapia, exames especiais, etc.). Este alteração foi aceite pelos autores originais.

Tabela 7 - Resumo das principais alterações propostas pela comissão de especialistas.

Original	Tradução	Alteração
Correct mark/ Incorrect marks	Marca correta/Marcas incorretas	Marcação correta/ Marcação incorreta
1. Nurses' input is well received in this clinical area.	1. As opiniões dos(as) enfermeiros(as) são bem recebidas nesta área clínica.	1. As sugestões dos(as) enfermeiros(as) são bem recebidas neste serviço .
2. In this clinical area, it is difficult to speak up if I perceive a problem with patient care.	2. Nesta área clínica, é difícil falar livremente se me aperceber de um problema com o cuidado ao doente.	2. Neste serviço é difícil falar livremente se me aperceber de um problema com a prestação de cuidados ao doente.
4. I have the support I need from other personnel to care for patients.	4. Tenho o apoio de que necessito por parte de outros funcionários no atendimento de doentes.	4. Tenho o apoio de que necessito por parte de outros profissionais no atendimento de doentes.
8. Medical errors are handled appropriately in this clinical area.	8. Os erros médicos são tratados de forma adequada nesta área clínica.	8. Os erros dos profissionais são tratados de forma adequada neste serviço .
9. I know the proper channels to direct questions regarding patient safety in this clinical area.	9. Conheço os canais adequados para direcionar as questões relacionadas com a segurança do doente nesta área clínica.	9. Conheço os meios adequados para direcionar as questões relacionadas com a segurança do doente neste serviço .
14. My suggestions about safety would be acted upon if I expressed them to management.	14. As minhas sugestões acerca da segurança seriam consideradas caso fossem manifestadas à Direção.	14. As minhas sugestões acerca da segurança seriam postas em prática caso fossem manifestadas à Administração .

Fonte: Elaboração própria.

O termo “marca” utilizado no cabeçalho que contém as orientações para preenchimento do questionário, foi alterado para “marcação”. Culturalmente a expressão “marca” é frequentemente usado como referência a uma determinada empresa (um nome, uma marca verbal ou imagens) ou a conceitos que distinguem um produto ou serviço; enquanto “marcação” se refere a efeito de marcar ou ato de assinalar, sendo, portanto, mais adequada ao conteúdo pretendido.

O termo “funcionários” do item 4 foi substituído por “profissionais” de forma a existir coerência com os itens 5, 8, 27, 29 e 30, onde esse termo também surge. Da mesma forma o

termo “direção” do item 14 foi substituído por “administração” utilizado nos itens 24, 25 e 26.

A expressão inglesa “*acted upon*” utilizada no item 14 implica ação, pelo que em vez de “As minhas sugestões acerca da segurança seriam consideradas...”, os especialistas sugeriram “As minhas sugestões acerca da segurança seriam postas em prática”.

Por gerarem dúvidas em relação à validade teórica de conteúdo, os itens 1, 8, 9 e 27 foram discutidos com os autores da versão original.

Relativamente ao item 1 não existiu consenso entre os especialistas quanto à tradução da expressão “*input*”. As possibilidades apontadas foram: opiniões, contributos e sugestões. Os autores do questionário consideraram que o termo mais adequado seria “sugestões”, pelo que se optou por este termo na versão portuguesa.

No item 8, os autores esclareceram que “*medical errors*” deveria refletir erros dos vários profissionais e não apenas do pessoal médico, motivo pelo qual se alterou este item.

O termo “canais” do item 9 foi substituído por “meios” após sugestão da comissão de especialistas e consenso com autores.

No item 27 existiram dúvidas quanto à tradução da expressão “*problem personnel*”, podendo significar problemas pessoais ou profissionais problemáticos. Os autores esclareceram que o termo se refere a pessoas que se comportam de maneira problemática, tendo-se mantido a expressão “profissionais problemáticos”.

As “funções dos profissionais” no campo relativo à informação adicional foram ajustadas para as classes e categorias profissionais atualmente existentes na realidade portuguesa.

As alterações descritas foram consideradas pertinentes e relevantes e, de modo consensual, resultaram na sua inclusão, obtendo-se a versão preliminar do SAQ - *Short Form 2006 PT* ou versão para pré-teste.

Etapa V: Pré-teste

Para confirmação da equivalência/validade de conteúdo numa situação aplicada é importante que o instrumento seja avaliado pelo julgamentos de profissionais ou pessoas comuns sobre a clareza das perguntas, inclusão de conceitos, redundância de itens e escalas (Ferreira & Marques, 1998; Beaton *et al.*, 2000), denominando-se esta etapa de Teste de compreensão ou Pré-teste.

Desta forma, a versão para pré-teste foi aplicada a uma amostra da população-alvo constituída por vinte profissionais dos serviços de cirurgia do CHCB, dos quais, dez enfermeiros e dez assistentes operacionais, de forma a incluir pessoas com níveis de escolaridade diferenciados. A amostragem foi por conveniência e o convite foi realizado por meio de contacto pessoal no início do mês de outubro de 2014.

A cada profissional foi entregue um questionário tendo sido explicado os objetivos do pré-teste e esclarecido que a sua estrutura não podia ser alterada (o número de perguntas ou a sua organização, bem como as opções de respostas). O objetivo era que analisassem a forma como estavam formuladas as questões (clareza e grau de compreensão), a aceitabilidade das palavras utilizadas, bem como, a sua relevância cultural e não, propriamente, o que iriam responder.

O tempo de resposta ao questionário variou entre cinco e quinze minutos, salientando-se que os assistentes operacionais obtiveram os tempos mais elevados.

Após o preenchimento, os profissionais foram questionados acerca da compreensão e pertinência das questões e facilidade de preenchimento, permitindo aferir se os termos utilizados eram facilmente compreendidos e aceitáveis pelos respondentes. Este procedimento permitiu avaliar a denominada validade aparente (ou de face) do instrumento (Beaton *et al.*, 2002).

Uma vez que não foram observadas dificuldades na compreensão dos enunciados apresentados, nem foram demonstradas quaisquer dúvidas relativas ao formato e conteúdo dos mesmos, a versão pré-final não necessitou de ser reformulada passando, deste modo, a ser designada de versão final em português: SAQ - *Short Form* 2006 PT (apêndice IV). Optou-se por adoptar a mesma designação (*Safety Attitudes Questionnaire*) e sigla (SAQ), tendo em conta que este instrumento é assim conhecido no universo científico internacional.

Etapa VI: Submissão dos documentos para apreciação dos autores do instrumento

A etapa final é a submissão de todas as traduções, relatórios de especialistas e anotações aos autores do instrumento original. Ao receberem essa informação, os autores têm a possibilidade de verificar se todas as etapas foram realizadas de forma correta para a validação da versão final do instrumento (Beaton *et al.*, 2000).

No final da primeira semana do mês de outubro, os documentos resultantes das diferentes fases deste processo metodológico foram enviados por correio eletrónico para o Professor Eric Thomas, o qual aprovou a versão final do instrumento, salientando o rigor da abordagem metodológica aplicada em todo o processo.

Uma vez terminada esta etapa, concluiu-se o processo de tradução e adaptação cultural, seguindo-se o estudo para a avaliação das propriedades psicométricas do instrumento (Beaton *et al.*, 2000; Cardoso, 2006).

3.1.5.2 Procedimentos para avaliação das propriedades psicométricas

Os procedimentos de tradução e adaptação descritos anteriormente têm por objetivo produzir instrumentos que sejam equivalentes em diferentes culturas (Borsa *et al.*, 2012). Entretanto, ainda que os métodos qualitativos sejam imprescindíveis para assegurar a adequação do processo de adaptação, eles não fornecem a informação necessária sobre as propriedades psicométricas do novo instrumento (Eremenco, Cella & Arnold, 2005).

Assim, complementarmente às etapas descritas, foram utilizados procedimentos quantitativos para avaliar em que medida o instrumento pode, de fato, ser considerado válido para o contexto ao qual foi adaptado (Borsa *et al.*, 2012).

Neste sentido, para avaliar as propriedades psicométricas foram apreciados os parâmetros relativos à fidelidade e à validade, consideradas qualidades essenciais de qualquer instrumento de medida (Devellis, 2003; Netemeyer, Bearden & Sharma, 2003; Provonost & Sexton, 2005; Cardoso, 2006; Fortin, 2009).

Fidelidade do instrumento de medida

A fidelidade, ou confiabilidade, é um dos principais critérios de avaliação da qualidade e de adequação de uma medida e assenta na estabilidade da informação. Designa a precisão, a consistência e a constância das medidas obtidas pelo instrumento de medida (Fortin, 2009).

É uma medida segundo a qual, o questionário nos dá resultados idênticos de forma consistente e precisa, em múltiplas medições e em situações semelhantes, reforçando a noção de reprodutibilidade das medidas (Ferreira & Marques 1998; Fortin, 2009). Diz-se que os resultados são precisos ou fiáveis quando variam relativamente pouco de uma ocasião ou contexto para outro (Moreira, 2004; Cardoso, 2006).

A fidelidade pode ser estimada segundo três critérios: consistência interna, reprodutibilidade ou estabilidade (fidelidade temporal) e equivalência (fidelidade das formas paralelas ou fidelidade entre especialistas) (Hungler, Beck & Polit, 2004; Fortin *et al.*, 2009). Neste estudo, optou-se por utilizar a consistência interna (para a escala como um todo e para cada dimensão) e a reprodutibilidade.

A consistência interna foi estimada através do coeficiente alfa proposto por Lee J. Cronbach em 1951, adiante designado por α de Cronbach, por ser considerado o índice de precisão mais

importante e comum em psicométrica (Moreira, 2004; Fortin, 2009; Manzi-Oliveira, Balarini, Marques & Pasian, 2011).

O coeficiente de consistência interna fornece uma estimativa da fidelidade das medições, baseando-se no pressuposto de que os itens que avaliam o mesmo constructo, se devem correlacionar (Moreira, 2004; Hsieh & Shannon, 2005; Cardoso, 2006; Fortin, 2009; Tavakol & Dennick, 2011). Quanto maior for a correlação entre os enunciados, maior será a consistência interna do instrumento (Moreira, 2004; Fortin, 2009), o que traduz a homogeneidade do conjunto dos enunciados (Ribeiro, 2008).

A reprodutibilidade de um instrumento de medida é determinada pela constância das respostas repetidas em momentos diferentes, efetuadas nas mesmas condições, pelos mesmos sujeitos (Fortin, 2009). O postulado em que se baseia a técnica de avaliação da estabilidade sustenta que a característica medida se mantém constante todas as vezes que esta se avalia.

Neste estudo, estimou-se a reprodutibilidade do SAQ - *Short Form 2006 PT* através da técnica “teste-reteste” aplicada a vinte profissionais da amostra, em dois momentos diferentes, com o intervalo de cerca de duas semanas. Este método é o único que oferece uma medida de consistência temporal intraindividual (Azevedo, 2003), traduzindo o grau de correlação dos resultados obtidos nesses dois momentos.

Validade do instrumento de medida

A validade de um instrumento de medida constitui um parâmetro essencial e indispensável na teoria de medida. Diz respeito à exatidão com que um determinado conceito é medido e demonstra a capacidade de um instrumento medir o constructo para o qual foi inicialmente construído (Cardoso, 2006; Fortin, 2009). Por outras palavras, a validade corresponde ao grau de precisão com que os conceitos em estudo são representados pelos enunciados específicos de um instrumento de medida. Um instrumento válido terá aceitação científica se refletir, com clareza, o conceito teórico que está a medir (Fortin, 2009).

Os três tipos de validade mais frequentemente utilizados no processo de validação são: validade de conteúdo, validade de constructo e validade critério (Moreira, 2004; Cardoso, 2006; Fortin *et al.*, 2009).

A **validade do conteúdo** refere-se à representabilidade do conjunto de enunciados que integram o conceito a medir, ou seja, avalia se os itens do instrumento representam o que de facto se deseja medir (Fortin, 2000; DeVellis, 2003; Netemeyer, Bearden & Sharma, 2003; Moreira, 2004; Cardoso, 2006; Ribeiro, 2008). Um instrumento de medição deve conter todos os itens do domínio do conteúdo das variáveis que pretende medir. A área do conteúdo a ser testada precisa ser sistematicamente analisada assegurando que todos os aspetos

fundamentais sejam, adequadamente e, em proporções corretas, abrangidos pelos itens do questionário (Martins, 2006).

Por norma, o julgamento de uma comissão de especialistas é frequentemente utilizado para suportar a validade de conteúdo, examinando em que medida o instrumento traduz o fenómeno que se quer estudar, avaliando, deste modo, a pertinência de cada enunciado como parte do domínio e como componente representativo do conceito em estudo (Fachel & Camey, 2000; Fortin, 2000; Cassep-Borges, Balbinotti & Teodoro, 2010).

Tal como descrito anteriormente, nesta investigação um conjunto de especialistas com amplo conhecimento na área do conceito teórico investigado analisaram a clareza, a representatividade e a relevância dos itens do questionário, assegurando a sua validade de conteúdo.

A **validade de constructo**, ou validade concetual, é por excelência, a procura da utilidade científica do instrumento (Fortin, 2009). Este tipo de validade baseia-se em implicações teóricas associadas às construções, isto é, ao paradigma teórico (Cardoso, 2006).

As evidências necessárias para esse tipo de validade verificam as relações teóricas subjacentes ao constructo de um instrumento (Fortin, 2009) e 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 baseia-se na validade de constructo convergente (correlacionando as variáveis relacionadas) e na validade de constructo divergente discriminante (ausência de correlação com variáveis não relacionadas) (Cardoso, 2006).

O método mais comumente utilizado para o cálculo deste tipo de validade é a análise fatorial (Cardoso, 2006; Fortin, 2009), à qual se recorreu neste estudo. Esta consiste em identificar as unidades funcionais (fatores) constitutivas do questionário e o contributo de cada uma para o resultado global. Ao determinar se os enunciados se reagrupam em torno de um ou mais fatores permite a confirmação dos constructos do plano teórico (Fortin, 2009). Para Almeida e Freire (2008, p.199) “a carga fatorial de um item no fator, traduz em que medida esse item representa comportamentalmente um dado traço latente (validade), ou seja, a percentagem de covariância existente entre esse item e o respetivo fator.”

Por fim, a **validade de critério** que representa o grau de correlação entre um instrumento de medida e um outro instrumento (critério), suscetível de medir o mesmo fenómeno ou conceito. Intitula-se de critério a segunda medida que serve para avaliar o mesmo conceito e para determinar o grau de correlação (Moreira, 2004; Fortin *et al.*, 2009) e que pode ser

considerado o padrão de ouro, um teste de diagnóstico ou de referência já existente (Hsieh & Shannon, 2005).

Este tipo de validade não foi estimada neste estudo, por se desconhecer a existência de outro instrumento que servisse de comparação. No entanto, este aspeto não compromete o processo de validação pois, tal como refere Moreira (2004), a avaliação da validade não implica a utilização de todos os métodos e técnicas num mesmo processo, muito menos num único estudo. Mais recentemente, Dellinger e Leech (2007) concluíram que a validade de constructo, integra a validade de conteúdo e a validade de critério, pelo que se considerou que ambas foram asseguradas sem a necessidade de aplicação de outro instrumento de medida para comparação.

Os dados relativos à análise psicométrica (fidelidade e validade) são apresentados na secção dos resultados e discussão.

3.1.6 Procedimentos formais e éticos

Após a elaboração do projeto de pesquisa conducente a esta Dissertação, este estudo foi devidamente aprovado pela Universidade da Beira Interior (UBI).

O processo de tradução e adaptação cultural do SAQ - *Short Form 2006* iniciou-se com o pedido de autorização ao Professor Jason Etchegaray, que em conjunto com os autores da versão original do instrumento, Professor John Sexton e colaboradores, concederam a sua permissão via email (anexo II).

Seguidamente, e já com o objetivo de realizar a avaliação das propriedades psicométricas do questionário numa amostra da população portuguesa, foi realizado um pedido de autorização formal ao Conselho de Administração do CHCB, respetivos diretores de serviço das unidades clínicas e cirúrgicas e Comissão de Ética para aplicação do referido instrumento. De igual modo, foram obtidas as devidas autorizações por escrito (anexo III e IV).

Previamente à colheita de dados foram contactados os diretores, enfermeiros chefes e responsáveis de cada serviço no sentido de explicar a importância e os objetivos do estudo, tempo aproximado necessário para completar o questionário (5-15 minutos), esclarecer eventuais dúvidas e negociar o momento da entrega e da recolha do instrumento de colheita de dados.

Todos os questionários incluíram uma carta que descreveu o contexto e o objetivo do estudo (apêndice V), assim como, um envelope para selar no final do preenchimento.

O processo de colheita de dados respeitou os princípios éticos preconizados, sendo que todos os indivíduos que aceitaram participar no estudo o fizeram de forma intencional, anónima,

voluntária e informada. Uma vez que todos os participantes são profissionais a exercer funções no CHCB ficou dispensado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido servindo para o efeito o Consentimento Geral em vigor na instituição. Foi assumido o compromisso de garantia da confidencialidade dos dados e da não existência de quaisquer custos ou prejuízos para os participantes.

Alguns questionários foram distribuídos e recolhidos pelos responsáveis dos serviços ou por outros profissionais designados para o efeito, e os restantes foram entregues diretamente pela investigadora. Alguns profissionais responderam no momento, outros responderam posteriormente e devolveram o questionário em data pré-estabelecida.

A colheita de dados decorreu no período compreendido entre 13 de outubro e 14 de novembro de 2014. Durante este período, foi assíduo o contacto da investigadora com os vários profissionais, no sentido de esclarecer dúvidas. Verificou-se não terem existido dificuldades no preenchimento e interpretação das questões.

3.1.7 Procedimentos estatísticos

Os dados foram tratados e analisados estatisticamente mediante recurso ao programa informático *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 22 para *Windows*.

A estatística descritiva possibilitou a caracterização da amostra numa abordagem preliminar e dos itens do SAQ - *Short Form 2006 PT*, ao fornecer as tabelas de frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão). Os itens reversos foram formulados negativamente antes da análise. Os itens 24-28 subdivididos em dois sub-itens foram analisados como duas questões distintas resultando no total 41 itens.

A análise estatística inferencial permitiu o estudo das propriedades psicométricas (fidelidade e validade). Tendo em consideração a exatidão que o estudo exige optou-se por definir, para as análises inferenciais, um nível de significância de 0,05, ou seja, admissão de um erro de 5%.

Para o estudo de fidelidade foi determinado o α de *Cronbach*, o coeficiente de correlação item-total e o α de *Cronbach* com a eliminação de cada um dos itens do instrumento. Apesar da literatura científica a respeito das aplicações do coeficiente alfa nas diversas áreas do conhecimento ser ampla e abrangente, ainda não existe consenso entre os pesquisadores acerca da interpretação da fidelidade de um questionário obtida a partir do valor desse coeficiente. Não obstante, existe consenso de que o valor do coeficiente oscila entre 0,00 e 1,00, sendo que o valor mais elevado denota uma maior consistência interna (Devellis, 2003;

Cardoso, 2006; Terwee *et al.*, 2007; Fortin *et al.*, 2009). Neste estudo o valor será interpretado de acordo com a tabela 8.

Tabela 8 - Classificação da fidelidade a partir do coeficiente alfa de Cronbach.

Fidelidade	Muito baixa	Baixa	Moderada	Alta	Muito alta
Valor de α	$\alpha < 0,30$	$]0,30-0,60]$	$]0,60-0,75]$	$]0,75-0,90]$	$\alpha > 0,90$

Fonte: Adaptado de Freitas e Rodrigues (2005).

Quanto ao coeficiente de correlação (r) considera-se que varia entre 1,00 (correlação positiva perfeita) e -1,00 (correlação negativa perfeita), sendo que quanto mais o coeficiente se distancia de zero, mais forte é a relação e mais fiéis são os resultados do instrumento (Pereira, 2008; Fortin *et al.*, 2009).

A fidelidade foi também verificada através da reprodutibilidade do instrumento com a aplicação do teste-reteste. Para testar esta medida utilizou-se o coeficiente de correlação de *Pearson*. Este coeficiente varia entre 0,00 e 1,00 já que, embora teoricamente possíveis, não são de esperar correlações negativas. Um coeficiente de reprodutibilidade elevado significa que as medidas mudaram pouco entre a primeira e a segunda avaliação em que o questionário foi aplicado, isto é, que o instrumento mede a mesma característica ou fenómeno.

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.

Para a análise da validade de constructo, recorreu-se à análise fatorial confirmatória (AFC) através do software *Analysis of Moment Structures (AMOS)* versão 22. A AFC é um método que se usa quando há informação prévia sobre uma estrutura fatorial, que é preciso confirmar. Para tal, é necessário aferir se determinados fatores latentes são responsáveis pelo comportamento de determinadas variáveis observadas, na sequência de um padrão resultante de um estudo exploratório, ou de uma determinada teoria (Marôco, 2010b).

A AFC usa um tipo específico de equação estrutural 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, Anderson, Tatham & Black, 2006).

A validade de prossecução da sua aplicação foi efetuada através da avaliação de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e do teste de esfericidade de Bartlett. De acordo com Marôco (2010a), é uma medida de homogeneidade das variáveis que compara as correlações simples com as

correlações parciais observadas entre as variáveis. Na perspetiva do mesmo autor, as recomendações relativas a este teste são as dispostas na tabela seguinte.

Tabela 9 - Valores de referência para o KMO.

Valor de KMO	Recomendações relativamente à análise fatorial
]0,9-1,0]	Excelente
]0,8-0,9]	Boa
]0,7-0,8]	Média
]0,6-0,7]	Mediocre
]0,5-0,6]	Mau mas aceitável
≤0,5	Inaceitável

Fonte: Adaptado de Marôco (2010a).

Outra medida de fidelidade utilizada, calculável a partir dos resultados da AFC, foi a fidelidade compósita. A qualidade do ajustamento local foi avaliada pelos pesos fatoriais e pela fidelidade individual dos itens. A existência de *outliers* foi avaliada pela distância de Mahalanobis. A qualidade de ajustamento global do modelo fatorial foi feita de acordo com os índices e respetivos valores de referência, conforme Marôco (2010b):

- Teste de ajustamento de qui-quadrado (χ^2/df): teste à significância da função de discrepância minimizada durante o ajustamento do modelo. O nível de significância associado deverá ser superior a 0,05, χ^2/df é considerado muito bom se menor ou igual a 1, bom entre]1-2], sofrível entre]2-5] e mau se superior a 5.
- *Comparative Fit Index* (CFI): compara o ajustamento do modelo em estudo com graus de liberdade com o ajustamento do modelo basal com graus de liberdade. Considera-se muito bom se for igual ou superior a 0,95, bom entre [0,90-0,95[, sofrível entre [0,80-0,90[e mau se for inferior a 0,80.
- *Goodness of Fit Index* (GFI): explica a proporção da covariância entre as variáveis manifestas. Considera-se muito bom se for igual ou superior a 0,95, bom entre [0,90-0,95[, sofrível entre [0,80-0,90[e mau se for inferior a 0,80.
- *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA, $P[rmsea \leq 0,05]$): trata-se de uma medida que tenta corrigir a tendência da estatística qui-quadrado em rejeitar modelos com amostras de grandes dimensões. Considera-se muito bom se for igual ou inferior a 0,05, bom entre]0,05-0,10] e inaceitável se for superior a 0,10 ($p\text{-value} \geq 0,05$).

O ajustamento do modelo foi feito a partir dos índices de modificação (superiores a 11; $p < 0,001$) produzidos pelo AMOS, versão 22. Estes índices de modificação estimam a redução da estatística χ^2 do modelo, se um parâmetro fixo ou uma restrição de igualdade entre

parâmetros for libertado; se os erros de medida forem correlacionados; se novas trajetórias estruturais forem adicionadas, entre outros, isto após considerada a restimação do modelo e a variação dos graus de liberdade associada.

3.2 Resultados e discussão

Após a realização do processo de tradução e adaptação cultural do SAQ - Short Form 2006, foi realizado um estudo transversal que consistiu na aplicação do instrumento para avaliar as propriedades psicométricas e obter evidências sobre a sua fidelidade e validade.

Nesta secção são apresentados e discutidos os resultados relativos a este estudo tendo em consideração os objetivos definidos inicialmente. Para o efeito recorre-se ao uso de tabelas, salientando-se os resultados mais relevantes e significativos. Nas tabelas será omitida a fonte, a data e o local do estudo, uma vez que toda a informação se refere ao estudo previamente definido. A discussão crítica tem como base a reflexão sobre cada resultado, bem como a sua comparação com outros estudos de validação do mesmo questionário noutros países.

3.2.1 Caracterização da amostra

Neste estudo, a taxa de resposta foi de 91,0%, correspondendo a 623 questionários preenchidos em condições de serem tratados estatisticamente. Esta taxa de resposta é muito superior ao valor de referência internacional de 66,0-72,0% (Sexton *et al.*, 2006a), assim como, de outros estudos de validação do SAQ: 78,6% (Zimmermann *et al.*, 2013), 69,4% (Lee *et al.*, 2010), 68,0% (Deilkås & Hofoss, 2008), 67,5% (Kaya *et al.*, 2010), 63,0% (Göras *et al.*, 2013), 62,0% (Devriendt *et al.*, 2012), 61,2% (Nordén-Hägg *et al.*, 2010), 60,0% (Relihan *et al.*, 2009), 52,0% (Bondevik *et al.*, 2014) e, por fim, 31,5% (Kar & Hamid, 2013).

Quando a taxa de resposta é inferior a 60,0%, os dados recolhidos representam meras opiniões ao invés de perceções do clima de segurança, devendo os resultados ser interpretados com especial cuidado (Pronovost & Sexton, 2005). Tal não é compatível com a alta taxa de resposta verificada neste estudo, a qual irá produzir resultados sobre a perceção de 623 profissionais (com contacto direto com doentes) acerca do clima de segurança do CHCB.

Da mesma forma salienta-se o tamanho da amostra comparativamente a outros estudos de validação com amostras de dimensões mais reduzidas: 92 elementos (Reliahn *et al.*, 2009), 126 (Kar & Hamid, 2013), 237 (Göras *et al.*, 2013), 266 (Bondevick *et al.*, 2014) e 319 (Zimmermann *et al.*, 2013).

Tendo em conta que cada área possui um tecido social único, levando os profissionais que trabalham dentro da mesma área a responder de forma semelhante, e que o clima de segurança é específico de cada departamento (Sexton *et al.*, 2006a), o estudo decorreu em todos os serviços do hospital. A tabela 10 representa a distribuição da amostra pelos serviços,

tendo-se verificado uma repartição pela generalidade das áreas de intervenção, com maior incidência nos Serviços de Urgência Geral (6,6%), Medicina II (6,3%) e Especialidades Médicas (5,3%).

Tabela 10 - Distribuição da amostra de acordo com o serviço.

Serviço	N	%
Urgência Geral	41	6,6
Medicina II	39	6,3
Especialidades Médicas	33	5,3
Gastroenterologia	26	4,2
Consulta Externa	26	4,2
Imagiologia	25	4,0
Especialidades Cirúrgicas	24	3,9
Med. Reprod./Bloco de Partos	23	3,7
Laboratório	22	3,5
Farmácia	22	3,5
Cirurgia II	21	3,4
Medicina I	20	3,2
Serv. Reabilitação	20	3,2
UCI*	19	3,0
Bloco Operatório	18	2,9
Obstetrícia/Ginecologia	18	2,9
Psiquiatria	18	2,9
Imunohemoterapia	17	2,7
Pediatria	16	2,6
H. Dia e C. Ambulatório	16	2,6
Ortopedia	15	2,4
UAVC**	15	2,4
Urgência Pediátrica	15	2,4
Cirurgia I	15	2,4
Serv. Domiciliário	15	2,4
Exames Especiais	15	2,4
UCAD***	14	2,2
Neonatologia	13	2,1
Medicina Paliativa	13	2,1
VMER****	12	1,9
Serviço Social	11	1,8
Medicina III	6	1,0
Total	623	100,0

* Unidade de Cuidados Intensivos; ** Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais; *** Unidade de Cuidados Agudos Diferenciados; **** Viatura Médica de Emergência e Reanimação.

A amostra é maioritariamente do género feminino, com um total de 442 (70,9%) profissionais *versus* 181 (29,1%) profissionais do género masculino (tabela 11). Esta maior proporção vai de encontro aos dados de estudos que conduziram à validação do SAQ noutros países, onde o género feminino representou 74,4% no Brasil (Carvalho, 2011), 75,0% na versão belga-holandesa (Devriendt *et al.*, 2012), 74,8% na Malásia (Kar & Hamid, 2013), 87,2% na versão chinesa (Lee *et al.*, 2010), assim como, noutros estudos semelhantes (Mahfoozpour & Mojdehkar, 2010; Fernandes & Queirós, 2011; Costa, 2013).

Tabela 11 - Distribuição da amostra de acordo com o género.

Género	N	%
Feminino	442	70,9
Masculino	181	29,1
Total	623	100,0

De facto, o género feminino é predominante em muitas profissões da área da saúde devido a motivações culturais. Desde os primórdios, que o cuidado ao doente é uma atividade prioritariamente exercida por mulheres, nomeadamente por profissionais de enfermagem (Carvalho, 2007). Os dados estatísticos da Ordem dos Enfermeiros (2014) são elucidativos desta situação, pois no final de 2013, cerca de 82,0% dos enfermeiros no ativo são do género feminino.

Os autores originais do SAQ - *Short Form 2006* referem que a “regra de ouro” na aplicação do questionário consiste na sua aplicação a todos os profissionais dentro de uma área clínica, que influenciam ou são influenciados pelo ambiente de trabalho (Sexton *et al.*, 2006a). Desta forma, no presente estudo constituiu-se uma amostra heterogénea formada por todos os grupos profissionais com contacto direto com o doente, na esperança de que os resultados da validação se possam estender a uma ampla variedade de profissionais da saúde.

Assim, relativamente à função desempenhada (tabela 12), constatou-se que a amostra é maioritariamente constituída por enfermeiros (47,0%), seguidos pelos assistentes operacionais (22,3%), assistentes técnicos administrativos (10,1%), técnicos de diagnóstico e terapêutica (9,8%) e os médicos (5,3%). Pelo exposto, os enfermeiros são os profissionais com taxas de resposta mais alta e os médicos são os profissionais com taxas de resposta mais baixas. Resultados semelhantes verificaram-se em estudos de validação do SAQ noutros países (Deilkås & Hofoss, 2008; Lee *et al.*, 2010; Devriendt *et al.*, 2012; Zimmermann *et al.*, 2013; Bondevik *et al.*, 2014). Segundo Bondevik *et al.* (2014), estes resultados podem traduzir um aumento do interesse na criação de um ambiente de trabalho positivo e seguro por parte dos enfermeiros. Em contrapartida, no estudo de Carvalho (2011), os técnicos e assistentes

operacionais foram os profissionais que mais preencheram o questionário, com um total de 56,2%, seguido dos enfermeiros com 15,0% e dos médicos com 13,6%.

Tabela 12 - Distribuição da amostra de acordo com a função desempenhada.

Função	N	%
Enfermeiro	293	47,0
Assistente Operacional	139	22,3
Assistente Técnico Administrativo	63	10,1
Técnico de Diag. e Terapêutica	61	9,8
Médico	33	5,3
Técnico Superior de Saúde	21	3,4
Técnico Superior não Saúde	13	2,1
Total	623	100,0

Tendo em conta a área de atuação, a maioria da amostra (60,0%) presta cuidados a adultos, e 32,9% a crianças. Apenas uma pequena percentagem (7,1%) trabalha em ambas as áreas de atuação.

Relativamente ao tempo de atuação dos profissionais, obedeceu-se às faixas pré-definidas pelos autores do questionário, e verificou-se que a maioria dos profissionais apresentam um tempo de atuação no serviço entre 11 a 20 anos (38,2%) e entre 5 a 10 anos (22,5%). Salienta-se que 81,1% dos profissionais trabalham há mais de 5 anos no serviço e que apenas 3,9% desempenham funções no serviço há menos de 6 meses (tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição da amostra de acordo com o tempo de atuação no serviço.

Tempo de atuação no serviço	N	%	% cumulativa
Menos de 6 meses	24	3,9	3,9
6 a 11 meses	35	5,6	9,5
1 a 2 anos	27	4,3	13,8
3 a 4 anos	32	5,1	18,9
5 a 10 anos	140	22,5	41,4
11 a 20 anos	238	38,2	79,6
21 ou mais	127	20,4	100,0
Total	623	100,0	

O CHCB, enquanto Centro Hospitalar, existe há 14 anos o que justifica o maior número de profissionais com tempo de atuação no serviço entre 11 a 20 anos. Nos anos seguintes à sua

inauguração (em 2000), o hospital contratou e realizou novos concursos para dar resposta ao aumento significativo do número de camas (com a transição de um Hospital Distrital para Centro Hospitalar), verificando-se assim um valor significativo de profissionais com tempo de atuação entre 5 a 10 anos. Mais recentemente, devido à atual conjectura política e respetivas limitações orçamentais, o número de contratação de novos profissionais é muito limitado, o que explica o baixo número de profissionais a exercer funções há menos de 4 anos (18,9%).

Após a caracterização da amostra, considera-se pertinente realizar uma análise descritiva do SAQ - Short Form 2006 PT e respetivas dimensões.

3.2.2 Análise descritiva do SAQ - Short Form 2006 PT

A análise descritiva do SAQ - Short Form 2006 PT foi realizada pelo cálculo das respostas dos profissionais aos 41 itens e pela média das respostas aos itens após a inversão dos itens reversos (indicados com R).

Ao realizar-se a análise em termos percentuais (tabela 14) pode-se observar que, a maioria dos profissionais respondeu “concordo parcialmente” e “concordo totalmente” aos itens do instrumento. Desta forma, a maioria das respostas tendeu para o lado favorável do questionário, o que reflete uma atitude positiva para a segurança do doente (Bondevik *et al.*, 2014).

Para concretizar esta afirmação, analisou-se a tabela e constatou-se que quatro itens apresentaram 50,0% ou mais das respostas positivas concentradas no item “concordo totalmente”, tal é o caso dos itens: 5 (“É fácil para os profissionais que atuam neste serviço colocarem questões quando não compreendem algo”), 15 (“Gosto do meu trabalho”), 18 (“Tenho orgulho em trabalhar neste serviço”) e 20 (“Quando a minha carga de trabalho se torna excessiva, o meu desempenho é prejudicado”).

O contrário foi observado nos itens reversos (itens 2, 11 e 36) e nos itens da dimensão Perceção da Gestão (itens 24 a 29), os quais apresentaram uma percentagem significativa de respostas concentradas em “discordo totalmente” ou “discordo parcialmente”. Estes dados são muito semelhantes aos obtidos na validação da versão brasileira por Carvalho (2011).

Apesar das diferenças culturais que podem existir entre a presente amostra e a de outros estudo que aplicaram o SAQ (Raftopoulos *et al.* 2011; Rigobello *et al.*, 2012), os itens 5 e 15 estão entre os que apresentam mais respostas positivas e os relativos à perceção da gestão, nomeadamente o item 29 (“O número de profissionais neste serviço é suficiente para tratar o número de doentes”) os que revelam maior número de respostas negativas em relação ao clima de segurança.

No que refere às dimensões, descrevem-se agora, os resultados mais importantes da tabela 14 tendo em conta a soma dos valores concordantes (concordo parcialmente e concordo totalmente) e a soma dos valores discordantes (discordo parcialmente e discordo totalmente).

Tabela 14 - Frequência das respostas ao SAQ - Short Form 2006 PT.

Itens (N=623)	DT N (%)	DP N (%)	I N (%)	CP N (%)	CT N (%)	NA N (%)
1	20 (3,2)	52 (8,3)	43 (6,9)	276 (44,3)	198 (31,8)	34 (5,5)
2R	68 (10,9)	165 (26,5)	49 (7,9)	188 (30,2)	140 (22,5)	13 (2,1)
3	22 (3,5)	98 (15,7)	45 (7,2)	244 (39,2)	208 (33,4)	6 (1,0)
4	13 (2,1)	44 (7,1)	31 (5,0)	260 (41,7)	255 (40,9)	20 (3,2)
5	14 (2,2)	47 (7,5)	34 (5,5)	209 (33,5)	316 (50,7)	3 (0,5)
6	19 (3,0)	107 (17,2)	34 (5,5)	249 (40,0)	156 (25,0)	58 (9,3)
7	18 (2,9)	45 (7,2)	34 (5,5)	239 (38,4)	273 (43,8)	14 (2,2)
8	21 (3,4)	77 (12,4)	53 (8,5)	273 (43,8)	190 (30,5)	9 (1,4)
9	5 (0,8)	35 (5,6)	25 (4,0)	249 (40,0)	302 (48,5)	7 (1,1)
10	38 (6,1)	102 (16,4)	61 (9,8)	250 (40,1)	157 (25,2)	15 (2,4)
11R	74 (11,9)	188 (30,2)	64 (10,3)	183 (29,4)	106 (17,0)	8 (1,3)
12	15 (2,4)	59 (9,5)	107 (17,2)	211 (33,9)	210 (33,7)	21 (3,4)
13	16 (2,6)	89 (14,3)	99 (15,9)	241 (38,7)	162 (26,0)	16 (2,6)
14	61 (9,8)	113 (18,1)	201 (32,3)	156 (25,0)	49 (7,9)	43 (6,9)
15	2 (0,3)	11 (1,8)	27 (4,3)	114 (18,3)	467 (75,0)	2 (0,3)
16	36 (5,8)	79 (12,7)	81 (13,0)	235 (37,7)	186 (29,9)	6 (1,0)
17	11 (1,8)	44 (7,1)	61 (9,8)	217 (34,8)	290 (46,5)	0 (0,0)
18	10 (1,6)	25 (4,0)	66 (10,6)	201 (32,3)	320 (51,4)	1 (0,2)
19	43 (6,9)	108 (17,3)	81 (13,0)	232 (37,2)	154 (24,7)	5 (0,8)
20	25 (4,0)	49 (7,9)	32 (5,1)	197 (31,6)	313 (50,2)	7 (1,1)
21	32 (5,1)	46 (7,4)	41 (6,6)	210 (33,7)	289 (46,4)	5 (0,8)
22	24 (3,9)	60 (9,6)	39 (6,3)	227 (36,4)	263 (42,2)	10 (1,6)
23	45 (7,2)	71 (11,4)	50 (8,0)	163 (26,2)	176 (28,3)	118(18,9)
24a	78 (12,5)	95 (15,2)	145 (23,3)	169 (27,1)	129 (20,7)	7 (1,1)
24b	125 (20,1)	99 (15,9)	197 (31,6)	134 (21,5)	48 (7,7)	20 (3,2)
25a	39 (6,3)	92 (14,8)	136 (21,8)	172 (27,6)	166 (26,6)	18 (2,9)
25b	53 (8,5)	94 (15,1)	163 (26,2)	167 (26,8)	127 (20,4)	19 (3,0)
26a	43 (6,9)	101 (16,2)	139 (22,3)	206 (33,1)	125 (20,1)	9 (1,4)
26b	72 (11,6)	114 (18,3)	158 (25,4)	204 (32,7)	63 (10,1)	12 (1,9)
27a	77 (12,4)	122 (19,6)	158 (25,4)	158 (25,4)	90 (14,4)	18 (2,9)
27b	86 (13,8)	134 (21,5)	200 (32,1)	131 (21,0)	48 (7,7)	24 (3,9)
28a	42 (6,7)	99 (15,9)	130 (20,9)	220 (35,3)	125 (20,1)	7 (1,1)
28b	62 (10,0)	104 (16,7)	171 (27,4)	210 (33,7)	65 (10,4)	11 (1,8)
29	158 (25,4)	175 (28,1)	39 (6,3)	158 (25,4)	86 (13,8)	7 (1,1)
30	77 (12,4)	122 (19,6)	77 (12,4)	218 (35,0)	115 (18,5)	14 (2,2)
31	42 (6,7)	121 (19,4)	72 (11,6)	207 (33,2)	90 (14,4)	91 (14,6)
32	54 (8,7)	102 (16,4)	68 (10,9)	182 (29,2)	165 (26,5)	52 (8,3)
33	10 (1,6)	28 (4,5)	52 (8,3)	197 (31,6)	294 (47,2)	42 (6,7)
34	8 (1,3)	49 (7,9)	50 (8,0)	260 (41,7)	246 (39,5)	10 (1,6)
35	6 (1,0)	35 (5,6)	93 (14,9)	191 (30,7)	222 (35,6)	76 (12,2)
36R	73 (11,7)	181 (29,1)	71 (11,4)	182 (29,2)	95 (15,2)	21 (3,4)

DT= Discordo Totalmente; DP= Discordo Parcialmente; I= Indiferente; CP= Concordo Parcialmente; CT= Concordo Totalmente; NA= Não Aplicável. Os itens com R são reversos.

Nos itens relativos ao **Clima de trabalho em equipa** (itens 1 a 6) é possível constatar que para 84,2% dos profissionais é fácil colocarem questões quando não compreendem algo (item 5), sendo que 82,6% referem ter o apoio de que necessitam por parte de outros profissionais na prestação de cuidados ao doente (item 4). Estes dados atestam a favor de um clima de trabalho em equipa favorável.

No âmbito do **Clima de segurança** (itens 7 a 19), a grande maioria (88,5%) tem conhecimento dos meios adequados para direcionar as questões relacionadas com a segurança do doente (item 9) e 74,3% referem que os erros dos profissionais são tratados de forma adequada (item 8). No entanto, apesar de 64,7% dos profissionais considerar que a cultura no serviço propicia a aprendizagem com os erros dos outros (item 13), 46,4% referem que é difícil discutir os erros (item 11). Esta dissonância sugere que existem elementos importantes subjacentes a um clima seguro que estão a falhar, nomeadamente o relato e a notificação de eventos adversos (Bógnar *et al.*, 2008). A este propósito a Ordem dos Enfermeiros (2010) refere que a comunicação de erros deve ser o primeiro passo no processo de redução dos mesmos, porém a reação comum é humilhar e castigar, no entanto, essa não é uma forma efetiva de evitar que o erro se repita. Desta forma e segundo Junior *et al.* (2010, p. 44), "deve ser substituída a cultura de culpa e punição, por uma cultura de vigilância e cooperação que facilite a implementação de sistemas de notificação e aprendizagem".

Estes dados evidenciam que ainda existem falhas significativas no clima de segurança do doente, impedindo que o assunto seja discutido de modo positivo e não depreciativo, por meio de uma ação conjunta de todos os profissionais, visando a melhoria do cuidado em saúde e a redução de riscos para o doente.

Em relação à **Satisfação no trabalho** (itens 15 a 19) vale ressaltar que foi demonstrada pela maioria dos participantes do estudo, pois 93,3% gostam do seu trabalho (item 15); 83,7% têm orgulho no serviço onde desempenham funções (item 18) e 81,3% concordam que o serviço onde trabalham é um bom local para trabalhar (item 17). Tal como referem Hoch *et al.* (2010) isso reflete a confiança que os profissionais sentem do seu próprio local de trabalho, considerado o espelho das suas atitudes. Ainda no que refere a esta dimensão, 61,9% dos profissionais consideram que a moral no serviço é alta (item 19), o que reflete uma atitude emocional favorável do indivíduo para com as expectativas e a lealdade para como o grupo. Estes dados contrariam os resultados do estudo de Bógnar *et al.* (2008) onde a maioria dos profissionais concorda que a moral é baixa.

Quanto ao **Reconhecimento do stress** (itens 20 a 23), 81,8% revelam que quando a carga de trabalho se torna excessiva, o desempenho é prejudicado (item 20) e 78,6% consideram ter maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis (item 22). No entanto, 18,6% discordaram da afirmação "A fadiga influencia o meu desempenho em situações de

emergência” (item 23). O mesmo se verificou no estudo de Rigobello *et al.* (2012) onde a cansaço dos profissionais não é determinante em situações de emergência.

Em relação à **Perceção da gestão** (itens 24 a 29), a maioria dos profissionais (53,2%) concordou que a administração do serviço está a fazer um bom trabalho (item 26a), enquanto 45,4% dos profissionais discordaram ou mostraram indiferença. Em relação à administração do hospital 42,8% consideram que está a fazer um bom trabalho (item 26b), face a 55,3% que discordam ou estão indiferentes. Quanto ao item 24a “A administração do serviço apoia os meus esforços diários”, 27,7% discordaram e 23,3% preferiram a neutralidade. A mesma questão em relação à administração do hospital (item 24b) obteve 36,0% de respostas não concordantes e 31,6% de indiferentes.

Ainda na dimensão Perceção da gestão, a maioria (53,5%) expressou que o número de profissionais no serviço não é suficiente para tratar o número de doentes (item 29). Estes resultados estão em conformidade com outros estudos realizados noutros países (Bógnar *et al.*, 2008; Carvalho, 2011; Rigobello *et al.*, 2012) e estão diretamente relacionados com o item 20 da dimensão anterior.

Segundo Sousa, Uva e Serranheira (2010), diversos fatores da situação de trabalho tal como a carga de trabalho devido a insuficiente *staff*, podem contribuir para a fadiga dos profissionais o que se irá repercutir na fiabilidade esperada e conseqüentemente na segurança do doente. Também Pascale e Gurses (2008) referem que a carga de trabalho pode influenciar a decisão na prestação de cuidados, reduzir o tempo gasto na comunicação quer com o doente, quer com os outros profissionais e reduzir a atenção das equipas para funções críticas de segurança, podendo criar condições predisponentes para erros. Na verdade, existe uma evidência crescente de que os eventos adversos estão correlacionados com níveis inadequados de profissionais (Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart & Zelevinsky, 2002; Ordem dos Enfermeiros, 2006), considerando-se um fator a otimizar.

Finalmente, uma percentagem significativa dos profissionais (44,4%) concorda que são comuns falhas de comunicação que levam a atrasos na prestação de cuidados (item 36). A comunicação é essencial para a eficiência do trabalho, para um desempenho de alta qualidade e para um trabalho seguro. É considerada fundamental para a *performance* da instituição e é o elo que cimenta o relacionamento em equipa (Fragata, 2006). Fornece relações de conhecimento, estabelece padrões de comportamento e é vital para a liderança e trabalho em equipa (Flin *et al.*, 2009). Porém quando existem falhas, a segurança do doente é afetada. Hindle, Haraga, Radu e Yazbeck (2008) referem a este propósito que um dos grandes obstáculos para a melhoria da segurança do doente é efetivamente a falta de comunicação entre profissionais, a qual está entre as principais causas de acidentes e eventos adversos com o doente. No mesmo sentido, Santos, Grilo, Andrade, Guimarães e Gomes (2010)

salientam que falhas na comunicação podem pôr em causa o diagnóstico e a segurança do doente, conduzir à não continuidade de cuidados, a tratamentos ou procedimentos errados, inadequados ou pouco eficazes, com potenciais efeitos negativos para o doente.

A análise de 2.455 eventos sentinela relatados ao *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) nos EUA (JCAHO, 2008) revelou que a causa primária em mais de 70,0% dos casos foi falha de comunicação. Um estudo realizado em 28 Hospitais Australianos citado por Santos *et al.* (2010) concluiu que as falhas de comunicação provocavam duas vezes mais mortes que a ineficiência clínica.

Face ao exposto, uma prestação de cuidados segura requer uma comunicação eficaz entre todos os profissionais, com diferentes funções, formação, experiência e perspetivas sobre o cuidado (Flin *et al.*, 2009), onde o envolvimento ativo do doente não deve ser esquecido (Santos *et al.*, 2010). Desta forma, é imperativo que se envidem esforços nesta área. Carapeto e Fonseca (2006) preconizam o desenvolvimento contínuo de atividades que criem nos membros da organização, sentimentos de lealdade estabelecendo processos de comunicação bidirecional que estimulem e otimizem um clima de confiança, conduzindo-os à qualidade.

Relativamente às respostas assinaladas com “Indiferente”, a maioria relaciona-se com os itens da Perceção da gestão numa percentagem que varia entre 20,9% e 32,1%. Uma possível explicação pode estar relacionada com a estrutura hierárquica e de cultura dos hospitais europeus, em que a administração está mais longe dos prestadores de cuidados e pode, portanto ser mais difícil para os profissionais comentarem o seu desempenho (Zimmermann *et al.*, 2013).

Os itens 23 (“A fadiga influencia o meu desempenho em situações de emergência”), 31 (“Toda a informação necessária para as decisões diagnósticas e terapêuticas é-me disponibilizada de forma sistemática”) e 35 (“Vivencio boa colaboração com os(as) farmacêuticos(as) neste serviço”) apresentaram a maior percentagem de respostas “Não aplicável”, com 18,9%, 14,6% e 12,2% respetivamente. Estes resultados são explicados pelo facto de nem todos os profissionais que responderam ao questionário terem experiência em situações de emergência, desempenharem funções de diagnóstico de terapêutica e atuarem em colaboração com os farmacêuticos, tal é o caso, por exemplo, dos assistentes técnicos administrativos e dos técnicos superiores não saúde.

Na tabela 15 são apresentadas as estatísticas descritivas para cada item, tendo em conta a padronização das respostas numa escala de 1 a 5, onde 1 corresponde a “discordo totalmente” e 5 a “concordo totalmente”.

Tabela 15 - Análise descritiva dos itens do SAQ - Short Form 2006 PT.

Itens (N=623)	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
1. As sugestões dos(as) enfermeiros(as) são bem recebidas neste serviço.	3,98	1,03	4,00	1,00	5,00
2. (R) Neste serviço, é difícil falar livremente se me aperceber de um problema com a prestação de cuidados ao doente.	3,27	1,37	4,00	1,00	5,00
3. As divergências neste serviço são resolvidas adequadamente (i.e, não se trata de quem está certo, mas do que é melhor para o doente).	3,84	1,16	4,00	1,00	5,00
4. Tenho o apoio de que necessito por parte de outros profissionais na prestação de cuidados ao doente.	4,16	0,97	4,00	1,00	5,00
5. É fácil para os profissionais que atuam neste serviço colocarem questões quando não compreendem algo.	4,24	1,01	5,00	1,00	5,00
6. Os(as) médicos(as) e enfermeiros(as) deste serviço trabalham em conjunto como uma equipa bem coordenada.	3,74	1,15	4,00	1,00	5,00
7. Sentir-me-ia seguro se fosse tratado aqui como doente.	4,16	1,02	4,00	1,00	5,00
8. Os erros dos profissionais são tratados de forma adequada neste serviço.	3,87	1,09	4,00	1,00	5,00
9. Conheço os meios adequados para direcionar as questões relacionadas com a segurança do doente neste serviço.	4,31	0,86	4,00	1,00	5,00
10. Recebo <i>feedback</i> adequado acerca do meu desempenho.	3,63	1,21	4,00	1,00	5,00
11. (R) Neste serviço é difícil discutir os erros.	3,10	1,33	3,00	1,00	5,00
12. Sou encorajado pelos meus colegas a reportar qualquer preocupação que eu possa ter com a segurança do doente.	3,90	1,07	4,00	1,00	5,00
13. A cultura neste serviço faz com que seja fácil aprender com os erros dos outros.	3,73	1,09	4,00	1,00	5,00
14. As minhas sugestões acerca da segurança seriam postas em prática caso fossem manifestadas à Administração.	3,03	1,11	3,00	1,00	5,00
15. Gosto do meu trabalho.	4,66	0,68	5,00	1,00	5,00
16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família.	3,73	1,18	4,00	1,00	5,00
17. Este é um bom local para trabalhar.	4,17	0,99	4,00	1,00	5,00
18. Tenho orgulho em trabalhar neste serviço.	4,28	0,92	5,00	1,00	5,00
19. A moral neste serviço é alta.	3,56	1,23	4,00	1,00	5,00
20. Quando a minha carga de trabalho se torna excessiva, o meu desempenho é prejudicado.	4,18	1,10	5,00	1,00	5,00
21. Sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado.	4,10	1,14	4,00	1,00	5,00

(continua)

Itens (N=623) (continuação)	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
22. Tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.	4,05	1,11	4,00	1,00	5,00
23. A fadiga influencia o meu desempenho em situações de emergência.	3,70	1,31	4,00	1,00	5,00
24a. A Administração do serviço apoia os meus esforços diários.	3,29	1,30	3,00	1,00	5,00
24b. A Administração do hospital apoia os meus esforços diários.	2,80	1,22	3,00	1,00	5,00
25a. A Administração do serviço não compromete de forma consciente a segurança do doente.	3,55	1,22	4,00	1,00	5,00
25b. A Administração do hospital não compromete de forma consciente a segurança do doente.	3,37	1,22	3,00	1,00	5,00
26a. A Administração do serviço está a realizar um bom trabalho.	3,43	1,19	4,00	1,00	5,00
26b. A Administração do hospital está a realizar um bom trabalho.	3,12	1,18	3,00	1,00	5,00
27a. Profissionais problemáticos são tratados de forma construtiva pela Administração do serviço.	3,10	1,25	3,00	1,00	5,00
27b. Profissionais problemáticos são tratados de forma construtiva pela Administração do hospital.	2,87	1,15	3,00	1,00	5,00
28a. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar o meu trabalho, da Administração do serviço.	3,47	1,18	4,00	1,00	5,00
28b. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar o meu trabalho, da Administração do hospital.	3,18	1,15	3,00	1,00	5,00
29. O número de profissionais neste serviço é suficiente para tratar o número de doentes.	2,74	1,44	2,00	1,00	5,00
30. Este hospital realiza um bom trabalho na formação de novos profissionais.	3,28	1,32	4,00	1,00	5,00
31. Toda a informação necessária para as decisões diagnósticas e terapêuticas é-me disponibilizada de forma sistemática.	3,34	1,22	4,00	1,00	5,00
32. Os estagiários na minha profissão são adequadamente supervisionados.	3,53	1,32	4,00	1,00	5,00
33. Vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros(as) neste serviço.	4,27	0,93	5,00	1,00	5,00
34. Vivencio boa colaboração com os(as) médicos(as) neste serviço.	4,12	0,95	4,00	1,00	5,00
35. Vivencio boa colaboração com os(as) farmacêuticos(as) neste serviço.	4,08	0,96	4,00	1,00	5,00
36. (R) São comuns falhas de comunicação que levam a atrasos na prestação de cuidados.	3,07	1,31	3,00	1,00	5,00

Observa-se que as respostas variaram entre “discordo totalmente” (1) e “concordo totalmente” (5) em todos os itens. A mediana variou entre “discordo parcialmente” (2) e “concordo totalmente” (5), enquanto a média variou entre 2,74 (DP=1,44) e 4,66 (DP=0,68),

valores correspondentes aos itens 29 (“O número de profissionais neste serviço é suficiente para tratar o número de doentes”) e 15 (“Gosto do meu trabalho”), respetivamente.

A maioria dos itens apresentou mediana quatro. Os itens 5 (“É fácil para os profissionais que atuam neste serviço colocarem questões quando não compreendem algo”), 15 (“Gosto do meu trabalho”), 18 (“Tenho orgulho em trabalhar neste serviço”), 20 (“Quando a minha carga de trabalho se torna excessiva, o meu desempenho é prejudicado”) e 33 (“Vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros(as) neste serviço”) apresentaram mediana cinco, ou seja, metade dos profissionais concordou totalmente com esses itens e a outra metade optou pelas outras hipóteses de resposta. Os itens relacionados com a dimensão Perceção da gestão apresentaram, na sua maioria, mediana três. Salienta-se que o item 29 (“O número de profissionais neste serviço é suficiente para tratar o número de doentes”) é o único que apresentou mediana dois. Estes dados ratificam os resultados obtidos por Sexton *et al.* (2006a) e Carvalho (2011), tendo sido discutidos na análise da tabela anterior.

No sentido de determinar a perceção dos profissionais quanto ao clima de segurança, foram determinados os *scores* para o SAQ e respetivas dimensões. Cada item da escala de *Likert* de 5 pontos foi convertido de acordo como o seguinte: 1 = 0, 2 = 25, 3 = 50, 4 = 75, e 5 = 100, transformando os *scores* em variáveis contínuas. O cálculo para cada dimensão foi realizado com base na fórmula $(m - 1) \times 25$, onde *m* é a média dos itens da dimensão em questão, variando no intervalo [0,100]. Valores maiores que 75 significam uma forte concordância dos profissionais quanto às questões de segurança do doente, traduzindo um clima de segurança positivo (Sexton *et al.*, 2006a). A hipótese de resposta “Não aplicável” foi considerada como dado preenchido por apresentar significado para o instrumento. No entanto, não participou dos cálculos da média e *score* total e respetivas dimensões.

A tabela 16 apresenta, a média e o desvio padrão, a mediana, o mínimo e o máximo para o SAQ total e para cada dimensão. A média e a mediana do SAQ total foram 67,03 (DP=14,20) e 68,13, respetivamente, o que indica uma perceção positiva do clima de segurança. Embora aquém dos desejáveis 75,00 (indicativos do forte clima de segurança), o estudo reflete atitudes positivas face à segurança do doente acima do padrão internacional (60,00) e de outros estudos que utilizaram o SAQ (Relihan *et al.*, 2009; Lee *et al.*, 2010; Carvalho, 2011; Raftopoulos *et al.*, 2011).

Por dimensão, a média variou entre 54,55 (dimensão Perceção da gestão) e 77,08 (Satisfação no trabalho) e a mediana entre 54,55 e 81,25 (dimensão Perceção da gestão e Reconhecimento do *stress*, respetivamente).

Tabela 16- Análise descritiva do SAQ - Short Form 2006 PT e dimensões e comparação com benchmark internacional.

SAQ total e Dimensões	Média Bench-mark*	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
SAQ total	60,00	67,03	14,20	68,13	16,25	97,50
Clima de trabalho em equipa	68,50	72,07	17,72	75,00	16,67	100,00
Clima de segurança	65,90	70,44	17,01	71,43	0,00	100,00
Satisfação no trabalho	63,60	77,08	20,38	80,00	5,00	100,00
Reconhecimento do stress	67,80	75,69	23,28	81,25	0,00	100,00
Perceção da gestão	46,40	54,55	21,19	54,55	0,00	100,00
Condições de trabalho	55,90	60,06	26,21	64,58	0,00	100,00

*Sexton *et al.* (2006a)

Em contrapartida, as dimensões que revelaram atitudes mais positivas de segurança foram distintas noutros estudos. Assim, na pesquisa de Relihan *et al.* (2009) foram o Reconhecimento do stress (74,7) e o Clima de trabalho em equipa (73,7) e nos estudos de Nordén-Hägg *et al.* (2010) e Raftopoulos *et al.* (2011) foram o Clima de trabalho em equipa (83,20 e 82,62 respetivamente) e a Satisfação no trabalho (82,62 e 66,20, respetivamente). Em conformidade com os estudos de Carvalho (2011), Raftopoulos *et al.* (2011) e Rigobello *et al.* (2012) a dimensão Satisfação no trabalho esteve acima de 75,00.

Saliente-se que todas as dimensões obtiveram valores significativamente superiores à referência internacional, no entanto, a dimensão Perceção da gestão foi a que apresentou atitudes menos positivas tal como na maioria dos estudos de validação do SAQ (Sexton *et al.*, 2006a; Deilkås & Hofoss, 2008; Relihan *et al.*, 2009; Nordén-Hägg *et al.*, 2010; Carvalho, 2011; Raftopoulos *et al.*, 2011). Em seguida, analisam-se cada uma das dimensões em particular.

O resultado para o Clima de trabalho em equipa sugere que os profissionais deste estudo têm atitudes significativamente mais positivas do que a referência internacional (72,07 *versus* 68,50), tendo sido a terceira dimensão com o score mais alto.

As equipas são cada vez mais uma característica da vida organizacional, pois quase todo o trabalho na área da saúde é realizado por grupos interdisciplinares. O trabalho em equipa é um processo dinâmico afetado por características estruturais, que incluem o número de membros da equipa, bem como a hierarquia de status, papéis e normas aceites dentro da organização (Flin *et al.*, 2009).

Em consonância com os resultados obtidos, o clima de trabalho em equipa tem sido reconhecido como um fator importante para a segurança do doente, e a sua perceção está relacionada com a qualidade dos cuidados prestados (Manser, 2009). Fornecendo evidências quantitativas de uma ligação direta entre o trabalho em equipa e os resultados para o doente, Mazzocco *et al.* (2009) e Haynes *et al.* (2011) referem que quando o trabalho em equipa é pouco frequente, os doentes estão mais propensos à experiência de morte ou complicações *major*.

Por outro lado, Sexton e Thomas (2005) salientam que nas equipas com fraco clima de trabalho em equipa, as informações são pobres, a qualidade da colaboração é abismal, os profissionais não se sentem confortáveis para falar quando se apercebem de problemas na assistência ao doente e os níveis de absentismo são consideráveis. Por seu lado, nas equipas onde predomina o trabalho em equipa, tal como verificado no presente estudo, as informações são ricas, existe boa colaboração entre os profissionais, os conflitos são resolvidos eficazmente, existindo melhores condições de trabalho e elevados níveis de retenção. Estas equipas têm uma postura pró-ativa, ao invés de reativa, perante a segurança do doente.

Desta forma, é inquestionável que, promover o trabalho em equipa é determinante para a segurança do doente (Speroff *et al.*, 2010). Assim, apesar dos resultados positivos alcançados neste estudo, consideramos essencial que se continuem a mobilizar esforços no sentido de desenvolver, recursos humanos, técnicos e financeiros a fim de construir e reforçar a capacidade de formação e investigação nesta área, com o intuito de otimizar os resultados alcançados.

No que refere à dimensão **Clima de segurança**, os resultados indicam uma atitude mais positiva em relação ao compromisso organizacional com a segurança (70,44), quando comparados ao *benchmark* internacional (65,90).

De acordo com Sexton *et al.* (2006b), o clima de segurança está diretamente relacionado com o compromisso dos líderes das unidades de saúde com a segurança do doente, e com a forma como as questões de segurança são geridas. Também Hahn e Murphy (2008), demonstraram que o clima de segurança tem uma forte relação com a comunicação levada a cabo pela gestão e conseqüentemente com a existência de *feedback* eficazes acerca da segurança.

Numa outra perspetiva e à semelhança do descrito anteriormente, mudanças positivas no clima de segurança correlacionam-se com comportamentos seguros e de cidadania organizacional (Sexton, Grillo, Fullwood & Pronovost, 2009) e com melhoria na morbilidade e mortalidade dos doentes (Haynes *et al.*, 2011). Por conseguinte, sugere-se a otimização

progressiva de atitudes nesta área, as quais, devem incluir, inevitavelmente, a intervenção pró-ativa da gestão na melhoria na segurança do doente.

A **Satisfação no trabalho** foi a dimensão que registou a média mais alta neste estudo (77,08), revelando a perceção de um clima positivo quanto à moral dos profissionais, orgulho na organização e satisfação geral no trabalho (Relihan *et al.*, 2009). Estes fatores são determinantes para uma prestação de cuidados seguros e de qualidade, pois tal como refere Hoch *et al.* (2010) os profissionais tendem a prestar cuidados e estabelecer rotinas seguras quando estão satisfeitos com o trabalho que realizam, ou seja, o profissional sente-se bem e transmite confiança e credibilidade ao doente.

Uma vez que estes dados indiciam a existência de um potencial elevado de predisposição profissional no ambiente dos cuidados, existe a convicção de que a satisfação no trabalho deve ser explorada e aproveitada nos processos de gestão do risco e de melhoria contínua da qualidade.

Comparativamente, atitudes favoráveis também foram encontradas em relação ao **Reconhecimento do stress**. Uma média de 75,69 para esta dimensão sugere os profissionais têm consciência de que fatores como, a fadiga, carga de trabalho excessiva e situações tensas/hostis são condições que fomentam o erro. Atitudes relativas a esta dimensão são indicativas do grau em que as pessoas se colocam em condições de indução de erro (Sexton *et al.*, 2000; Modak *et al.*, 2007).

A tensão é determinada pelo equilíbrio entre a perceção das exigências impostas sobre a pessoa (por exemplo, a carga de trabalho) e a forma como esta julga os recursos disponíveis para lidar com essas exigências (por exemplo, experiência e habilidades). Quando as exigências percebidas superam os recursos percebidos, o indivíduo pode sentir efeitos desagradáveis como ansiedade ou indisposição, falta de concentração, irritabilidade e *stress*. Associado a estas reações individuais crescem repercussões organizacionais que condicionam o desempenho, como redução da produtividade, alta rotatividade do pessoal, aumento do número de acidentes e do absentismo (Flin *et al.*, 2009).

Um ambiente onde os profissionais estão vulneráveis a fatores *stressores*, como: falhas na comunicação, falta de apoio dos gestores, incerteza nos objetivos de trabalho, baixa interação entre profissionais, falta de clareza sobre as responsabilidades e o cansaço físico, propicia erros e diminui a qualidade da assistência no processo de cuidado seguro ao doente (Flin *et al.*, 2009; Hoch *et al.*, 2010; Taylor & Pandian, 2013). Também Goleman (2005) considera que esta condição leva ao acumular de exaustão e como consequência à má qualidade de trabalho e à predisposição para o erro. Exemplo disso, é o estudo de Taylor *et al.*, 2012, onde o reconhecimento crescente do *stress* foi associado com um aumento de 1,5

para 3 vezes na probabilidade de acidentes, como quedas dos doentes, erros de medicação e úlceras de decúbito.

Pelo exposto, o reconhecimento do *stress* entre os prestadores de cuidados é de grande importância e relevância para a segurança do doente, e como tal, as organizações devem enquadrar esta problemática entre as prioridades de gestão, no sentido de promover uma prestação de cuidados ainda mais segura.

A dimensão **Perceção da gestão** apresentou o menor *score* deste estudo (54,55), embora superior à média *benchmark* (46,40). Como já analisado anteriormente, esta dimensão apresenta um conjunto de respostas menos positivas, indicando que esta é uma área de potencial melhoria.

A perceção da gestão pelo profissional é um fator importante para a garantia da segurança do doente, uma vez que este domínio reflete a concordância do profissional quanto às ações da administração do hospital e do serviço relacionadas com a segurança do doente, evidenciando-se, neste caso, por atitudes menos positivas.

Segundo Riggobello *et al.* (2012), estes resultados podem indicar distanciamento entre os profissionais que prestam cuidados diretos ao doente e os superiores hierárquicos e a administração no que se refere ao diálogo sobre as questões de segurança.

Por sua vez, Kudo *et al.* (2008) numa análise do clima de segurança em instituições de saúde japonesas, concluíram que existem fatores da responsabilidade da gestão que estão diretamente associados ao clima de segurança negativo e que podem influenciar a perceção que os profissionais quanto ao desempenho da gestão, entre os quais, as condições de trabalho e a comunicação deficiente entre profissionais e gestores.

Para além do exposto, os resultados alcançados nesta dimensão, podem ser reflexo da atual conjuntura socioeconómica do país, caracterizada pela contenção de custos na área da saúde e pelas inerentes medidas políticas instituídas nas organizações. Na realidade, estas medidas têm influenciado negativamente a motivação dos profissionais da saúde, assim como, de forma inequívoca a perceção que estes têm do desempenho da administração, quer do hospital, quer do serviço onde trabalham.

Criar uma atmosfera no ambiente de trabalho propícia ao diálogo aberto (Rigobello *et al.*, 2012), elevado nível de comprometimento da gestão com a segurança, forte espírito de coesão entre os diversos departamentos (Kudo *et al.*, 2008), envolvimento de todos os intervenientes, bem como, o reconhecimento do trabalho desenvolvido pelos profissionais da instituição, são fatores imprescindíveis para a concepção de um clima de segurança mais

favorável, onde a gestão tem como principal objetivo a garantia de uma assistência segura, tanto para o profissional que a realiza, como para o doente que a recebe.

A dimensão **Condições de trabalho** indica a percepção dos profissionais quanto à qualidade do suporte ambiental e logístico no local de trabalho. A média obtida de 60,06 embora superior ao valor de referência *benchmark* (55,90), indica que os profissionais do estudo reconhecem a necessidade de melhoria neste âmbito, com vista a um ambiente mais seguro e favorável à prática.

Os ambientes com condições de trabalho pouco saudáveis, afetam o desempenho dos papéis profissionais, induzindo a uma diversidade de riscos, nomeadamente para o doente. Por sua vez, os ambientes favoráveis, suportam a excelência nos serviços, melhorando o trabalho em equipa, a continuidade dos cuidados, a retenção dos profissionais e, em última instância, os resultados do doente. Desta forma, quando se perspetiva a excelência na prestação de cuidados, as condições de trabalho devem constituir uma das prioridades globais do sistema de saúde (Conselho Intenacional de Enfermeiros, 2007).

Em suma, os resultados deste estudo são compatíveis com a percepção de um clima de segurança positivo por parte dos profissionais, porém as conclusões devem ser interpretadas e utilizadas no contexto em que a pesquisa decorreu, salientando-se que se trata apenas de um instântaneo do clima de segurança.

Há espaço, evidentemente, para melhorias no desenvolvimento de um clima mais seguro, valorizando-se os problemas identificados através dos itens insatisfatórios e formulando-se recomendações sobre o modo de otimizar as políticas de segurança.

Segundo Pina, Ferreira, Marques e Matos (2010) é determinante um conjunto de intervenções que integram um novo conceito, o conceito do “*bundle*”, o qual, associa a educação, formação de equipas de qualidade, monitorização do cumprimento das práticas e informação de retorno sobre o desempenho dos profissionais. O sucesso desta abordagem assenta sobretudo numa estratégia que implica forte trabalho em equipa multidisciplinar em *prol* da segurança do doente. Na realidade, a sua segurança não pode ser comprometida, pelo que há um conjunto de medidas que podem e devem ser instituídas com vista à sua otimização.

Uma vez realizada a análise descritiva do SAQ - *Short Form* 2006 PT, apresentam-se de seguida os resultados da avaliação das propriedades psicométricas deste instrumento.

3.2.3 Propriedades psicométricas do SAQ - *Short Form* 2006 PT

O estudo das propriedades psicométricas do SAQ - *Short Form* 2006 PT foi efetuado com base na amostra constituída pelos 623 profissinais do CHCB que responderam ao questionário.

Inicialmente procedeu-se à análise da fidelidade do instrumento e, posteriormente, à análise da sua validade, pois a fidelidade é condição necessária à validade (Azevedo, 2003; Fortin et al., 2009).

3.2.3.1 Análise da fidelidade do SAQ - Short Form 2006 PT

A análise da fidelidade (ou confiabilidade) da versão adaptada do SAQ - Short Form 2006 foi realizada através da análise da consistência interna, mediante a determinação do coeficiente alfa de *Cronbach*, doravante denominado alfa. A tabela 17 mostra que o instrumento em português apresentou um alfa de 0,92. Este valor é superior ao obtido na versão original de Sexton et al. (2006a): 0,90, assim como, ao do estudo de validação de Carvalho (2011), de Devriendt et al. (2012) e de Kar e Hamid (2013), com alfas de 0,89, 0,90 e 0,85, respetivamente.

Tabela 17 - Coeficiente alfa de *Cronbach* do SAQ - Short Form 2006 PT e respetivas dimensões.

SAQ total e Dimensões	Nº de Itens	Alfa de <i>Cronbach</i>
SAQ total	41	0,92
Clima de trabalho em equipa	6	0,70
Clima de segurança	7	0,73
Satisfação no trabalho	5	0,86
Reconhecimento do <i>stress</i>	4	0,82
Perceção da gestão	10	0,88
Condições de trabalho	3	0,71

De acordo com a literatura, este valor de alfa indica que existe uma correlação muito forte entre os itens e demonstra que o instrumento tem boa fidelidade, gerando poucos erros (Fortin, 2009). O mesmo foi comprovado por Sexton et al. (2006a), Deilkås & Hofoss (2008), Kaya et al. (2010), Lee et al. (2010), Nordén-Hägg et al. (2010), Carvalho (2011), Devriendt et al. (2012), Etchegaray e Thomas (2012) e Bondevik et al. (2014).

A avaliação por dimensão mostra que as seis dimensões apresentaram alfa acima de 0,70. Verificou-se alta fidelidade para as dimensões Perceção da gestão (0,88), Satisfação no trabalho (0,86) e Reconhecimento do *stress* (0,82), e moderada fidelidade para as restantes.

A dimensão Perceção da gestão registou a melhor consistência interna (0,88) e as dimensões Condições de trabalho e Clima de trabalho em equipa foram as que apresentaram menor valor (0,71 e 0,70, respetivamente), embora aceitáveis.

A tabela 18 reúne os resultados de vários estudos que avaliaram a consistência interna do SAQ em diferentes contextos, com valores de alfa para as diferentes dimensões que variam entre 0,44 e 0,91. Salienta-se que a versão chinesa (Lee *et al.*, 2010) e a versão sueca (Nordén-Hägg *et al.*, 2010) apresentaram valores de consistência interna superiores à versão portuguesa para todas as dimensões com exceção da Percepção da gestão, a qual demonstrou o valor de alfa mais alto comparativamente aos restantes estudos.

Tabela 18 - Coeficiente alfa de *Cronbach* atribuído às dimensões do SAQ - *Short Form* 2006 PT e comparação com outros estudos de validação.

Dimensões	1	2	3	4	5	6	7	8
Clima de trabalho em equipa	0,70	0,68	0,79	0,81	0,65	0,80	0,68	0,65
Clima de Segurança	0,73	0,76	0,82	0,75	0,67	0,83	0,67	0,75
Satisfação no trabalho	0,86	0,85	0,91	0,89	0,77	0,78	0,80	0,79
Reconhecimento do stress	0,82	0,82	-	0,86	0,78	0,76	0,85	0,79
Percepção da gestão	0,88	0,82/0,84*	0,87	0,72	0,75/0,79*	0,63	0,80	0,44
Condições de trabalho	0,71	0,71	0,79	0,72	0,65	0,59	0,78	0,65

(1) Estudo atual; (2) Deilkås & Hofoss, 2008; (3) Lee *et al.*, 2010; (4) Nordén-Hägg *et al.* (2010); (5) Carvalho (2011); (6) Göras *et al.*, 2013; (7) Kar & Hamid, 2013; (8) Zimmermann *et al.*, 2013.

* Inclui valores de alfa para a Percepção da gestão hospitalar e Percepção da gestão do serviço.

Estes resultados contrariam, no entanto, os estudos de Zimmermann *et al.* (2013) e de Bondevik *et al.* (2014), onde a dimensão Percepção da gestão obteve o alfa mais baixo. Diferenças culturais relativamente à percepção da gestão quanto a questões de segurança do doente, podem estar na origem desta assimetria.

Em consonância com a versão portuguesa, nos estudos norueguês (Deilkås & Hofoss, 2008), chinês (Lee *et al.*, 2010) e brasileiro (Carvalho, 2011), a dimensão Clima de trabalho em equipa apresentou o valor de alfa mais baixo (0,68, 0,79 e 0,65, respetivamente) quando comparada às restantes dimensões. Apesar do valor de alfa para esta dimensão neste estudo ser aceitável, estes resultados podem indicar que alguns itens desta dimensão tenham de ser revistos.

A tabela 19 apresenta os resultados obtidos das correlações de *Pearson* entre as dimensões e o valor total do instrumento. Observa-se que a versão adaptada do SAQ para Portugal apresentou valores de correlação de cada dimensão com o total que variaram entre 0,094 e 0,866. Verificaram-se correlações positivas (moderadas a muito fortes) e significativas entre

todas as dimensões (Clima de trabalho em equipa: $r=0,765$, o Clima de segurança: $r=0,797$; Satisfação no trabalho: $r=0,747$; Perceção de gestão: $r=0,866$; Condições de trabalho: $r=0,710$), com exceção do Reconhecimento do *stress* em que se verificou correlação muito fraca ($r=0,094$). Os resultados para a dimensão Reconhecimento do *stress* (com o total e com as restantes dimensões) estão em conformidade com o estudo dos autores originais do SAQ (Sexton *et al.*, 2006a), assim como dos estudos de Lee *et al.* (2010), Nordén-Hägg *et al.* (2010), Abdou e Saber (2011), Carvalho (2011), Göras *et al.* (2013) e Zimmermann *et al.* (2013).

Tabela 19 - Coeficiente de correlação de *Pearson* entre dimensões e o SAQ total.

Dimensões e SAQ total	1	2	3	4	5	6	SAQ total
1	1,000	,680**	,586**	-,055	,512**	,482**	,765**
2	,680**	1,000	,637**	-,105**	,553**	,495**	,797**
3	,586**	,637**	1,000	-,094**	,506**	,460**	,747**
4	-,055	-,105**	-,094**	1,000	-,039	-,068*	,094**
5	,512**	,553**	,506**	-,039	1,000	,614**	,866**
6	,482**	,495**	,460**	-,068*	,614**	1,000	,710**
SAQ total	,765**	,797**	,747**	,094**	,866**	,710**	1,000

1-Clima de trabalho em equipa, 2-Clima de segurança, 3-Satisfação no trabalho, 4-Reconhecimento do *stress*, 5-Perceção da gestão, 6-Condições de trabalho. ** $p<0,01$; * $p<0,05$.

Pela análise da matriz da tabela 19, também se pode observar que existe correlação positiva forte e significativa entre o Clima de trabalho em equipa e o Clima de segurança ($r=0,680$, $p=0,000$), entre Clima de segurança e a Satisfação no trabalho ($r=0,637$, $p=0,000$) e entre as Condições de trabalho e a Perceção da gestão ($r=0,614$, $p=0,000$). Em relação ao Reconhecimento do *stress*, verificaram-se correlações negativas significativas muito fracas com o Clima de segurança ($r=-0,105$, $p=0,005$), a Satisfação no trabalho ($r=-0,094$, $p=0,00$) e as Condições de trabalho ($r=-0,068$, $p=0,045$). Estas correlações negativas são esperadas porque quanto maior *stress* percebido menor clima de segurança, menor satisfação no trabalho e piores condições de trabalho (Carvalho & Cassiani, 2012). Tendo em conta um nível de significância de 5%, esta dimensão não evidencia correlação significativa com as dimensões Clima de trabalho em equipa e Perceção da gestão.

Para a análise da consistência interna foram, também, determinados os coeficientes de correlação de *Pearson* item-total e o valor do alfa de *Cronbach* se o item for retirado, de modo a verificar se todos os itens contribuem para uma maior consistência ou se algum dos itens deve ser excluído do questionário (tabela 20).

Tabela 20 - Estudo da consistência interna dos itens do SAQ - Short Form 2006 PT (Valores da média, desvio padrão, coeficiente de correlação item-total e alfa de Cronbach se o item for retirado).

Itens	Média	Desvio padrão	Correlação item-total	Alfa de Cronbach (sem o item)
1	3,91	1,06	0,55	0,92
2R	3,21	1,34	0,21	0,92
3	3,74	1,18	0,55	0,92
4	4,13	1,01	0,55	0,92
5	4,16	1,05	0,48	0,92
6	3,62	1,16	0,55	0,92
7	4,07	1,07	0,53	0,92
8	3,78	1,12	0,64	0,92
9	4,29	0,87	0,46	0,92
10	3,60	1,17	0,57	0,92
11R	3,04	1,29	0,25	0,92
12	3,83	1,08	0,50	0,92
13	3,69	1,05	0,54	0,92
14	3,02	1,10	0,37	0,92
15	4,63	0,70	0,40	0,92
16	3,70	1,22	0,61	0,92
17	4,10	1,06	0,67	0,92
18	4,21	0,96	0,62	0,92
19	3,51	1,24	0,68	0,92
20	4,22	1,06	0,59	0,92
21	4,15	1,10	0,74	0,92
22	4,00	1,16	0,66	0,92
23	3,72	1,29	0,59	0,92
24a	3,24	1,30	0,65	0,92
24b	2,74	1,58	0,54	0,92
25a	3,44	1,23	0,40	0,92
25b	3,23	1,24	0,47	0,92
26a	3,35	1,19	0,68	0,92
26b	2,96	1,19	0,55	0,92
27a	3,04	1,24	0,61	0,92
27b	2,78	1,16	0,56	0,92
28a	3,40	1,16	0,62	0,92
28b	3,09	1,14	0,55	0,92
29	2,59	1,36	0,32	0,92
30	3,15	1,33	0,54	0,92
31	3,34	1,19	0,59	0,92
32	3,34	1,33	0,54	0,92
33	4,24	0,95	0,50	0,92
34	4,05	0,96	0,59	0,92
35	4,01	0,97	0,47	0,92
36R	3,05	1,30	0,33	0,92

Os valores de alfa indicam o impacto da remoção de cada item do questionário, devendo ser interpretados tendo por base o valor de alfa global, anteriormente referido (0,92). Assim, pode-se constatar que a exclusão de cada item não altera o valor de alfa, pelo que se considera que todos os itens contribuem para a consistência do questionário (Hill & Hill, 2005; Pallant, 2011).

No que refere à correlação de cada item com o total, considerou-se um ponto de corte fixado em 0,20. De acordo Streiner e Norman (2008), os valores abaixo de 0,20 podem indicar que o item mede uma construção diferente.

Neste estudo, as correlações item-total corrigidas excederam o valor recomendado de 0,20, demonstrando a homogeneidade da escala (Streiner & Norman, 2008). Os valores oscilaram entre um mínimo de 0,21 (item 2) e um máximo de 0,74 (item 21). De acordo com os valores referidos na metodologia, os itens reversos e os itens 14 e 29 apresentam fraca correlação, no entanto, a sua eliminação não contribui para um aumento da consistência interna, pois o valor de alfa não se altera, pelo que se mantiveram todos os itens propostos pelos autores do questionário.

No caso da remoção de um ou mais itens ser efetuada, a comparação dos resultados com outros estudos anteriores que utilizaram o SAQ ficaria invalidada (Pallant, 2011). Assim, tratando-se de uma tradução e adaptação de um instrumento para um novo país, torna-se útil a manutenção destes itens para posteriores comparações e *benchmarking* de dados com outras populações e culturas.

Para finalizar a análise da fidelidade da versão portuguesa do SAQ - *Short Form* 2006, procedeu-se à verificação da sua reprodutibilidade ou estabilidade temporal. Considera-se um instrumento fiel e reprodutível se este medir de uma vez para a outra um mesmo objeto de uma forma constante (Ferreira & Marques 1998; Fortin, 2009). Para o efeito realizou-se o teste-reteste, conforme descrito na metodologia.

Na tabela 21 é possível observar que esta medida avaliada através da correlação de *Pearson*, apresenta um valor de 0,999 ($p=0,000$). Para as dimensões o valor variou entre 0,985 (dimensão Clima de trabalho em equipa) e 1,000 (dimensões Satisfação no trabalho e Perceção da gestão).

Tabela 21- Coeficiente de correlação de *Pearson* relativa ao Teste-Reteste.

SAQ Total e Dimensões	N	r	p
SAQ total	20	0,999	0,000**
Clima de trabalho em equipa	20	0,985	0,000**
Clima de segurança	20	0,994	0,000**
Satisfação no trabalho	20	1,000	0,000**
Reconhecimento do <i>stress</i>	20	0,996	0,000**
Perceção da gestão	20	1,000	0,000**
Condições de trabalho	20	0,996	0,000**

Os resultados obtidos demonstram o forte potencial de reprodutibilidade deste instrumento de medida, evidenciando a magnitude da concordância e da constância das respostas obtidas aquando da necessária repetição da medida, efetuadas nos mesmos sujeitos e sob as mesmas condições. Estes valores atestam a favor da sua estabilidade temporal, pelo que mais uma vez podemos afirmar que o questionário, SAQ - Short Form 2006 PT, apresenta boa coerência interna ou fidelidade. Dados similares, foram relatados por Mahfoozpour & Mojdehkar (2010) na validação da versão persa do mesmo instrumento ($r=0,900$).

3.2.3.2 Análise da validade do SAQ - Short Form 2006 PT

Tal como referido no capítulo da metodologia existem três tipos de validade: validade de conteúdo, validade critério e validade de constructo. Neste estudo, optou-se por analisar a validade de conteúdo recorrendo a uma comissão de especialistas (conforme descrito anteriormente) e a validade de constructo através da análise fatorial confirmatória (AFC), a qual avalia a qualidade de ajustamento do modelo teórico à estrutura correlacional observada entre os itens que compõem o questionário SAQ - Short Form 2006 PT.

Determinando o KMO e o teste de esfericidade de Bartlett, a fim de aferir a qualidade das correlações da versão portuguesa, verificámos que o KMO apresentou um valor de 0,879. Este valor é considerado bom, possibilitando a realização da análise de componentes principais (Marôco, 2010a).

O teste de Bartlett apresenta um valor de $X^2(820)=7480,460$ com significância estatística ($p=0,000$), indicando que as variáveis se encontram correlacionadas significativamente com uma probabilidade de 0,000 dos resultados serem devido ao acaso (tabela 22).

Tabela 22 - KMO e teste de Bartlett para SAQ - Short Form 2006 PT.

Medida de KMO		0,879
Teste de Bartlett	Qui-quadrado	7480,460
	Df	820
	Significância	0,000

Deste modo e mediante o que foi referido anteriormente, poder-se-á afirmar que com a amostra disponível, o instrumento é passível de análise fatorial.

Assim, a especificação do modelo de AFC e o número de fatores foi estabelecido *à priori* de acordo com os autores originais do questionário (Sexton *et al.*, 2006a). A medida destes fatores foi especificada para identificar o modelo: fixando a trajetória do fator para um dos seus itens num valor definido; estandarizando o fator, fixando a sua variância em 1; os fatores

comuns foram refletidos em itens específicos, ainda que pudessem ter reflexo em mais do que um fator comum; e, a variabilidade do item não explicada pelo fator comum é explicada por outros fatores latentes, específicos de cada item, não considerados no modelo (erros ou resíduos). Itens com respostas não aplicáveis foram excluídos do AFC, de forma a existir consonância com pesquisas anteriores (Deilkås & Hofoss, 2008; Zimmermann *et al.*, 2013).

A figura 8 (produzida através do software AMOS versão 22) mostra o modelo teórico sob estudo, também designado diagrama de caminho do modelo.

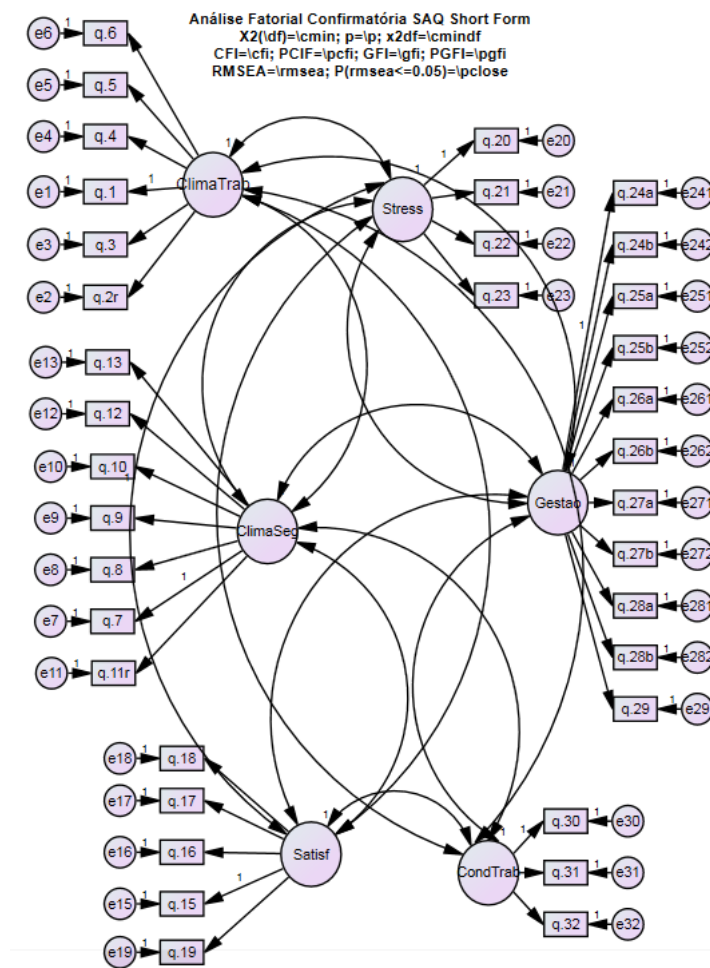


Figura 8 - Diagrama de caminho do modelo de equações estruturais do SAQ - Short Form 2006.

O modelo de medida foi ajustado pelo método e função de discrepância da máxima verossimilhança e a qualidade do modelo de medida foi avaliada com base em estatísticas e índices de qualidade do ajustamento (X^2/df ; CFI; GFI; RMSEA), cujos valores de referência foram indicados na metodologia.

Numa primeira análise, foi testado o modelo fatorial proposto pelos autores ajustado para a amostra em estudo, o qual revelou uma qualidade de ajustamento má ($\chi^2/df=5,323$; CFI=0,626; RMSEA=0,106; GFI=0,718; $P(rmsea \leq 0,05) < 0,001$). Os itens q2r, q11r, q21, q22, q23 e q29 apresentaram fiabilidade individuais desadequadas, por apresentarem pesos fatoriais inferiores a 0,5. Adicionalmente, as distâncias de Mahalanobis ao quadrado (DM^2) indicaram a presença de várias observações (os casos, 4, 6, 9, 14, 33, 35, 38, 90, 94, 120, 131, 181, 285, 289 e 334) que são *outliers* multivariados (p_1 e $p_2 < 0,001$), sendo a observação 9 a que apresenta maior DM^2 (104,225) (modelo 1 do apêndice VI).

Uma vez que o modelo não apresenta um bom ajustamento aos dados, ele não é apropriado para explicar a estrutura correlacional das variáveis observadas nesta amostra. Por conseguinte, foi necessário re-especificar e reanalisar o modelo de forma que, com um número de alterações reduzidas, o ajustamento melhorá-se significativamente. Desta forma, procedeu-se ao refinamento do modelo principal de acordo com os índices de modificação sequencialmente obtidos com o AMOS. Testaram-se outros modelos de análise alternativos que mantinham índices de qualidade de ajustamento sofríveis.

Assim, depois de efetuada a análise dos índices de modificação optou-se por correlacionar os erros de medida dos itens q24a com q24b, q25a com q25b, q26a com q26b, q27a com q27b, q28a com q28b pertencentes ao fator “Perceção da Gestão”. Neste sentido e após a eliminação da observação *outlier* mais severa, de efetuadas as correlações entre os erros, restimou-se o novo modelo (modelo 2 do apêndice VI), cuja qualidade de ajustamento se manteve sofrível a fraca ($\chi^2/df=4,682$; CFI=0,681; GFI=0,701; RMSEA=0,098; $P(rmsea \leq 0,05) < 0,001$). Verificou-se, no entanto, uma redução da estatística χ^2 do modelo, porém os índices de qualidade de ajustamento continuam inaceitáveis.

Posteriormente, considerou-se um novo modelo em que se removeram os itens com fiabilidade individual desadequada (referidos anteriormente). Uma vez que os itens q21, q22 e q23 pertencem ao fator “Reconhecimento do *stress*”, optou-se pela simplificação do modelo, reduzindo o número de variáveis latentes, isto é, removendo este fator, bem como o item q20 (uma vez que se deve ter pelo menos 3 variáveis manifestas por cada variável latente). Este novo modelo reajustado continuou a apresentar índices de qualidade de ajustamento considerados sofríveis a fracos ($\chi^2/df=4,453$; CFI=0,784; GFI=0,744; RMSEA=0,095), no entanto, já não se registaram pesos fatoriais inferiores a 0,5 (modelo 3 do apêndice VI). Continuam a registar-se alguns casos de possíveis *outliers*. No que diz respeito aos índices de modificação, é sugerido o estabelecimento de várias correlações entre erros de medida, com vista à redução da estatística χ^2 do modelo e conseqüentemente uma melhoria da qualidade de ajuste do modelo.

Desta forma, reespecificou-se o modelo e considerou-se separadamente os itens relacionados com a “Perceção da gestão hospitalar” e com a “Perceção da gestão do serviço” (modelo 4 do apêndice VI). A qualidade de ajustamento do modelo melhorou consideravelmente, havendo uma redução significativa da estatística de X^2 para valores aceitáveis ($X^2/df=2,499$) e dos índices para valores de ajustamento de sofríveis (GIF=0,869) a bons (CIF=0,908; RMSEA=0,062) (modelo 4 do apêndice VI).

Neste novo modelo reajustado apenas o item q25a, não apresenta fiabilidade individual adequada (0,491). A análise dos índices de modificação sugere a correlação entre os erros de medida dos itens q8 com q9, q8 com q12 e q12 com q13. Ocorrem ainda valores do índice de modificação relativamente elevados entre o resíduo associado ao item q19 e os fatores “Perceção da gestão do serviço” e “Satisfação no trabalho”. Adicionalmente, a análise dos pesos na regressão sugere que o modelo poderá ser melhorado se forem adicionadas trajetórias causais entre o item q15 e os restantes fatores. Perante estes factos, repensou-se o modelo teórico e eliminaram-se os itens q25a, q15 e q19. Reajuste-se, assim, um modelo com todas as alterações atrás mencionadas (figura 9).

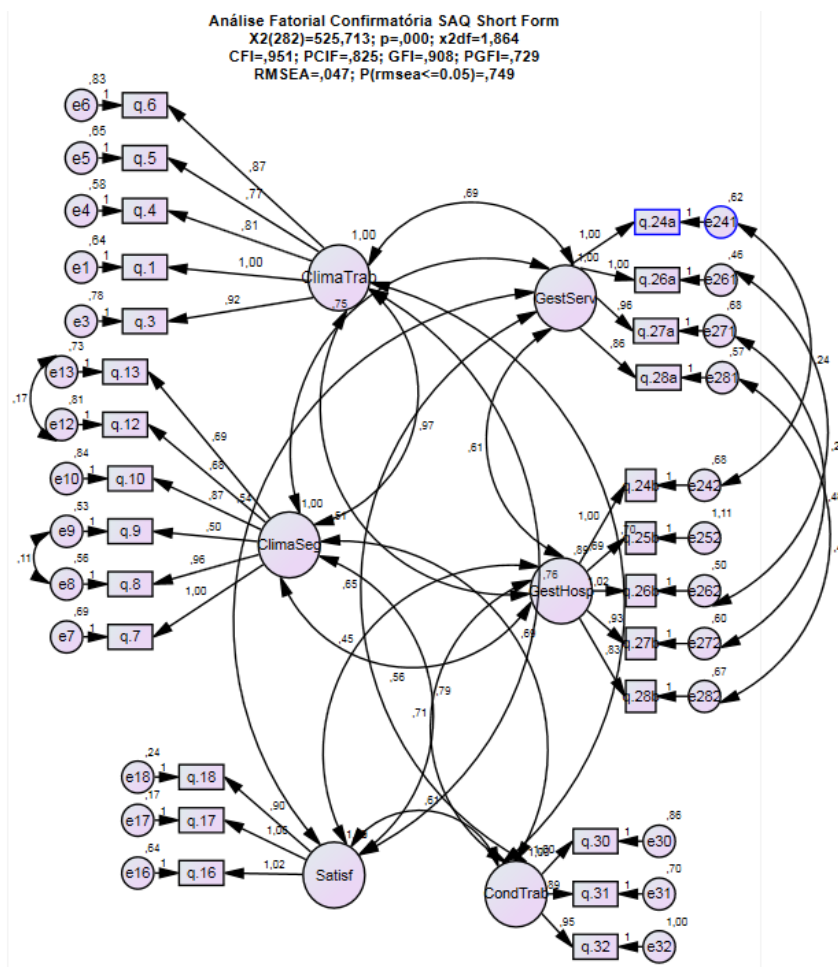


Figura 9 - Modelo final da AFC do questionário SAQ - Short Form 2006 PT.

O modelo reajustado apresenta índices de qualidade de ajustamento que revelam uma adequação muito boa da estrutura modificada do SAQ - *Short Form 2006 PT* à amostra sob estudo ($\chi^2/df=1,864$; GIF=0,908; CIF=0,951; RMSEA=0,047), tendo sido considerado o modelo final.

A realização da AFC permitiu, para além de sustentar as dimensões fatoriais do instrumento, obter dados relativamente à sua validade de constructo. Uma vez que os itens do questionário se agrupam em fatores teoricamente significativos, é possível concluir que representam adequadamente o constructo que se pretende avaliar (Almeida & Freire, 2008).

Adicionalmente, avaliamos a fiabilidade compósita para cada um dos fatores, recorrendo aos pesos fatoriais estandardizados. A fiabilidade compósita dos fatores revelou-se elevada, sendo de 0,904 para Clima de trabalho em equipa, de 0,892 para Clima de segurança, de 0,944 para Satisfação no trabalho, 0,894 para o fator Perceção da gestão hospitalar, de 0,917 para Perceção da gestão do serviço e de 0,844 para Condições de trabalho.

Em suma, foram testados o modelo principal, e respetivos modelos alternativos formulados com base nas sugestões de modificação decorrentes da AFC. A primeira estrutura fatorial não permitiu obter confirmação empírica sólida que a sustente, no entanto, é consensual que a avaliação da qualidade do ajustamento de um modelo passe por várias análises, tais como o teste do χ^2 de ajustamento, os índices de qualidade do ajustamento e medidas de ajustamento local, que compreendem a análise de resíduos, a significância de parâmetros e a fiabilidade individual (Marôco, 2010b).

Os estudos prévios que procuraram estudar a organização dos itens deste questionário apresentaram resultados distintos quanto ao modelo mais adequado. A razão para essa assimetria pode estar relacionada com as diferenças produzidas na tradução, adaptação cultural e inclusivamente distintas definições de clima de segurança nos locais de estudo.

Os autores originais do questionário começaram por submeter à AFC o modelo com 6 fatores e a totalidade dos itens, no entanto, à semelhança dos nossos resultados, obtiveram fracas associações e valores de índices de ajuste insatisfatórios. Reespecificaram o modelo, excluindo sequencialmente itens até à adequação satisfatória do modelo. O ajuste do modelo final (contendo menos 10 itens que o inicial) por eles obtido foi em geral satisfatório, conforme mostram os índices: $\chi^2(784)=10,311.27$, $p<0,0001$; CFI=0,90; RMSE=0,03 (Sexton *et al.*, 2006a).

O mesmo procedimento foi levado a cabo por Zimmermann *et al.* (2013), tendo obtido valores de ajustamento do modelo aceitáveis a bons para apenas 29 itens do questionário. No entanto, os resultados da AFC destacaram alguns itens potencialmente problemáticas em

termos de alocação de fatores (todos eles nas dimensões Percepção da gestão e Condições de trabalho), porém nenhuma estrutura melhor do que a original foi encontrada pela análise fatorial exploratória realizada por estes autores.

As correlações mostraram que todos os fatores estão significativamente correlacionados uns com os outros, excepto para o Reconhecimento de *stress*. Estes resultados corroboram os estudos de Speroff *et al.* (2010), Taylor *et al.* (2012) e Zimmermann *et al.*, 2013.

A constatação de que o fator Reconhecimento do *stress* não deve ser incluído no modelo hipotético de fatores é consistente com outros estudos (Deilkås & Hoffoss, 2010; Lee *et al.*, 2010, Bondevik *et al.*, 2014). Este fator é considerado inválido como dimensão para explicar o clima de segurança (Zohar, 2003), pois não varia significativamente entre unidades organizacionais (Deilkås & Hoffoss, 2010; Pettker *et al.*, 2011; Gallego, Westbrook, Dunn & Braithwaite, 2012; Schwendimann *et al.*, 2013) e apresenta problemas na validade de constructo (Taylor & Pandian, 2013).

Na versão chinesa do SAQ, esta dimensão foi removida do modelo final, porque a sua associação com a clima de segurança foi significativamente mais fraca do que a das outras cinco dimensões (Lee *et al.*, 2010). Ratificando os resultados, Bondevik *et al.* (2014) baseou a sua análise no modelo com cinco fatores, sendo que o modelo de seis fatores contendo o Reconhecimento do *stress* não pode ser confirmado.

A falta de associação entre o Reconhecimento do *stress* e as restantes dimensões foi estudada por Taylor e Pandian (2013). No artigo intitulado “*A dissonant scale: stress recognition in the SAQ*”, os autores referem que a possível explicação para estes resultados se relaciona com a forma como os profissionais que respondem ao questionário interpretam os itens desta dimensão. A intenção dos autores é capturar as atitudes que refletem o reconhecimento de como o desempenho é influenciado por fatores *stressores*, indicando o grau em que as pessoas se colocam em condições de indução de erro (Sexton *et al.*, 2000; Modak *et al.*, 2007). Porém, verifica-se que em muitos casos as respostas são indicativas do nível de *stress* vivenciado naquele momento, refletindo o índice de fadiga/*stress* no local de trabalho e não o clima de segurança.

Considerando os resultados, sugere-se investigação adicional e refinamento dos itens que integram a dimensão Reconhecimento do *stress*, com vista a uma correta interpretação e melhoria do modelo de ajuste contendo este fator.

Como mencionado anteriormente, os índices do modelo melhoraram significativamente quando se dividiu o fator Percepção da gestão em dois grupos: um relativo à Percepção da gestão hospitalar e outro referente à Percepção da gestão do serviço. Esta argumentação foi

originalmente avançada por Sexton *et al.* (2007) no relatório publicado sobre a estrutura da versão curta do SAQ e também foi confirmada em investigações anteriores (Deilkås & Hofoss, 2008; Carvalho, 2011).

Tendo em conta os valores de ajustamento resultantes do modelo final, a versão portuguesa do SAQ apresenta boa validade de constructo, indicando que é uma medida válida do clima de segurança na área da saúde.

Como se infere pelo exposto ao longo desta secção, após ser submetida a rigorosos procedimentos de avaliação da fidelidade e validade, a versão SAQ - *Short Form 2006 PT* demonstrou boas propriedades psicométricas. Desta forma, é possível afirmar que se trata de um questionário com um grau de validade, reprodutibilidade e confiabilidade bastante satisfatório, permitindo ser aplicado na população portuguesa.

Os resultados das propriedades psicométricas são congruentes com o estudos de Sexton *et al.* (2006a), Makary *et al.* (2006a), Modak *et al.* (2007), Deilkås & Hofoss (2008), Kaya *et al.* (2010), Lee *et al.* (2010), Nordén-Hägg *et al.* (2010), Devriendt *et al.* (2012), Göras *et al.* (2013) e Zimmermann *et al.* (2013).

Capítulo 4

Conclusão

A segurança do doente tem sido considerada a componente chave da qualidade dos cuidados de saúde, tendo assumido nos últimos anos uma relevância crescente. A implementação de políticas de gestão que visem a sua melhoria constituiu uma prioridade internacional (Pronovost *et al.*, 2009) e um imperativo nacional, de forma a promover ganhos em saúde e aumentar a satisfação dos cidadãos utilizadores e dos profissionais da saúde (Ministério da Saúde, 2010).

“Aumentar a probabilidade de obter os resultados desejados, (...) é um desafio incontornável que se coloca hoje em dia à gestão da qualidade das organizações de saúde” (Fernandes, 2012, p. 265). O enfoque do desafio relaciona-se com o conhecimento da real problemática no contexto de Saúde e com a promoção de soluções inovadoras que contribuam para a diminuição do risco inerente à prestação de cuidados, melhorando paralelamente a segurança do doente e a tomada de decisão política através de abordagens globais e integradas. Neste âmbito, o clima de segurança é considerado uma componente pró-ativo da gestão de risco na área da Saúde (Cooper & Phipps, 2004).

A avaliação do clima de segurança das organizações é essencial para identificar áreas de melhoria e introduzir mudanças de comportamento dos profissionais, para que existam valores partilhados sobre segurança, antecipação de eventos e cultura de não infabilidade (cultura de reportar eventos, cultura de aprender com as trajetórias do erro, cultura de responsabilização sem culpa, cultura justa, cultura de equipa e por fim cultura de melhoria contínua) (Sousa, 2013).

Tendo em conta o enquadramento teórico realizado neste estudo, o clima de segurança, apesar de constituir uma realidade antiga, é um campo de investigação recente, sendo ainda escassos os estudos realizados na população portuguesa. Neste contexto, reconhece-se a necessidade de ferramentas de medição do clima de segurança validados para Portugal, que permitam aferir as atitudes dos profissionais na área da segurança e ajudem a planear e avaliar processos e programas que priorizem estratégias de segurança no local de trabalho. Entre estas ferramentas, salienta-se o SAQ - *Short Form 2006* que mede as perceções de segurança dos profissionais em vários contextos de saúde e fornece informações valiosas sobre clima trabalho em equipa, clima de segurança, reconhecimento de *stress*, satisfação no trabalho, perceção da gestão e condições de trabalho (Sexton *et al.*, 2006a).

Atendendo a que o SAQ - *Short Form* 2006 é um instrumento cientificamente sólido, acessível, útil, de fácil aplicação e com excelentes propriedades psicométricas, encetou-se o presente estudo, com o objetivo de realizar a sua tradução, adaptação cultural e validação para a população portuguesa.

Uma vez finalizado o estudo, torna-se premente efetuar uma súmula do processo de investigação, apresentando as principais conclusões.

4.1 Conclusões gerais

O enquadramento teórico realizado na primeira parte desta pesquisa, permitiu uma maior perceção da relevância do estudo, contribuindo de forma decisiva para a delimitação e finalidade do estudo.

O processo de tradução e adaptação cultural baseou-se no respeito pelo rigor científico, seguindo as diretivas de Beaton *et al.* (2000): tradução, síntese, retrotradução, comissão de especialistas, pré-teste e validação pelos autores originais do questionário.

Na etapa de tradução, o recurso a dois tradutores revelou-se muito útil, dado que permitiu confrontar e discutir duas versões diferentes, que se desconheciam mutuamente, resultando na elaboração de uma tradução única, uma vez ultrapassadas as discrepâncias iniciais.

A inclusão de membros de áreas diferentes na comissão de especialistas permitiu confrontar várias opiniões de profissionais. As discussões geradas devido às discrepâncias encontradas e a busca de soluções consensuais revelaram-se fundamentais para todo o processo que assegurou a validade de conteúdo (equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual entre o instrumento original e a versão portuguesa).

A etapa do pré-teste deixou claro que todos os participantes entenderam os itens que compõem o questionário, não havendo necessidade de alterações. O tempo de resposta manteve-se dentro dos cinco a quinze minutos sugeridos pelos autores.

A submissão de todo o processo aos autores do SAQ - *Short Form* 2006 e respetivo parecer favorável, finalizou os procedimentos de tradução e adaptação cultural, os quais se revelaram bem sucedidos, assegurando que a versão portuguesa mantém o significado e a intenção dos itens originais.

Para avaliação das propriedades psicométricas da versão portuguesa deste instrumento realizou-se um estudo transversal numa amostra de 623 profissionais do CHCB. Salienta-se que a taxa de resposta ao questionário foi bastante satisfatória (91,0%) e muito superior ao valor de referência internacional, assim como, de outros estudos de validação do SAQ.

Relativamente à caracterização da amostra, verificou-se uma repartição pela generalidade das áreas de intervenção, com maior incidência nos Serviços de Urgência Geral (6,6%), Medicina II (6,3%) e Especialidades Médicas (5,3%). A amostra é maioritariamente do género feminino (70,9%), constituída por enfermeiros (47,0%), a prestar cuidados a adultos (60,0%) e com um tempo de atuação no serviço entre 11 a 20 anos (38,2%).

Relativamente à análise descritiva do SAQ, os valores observados permitem concluir que o clima de segurança, reflete na maioria níveis positivos, salientando-se os itens 5 (“É fácil para os profissionais que atuam neste serviço colocarem questões quando não compreendem algo”), 15 (“Gosto do meu trabalho”), 18 (“Tenho orgulho em trabalhar neste serviço”), 20 (“Quando a minha carga de trabalho se torna excessiva, o meu desempenho é prejudicado”), que apresentaram 50,0% ou mais das respostas positivas concentradas no item “concordo totalmente”. O contrário foi observado nos itens reversos (itens 2, 11 e 36) e nos itens da dimensão Perceção da gestão (itens 24 a 29), os quais apresentaram uma percentagem significativa de respostas concentradas em “discordo totalmente” ou “discordo parcialmente”.

A mediana variou entre “discordo parcialmente” (2) e “concordo totalmente” (5), enquanto a média variou entre 2,74 (DP=1,44) e 4,66 (DP=0,68), valores correspondentes aos itens 29 (“O número de profissionais neste serviço é suficiente para tratar o número de doentes”) e 15 (“Gosto do meu trabalho”), respetivamente.

Para determinar a perceção dos profissionais quanto ao clima de segurança, foram determinados os *scores* para o SAQ total e respetivas dimensões. A média do SAQ total foi 67,03 (DP=14,20), o que indica uma perceção positiva do clima de segurança do doente. Por dimensão, a média variou entre 54,55 (dimensão Perceção da gestão) e 77,08 (Satisfação no Trabalho). Os resultados de outros estudos de validação do SAQ indicam que estas são também as dimensões com menor e maior *score*.

Analisando cada uma das seis dimensões: os resultados para o Clima de trabalho em equipa e para o Clima de segurança, sugerem que, os profissionais deste estudo, têm atitudes significativamente mais positivas do que a referência internacional; a Satisfação no trabalho foi a dimensão que registou a média mais alta neste estudo, revelando a perceção de um clima positivo quanto à moral dos profissionais, orgulho na organização e satisfação geral no trabalho; o Reconhecimento do *stress* obteve uma média favorável de 75,69 sugerindo que os profissionais têm consciência de que a fadiga, carga de trabalho excessiva e situações tensas/hostis, são condições que fomentam o erro; as dimensões Perceção da gestão (que apresentou o menor *score* neste estudo) e Condições de trabalho apresentam um conjunto de respostas menos positivas, indicando que estas são áreas de potencial melhoria para o desenvolvimento do clima de segurança na organização.

Para aferir a fidelidade do SAQ - *Short Form 2006 PT* recorreu-se à análise da consistência interna, obtendo-se um alfa de *Cronbach* de 0,92, que confere um grau de fidelidade elevado e superior ao da versão original (0,90). Em relação às dimensões, verificou-se forte fidelidade para as dimensões Perceção da gestão (0,88), Satisfação no trabalho (0,86) e Reconhecimento do *stress* (0,82), e moderada fidelidade para as restantes.

No que refere às correlações das dimensões com o SAQ total verificaram-se correlações positivas (moderadas a muito fortes) e significativas entre todas as dimensões (Clima de trabalho em equipa: $r=0,765$; Clima de segurança: $r=0,797$; Satisfação no trabalho: $r=0,747$; Perceção de gestão: $r=0,866$ e Condições de trabalho: $r=0,710$), com exceção do Reconhecimento do *stress* em que se verificaram correlações muito fracas.

Ainda no decurso da apreciação da fidelidade, foram determinados os coeficientes de correlação item-total e o valor do alfa de *Cronbach* se o item for retirado, tendo-se demonstrando a homogeneidade entre os diversos itens que compõem este instrumento. Foi ainda possível concluir a adequação global dos itens, na medida em que não se verificou um incremento da consistência interna do instrumento com a eliminação de qualquer um dos seus itens. Deste modo, o elevado valor deste coeficiente permitiu estimar a homogeneidade dos enunciados individuais, de forma a comprovar a precisão com que cada enunciado do questionário mede de forma equivalente o mesmo conceito.

Para terminar a avaliação da fidelidade, procedeu-se à estimação da reprodutibilidade, a qual foi aferida pela técnica Teste-Reteste. Os resultados obtidos demonstraram o forte potencial de reprodutibilidade deste instrumento de medida ($r=0,999$), evidenciando a magnitude da concordância e da constância das respostas obtidas aquando da necessária repetição da medida, efetuadas nos mesmos sujeitos e sob as mesmas condições. Estes valores atestam a favor da sua estabilidade temporal, pelo que se pode afirmar que o questionário SAQ - *Short Form 2006 PT* apresenta boa coerência interna ou fidelidade.

A validade de constructo foi analisada através da AFC. A adequação dos dados para a realização deste procedimento verificou-se através do teste de KMO (0,879) e do teste de Barlett ($\chi^2(820)=7480,460$; $p=0,000$), os quais revelaram que a amostra em estudo é passível de AFC.

No sentido de se conseguir uma aproximação à análise fatorial obtida pelo autor do questionário, efetuou-se a análise do modelo principal, através do software AMOS (versão 22), no entanto, a qualidade dos índices de ajustamento não foram satisfatórios ($\chi^2/df=5,323$; CFI=0,626; RMSEA=0,106; GFI=0,718; $P(\text{rmsea} \leq 0,05) < 0,001$). Através do mesmo programa informático testaram-se outros modelos alternativos, sendo que a solução fatorial constituída por seis fatores: Clima de trabalho em equipa, Clima de segurança, Satisfação no trabalho,

Perceção da gestão do serviço, Perceção da gestão hospitalar e Condições de trabalho, apresentou índices globais de adequação do modelo bastante robustos ($\chi^2/df=1,864$; GIF=0,908; CIF=0,951; RMSEA=0,047), comprovando a sua qualidade do ajustamento aos dados empíricos.

Os resultados do presente estudo foram corroborados e globalmente equiparáveis aos dos estudos internacionais existentes e supramencionados, sendo evidente a similaridade de resultados relativos à avaliação da fidelidade, reprodutibilidade e validade da versão original e da versão traduzida e adaptada do SAQ - *Short Form 2006* PT.

Em suma, após ser submetida a rigorosos procedimentos de avaliação da fidelidade e validade, a versão SAQ - *Short Form 2006* PT demonstrou boas propriedades psicométricas, através de resultados altamente satisfatórios e auspiciosos, permitindo a sua aplicação no contexto cultural português.

Em seguida, torna-se pertinente apresentar os pontos fortes, as dificuldades sentidas e as limitações metodológicas encontradas no decurso desta investigação, bem como descrever, os esforços desenvolvidos no sentido de maximizar os resultados obtidos.

4.2 Pontos fortes, dificuldades e limitações

Um dos **pontos fortes** deste estudo centra-se na adaptação bem sucedida do SAQ - *Short Form 2006* para a língua portuguesa e nas excelentes propriedades psicométricas obtidas. A aceitabilidade do SAQ no cenário português foi testemunhada pelo tempo de preenchimento relativamente curto, pela alta taxa de resposta, pelo baixo número de questionários incompletos e pelo significativo tamanho da amostra deste estudo.

No que concerne às **dificuldades** encontradas, salienta-se a falta de consenso na literatura entre as definições utilizadas para denominar o fenómeno em estudo (clima de segurança), o que exigiu uma revisão teórica exaustiva de forma a possibilitar a sua delimitação e um conhecimento mais aprofundado e concreto do mesmo.

Também o processo de tradução, adaptação cultural e validação do SAQ - *Short Form 2006* se revelou uma tarefa árdua e desafiante, requerendo um considerável investimento de tempo e dinheiro, assim como, um esforço e dedicação adicional.

Ainda no âmbito das dificuldades, a organização e a tratamento dos dados na AFC através do programa AMOS constituiu um obstáculo a ultrapassar, pela inexperiência e lacuna de conhecimentos nesta área. Foi determinante uma pesquisa cuidada e pormenorizada de forma a dar resposta às exigências desta análise estatística.

Relativamente às **limitações**, refere-se o processo de amostragem por seleção não probabilística utilizado neste estudo. Este método de amostragem comporta riscos adicionais e não traduz dados tão precisos e representativos como aqueles obtidos por amostragem probabilística (Hill & Hill, 2005). Pela impossibilidade de acesso a toda a população e na tentativa de obter uma taxa de resposta tão alta quanto possível, foram selecionados todos os profissionais da saúde com contacto direto com o doente, de todos os serviços de um Centro Hospitalar da zona centro do país. A amostragem aleatória não foi utilizada porque em alguns serviços com poucos profissionais este método teria ameaçado o anonimato dos respondentes.

Tratando-se de um estudo transversal para avaliação das propriedades psicométricas de um instrumento de medida e, não propriamente para extrapolação dos resultados do clima de segurança, considera-se que a amostra apesar de não aleatória não afeta o rigor dos critérios estipulados. Salienta-se que os resultados produzidos pela análise das propriedades psicométricas asseguram a sua validação para a população portuguesa, e que os resultados da análise descritiva do questionário, dizem respeito unicamente à amostra em estudo e ao contexto específico onde decorreu a investigação, não podendo estes últimos ser generalizáveis.

No decorrer deste processo de sistematização das principais conclusões, consideram-se agora algumas recomendações no que concerne à prática e sugestões para futuras investigações no âmbito do clima de segurança.

4.3 Recomendações e sugestões para futuras investigações

Os resultados obtidos sustentam a fidelidade e a validade do SAQ - *Short Form* 2006 PT, todavia, enfatiza-se a necessidade de se prosseguirem outros estudos com este questionário noutras amostras com o objetivo de aprofundar o trabalho de validação desenvolvido neste estudo, o qual em rigor nunca está terminado. Tal como referem Almeida e Freire (2008) a intenção de avaliar exatamente o que um questionário mede é um processo contínuo e infundável.

Dado que a utilização de um questionário junto de populações-alvo diferentes da visada no momento da validação pode trazer mudanças na fidelidade e validade, recomenda-se que sejam avaliadas as propriedades psicométricas em cada utilização do SAQ - *Short Form* 2006 PT.

Atendendo aos resultados da AFC, recomenda-se também aos autores originais do questionário um refinamento dos itens que compõem a dimensão Reconhecimento do *stress*. Esta dimensão é considerada importante na avaliação do clima de segurança, pelo que os itens devem ser otimizados de forma a produzirem resultados favoráveis no modelo final da AFC.

Por outro lado, tendo em conta que resultados alcançados podem servir de referência na formulação de políticas de segurança dos doentes a nível do hospital onde decorreu este estudo, para além de servirem de estrutura de referência para futuro *benchmarking*, considera-se que o seu seguimento ao longo do tempo com sucessivos estudos é fundamental, sendo a promoção do clima de segurança um processo contínuo de medição que inclui valorização dos problemas identificados, formulação de intervenções de melhoria e avaliação do impacto das medidas empreendidas (Halligan & Zecevic, 2011).

Desta forma, perpetivando que a aplicação do SAQ - *Short Form 2006 PT* alcance o seu máximo potencial na contribuição para a melhoria dos cuidados de saúde em contexto nacional, sugere-se a realização e a divulgação de novas investigações com este instrumento nos mais diversos contextos da área da Saúde, como: a realização de estudos longitudinais para avaliar os efeitos de intervenções de segurança ao longo do tempo, assim como, estudos que investiguem a associação entre o clima de segurança e os resultados para o doente (resultados clínicos, eventos adversos, satisfação do doente) e o clima de segurança e resultados para os profissionais da saúde (rotatividade, *burnout*, satisfação profissional).

4.4 Considerações finais

Uma vez terminado este estudo, considera-se que os objetivos inicialmente traçados foram atingidos, fornecendo-se um valioso contributo para a mensuração do clima de segurança do doente em Portugal. Todo o trabalho foi desenvolvido com rigor, quer em termos científicos, quer ao nível da utilidade que pode ter no contexto da qualidade e da segurança em Saúde.

O presente estudo determina a consolidação de um instrumento de medição do clima de segurança para a população portuguesa, contribuindo para a legitimidade e desenvolvimento deste campo de pesquisa. Trata-se de um marco importante para o progresso da ciência em Portugal, que tem implicações tanto no domínio da prática, como do ensino, investigação e gestão dos cuidados. Através da utilização deste questionário é possível contribuir para a construção de ambientes de trabalho positivos e éticos, aprimorar o processo de cuidar e seus interfaces, minimizar os riscos e promover uma atuação ainda mais segura e confiável rumo à excelência.

Bibliografia

- Abdou, H. A. & Saber, K. M. (2011). A baseline assessment of patient safety culture among nurses at student University Hospital. *World Journal of Medical Sciences*, 6 (1), pp. 17-26.
- Abreu, C. C. (2012). *O erro humano no contexto dos cuidados de enfermagem*. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Portugal.
- Abstoss, K. M.; Shae, B. E.; Owens, T. A.; Juno, J. L.; Commiskey, E. L. & Niedner, M. F. (2011). Increasing medication error reporting rates while reducing harm through simultaneous cultural and system-level interventions in an intensive care unit. *BMJ Quality & Safety*, 20 (11), pp. 914-922.
- Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations (ACSNI) (1993). *Human factors study group third report: organising for safety*. London: Her Majesty's Stationery Office (HMSO).
- Agency for Healthcare Research and Quality (2013). *Making health care safer II: an updated critical analysis of the evidence for patient safety practices*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Almeida, L. & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (5ª ed.). Braga: Psiquilibrios Edições.
- Alves, C. A. (2009). *Erro de terapêutica em pediatria: percepção dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto. Portugal.
- Alves, M. M. (2011). *O clima de segurança na política e estratégia de saúde e segurança no trabalho*. Dissertação de Mestrado em Segurança e Higiene no Trabalho. Instituto Politécnico de Setúbal. Portugal.
- Antunes, B.; Daveson, B.; Ramsenthaler, C.; Benalia, H.; Ferreira, P.L.; Bausewein, C. & Higginson, I. J. (2012). *The Palliative care Outcome Scale (POS) Manual for cross-cultural adaptation and psychometric validation*. Acedido em Julho 20, 2014, em http://pos-pal.org/doct/Manual_for_crosscultural_adaptation_and_psychometric_validation_of_the_POS.pdf
- APA (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6ª ed.). Washington: American Psychological Association.
- Azevedo, M. (2003). *Medição, avaliação e fundamentos de estatística*. Departamento de Educação da Faculdade de Ciências. Universidade de Lisboa. Portugal.

- Azimi, L.; Tabibi, S. J.; Maleki, M. R.; Nasiripour, A. A. & Mahmoodi, M. (2012). Influence of training on patient safety culture: a nurse attitude improvement perspective. *International Journal of Hospital Research*, 1(1), pp. 51-56.
- Beaton, D. E.; Bombardier, C.; Guillemin, F. & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *SPINE*, 25(24), pp. 3186-3191.
- Beaton, D.; Bombardier, C.; Guillemin, F. & Ferraz, M. B. (2002). *Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures*. New York: American Academy of Orthopaedic Surgeons.
- Bergh, M. (2011). *Safety Climate: An evaluation of the safety climate at AkzoNobel Site Stenungsund*. Master of Science Thesis. Chalmers University of Technology. Goteborg, Suécia.
- Bognár, A.; Barach, P.; Johnson, J. K.; Duncan, R. C.; Birnbach, D.; Woods, D.; Holl, J. L. & Bacha, E. A. (2008). Errors and the burden of errors: attitudes, perceptions, and the culture of safety in pediatric cardiac surgical teams. *The Annals of Thoracic Surgery*, 85, pp.1374-1381.
- Bondevik, G. T.; Hofoss, D.; Hansen, E. H. & Deikas, E. C. (2014). The safety attitudes questionnaire - ambulatory version: psychometric properties of the Norwegian translated version for the primary care setting. *BMC Health Services Research*, 14 (139), pp. 1-10.
- Bonner, A. F.; Castle, N.G.; Men, A. & Handler, S. M. (2009). Certified nursing assistants' perceptions of nursing home patient safety culture: is there a relationship to clinical outcomes? *Journal of the American Medical Directors Association*, 10 (1), pp. 11-20.
- Borsa, J. C.; Damásio, B. F. & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia*, 22 (53), pp. 423-432.
- Brand, C.; Cameron, P.; Jolley, D.; Evans, S.; Andrianopoulos, N. & Lowthian, J. (2010). *Advice of methodology for patient safety culture survey*. Centre of Research Excellence in Patient Safety for the Victorian Managed Insurance Authority and Victorian Quality Council. Austrália.
- Brewer, B. B. (2006). Relationships among teams, culture, safety, and cost outcomes. *Western Journal of Nursing Research*, 28, pp. 641-653.
- British Medical Journal (2009). *Statistics at square one: correlation and regression*. Acedido em setembro 19, 2014, em <http://bmjjournals.com/collections/statsbk/11.dtl>.

- Cabrera, D. D.; Isla, R. & Vilela, L. D. (1997). *An evaluation of safety climate in ground handling activities*. Aviation Safety, Proceedings of the IASC-97 International Aviation Safety Conference. Soekha, Holanda.
- Carapeto, C. & Fonseca, F. (2006). *Administração pública: modernização, qualidade e inovação* (2ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Cardoso, I. (2006). Aspectos transculturais na adaptação de instrumentos de avaliação psicológica. *Interações*, 10. pp. 98-112.
- Carneiro, A. V. (2010). O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, pp. 3-10.
- Carney, B. T.; West, P.; Neily, J.; Mills, P. D. & Bagian, J. P. (2010a). Differences in nurse and surgeon perceptions of teamwork: implications for use of a briefing checklist in the OR. *AORN Journal*, 91 (6), pp. 722-729.
- Carney, B. T.; West, P.; Neily, J.; Mills, P. D. & Bagian, J. P. (2010b). The effect of facility complexity on perceptions of safety climate in the operating room: size matters. *American Journal of Medical Quality*, 25 (6), pp. 457-761.
- Carvalho, M. (2007). *Entre os cuidados e os cuidadores: o feminino na configuração da política de cuidados às pessoas idosas*. Acedido Novembro 20, 2014, em Revista de Universidade Lusófona file:///C:/Users/d/Downloads/239-711-1-PB%20(3).pdf.
- Carvalho, R. (2011). *Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil-questionário de atitudes de segurança*. Tese de Doutoramento em Ciências. Universidade de São Paulo. Brasil.
- Carvalho, R. & Cassiani, S. (2012). Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20 (3), pp. 1-8.
- Cassep-Borges, V., Balbinotti, M. A. & Teodoro, M. L. (2010). Tradução e validação de conteúdo: uma proposta para a adaptação de instrumentos. Em L. Pasquali e cols., *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas* (pp. 506-520). Porto-Alegre: Artmed.
- Cauduro, F. D. (2013). *Avaliação da cultura de segurança em unidades cirúrgicas*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná. Brasil.
- Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB) (2013). *Regulamento Interno do CHCB*. Covilhã, Portugal.

- Chaboyer, W.; Chamberlain, D.; Hewson-Conroy, K.; Grealy, B.; Elderkin, T.; Brittin, M. & McCutcheon, C. (2013). Safety culture in Australian intensive Care units: establishing A baseline for quality Improvement. *American journal of critical care*, 22 (2), pp. 93-102.
- Chambel, M. J. & Curral, L. (1995). *Psicossociologia das organizações*. Lisboa: Texto Editora.
- Chambel, M. J. & Curral, L. (2008). *Psicologia organizacional: Da estrutura à cultura*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Cheyne, A.; Cox, S.; Oliver, A. & Tomas, J. M. (1998). Modelling safety climate in the prediction of levels of safety activity. *Work and Stress*, 12, pp. 255-271.
- Chiavenato, I. (2004). *Recursos humanos: o capital humano das organizações* (8ª ed.). São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Choudhry, R.; Fang, D. & Mohamed, S. (2007). The nature of safety culture: a survey of the state-of-the-art. *Safety Science*, 45, pp. 993-1012.
- Colla, J. B.; Bracken, A. C.; Kinney, L. M. & Weeks, W. B. (2005). Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Quality & Safety Health Care*, 14 (5), pp. 364-366.
- Coluci, M. Z. & Alexandre, N. M. (2009). Adaptação cultural de instrumento que avalia atividades do trabalho e sua relação com sintomas osteomusculares. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22 (2), pp. 149-154.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2007). *Ambientes favoráveis à prática: condições de trabalho=cuidados de qualidade*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Cooper, M. D. (2000). Towards a model of safety culture. *Safety Science*, 36, pp. 111-136.
- Cooper, M. D. & Phillips, R. A. (2004). Exploratory analysis of the safety climate and safety behaviour relationship. *Journal of Safety Research*, 35, pp. 497- 512.
- Costa, I. M. (2013). *Adaptação e validação para português do questionário nursing home survey on patient safety culture (NHSPSC)*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Portugal.
- Coyle, I. R.; Sleeman, S.D. & Adams, N. (1995). Safety Climate. *Journal of Safety Research*, 26 (4), pp. 247-254.
- Davies, H. T.; Nutley, S. M. & Mannion, R. (2000). Organisational culture and quality of health care. *Quality in Health Care*, 9, pp. 111-119.
- De Vries, E. N.; Ramratten, M. A.; Smorenburg, S. M.; Gouma, D. J. & Boermeester, M. A. (2008). The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Quality and Safety in Healthcare*, 17 (3), pp. 216-223.

- Deilkås, E. C. (2008). *Patient safety culture - opportunities for healthcare management. The Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006, Norwegian version*. Acedido em Julho 22, 2014, em file:///C:/Users/d/Downloads/dravh-publ-Deilkaas%20(1).pdf.
- Deilkås, E. T. & Hofoss, D. (2008). Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version (Short Form 2006). *BMC Health Services Research*, 8 (191), pp. 1-10.
- Deilkås, E. T. & Hofoss, D. (2010). Patient safety culture lives in departments and wards: multilevel partitioning of variance in patient safety culture. *BMC Health Services Research*, 10 (85), pp. 1- 5.
- Dellinger, A. & Leech, N. (2007). Toward a unified validation framework in mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1 (4), pp. 309-332.
- Departamento da Qualidade em Saúde (2011). *Avaliação da cultura de segurança do doente numa amostra de hospitais portugueses: resultados do estudo piloto*. Direcção-Geral da Saúde e Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar. Lisboa.
- DeVellis, R. F. (2003). *Scale development: theory and application* (2ª ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications. Califórnia.
- Devriendt, E.; Van den Heede, K.; Coussement, J.; Dejaeger, E.; Surmont, K.; Heylen, D.; Schwendimann, R.; Sexton, B.; Wellens, N. I.; Boonen, S. *et al.* (2012). Content validity and internal consistency of the Dutch translation of the Safety Attitudes Questionnaire: an observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 49 (3), pp. 327-337.
- DGS (2011). *Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente. Relatório técnico final*. Ministério da Saúde. Portugal.
- DGS (2014). *Avaliação da cultura de segurança dos doentes em hospitais*. Norma 025/2013 de 20 de janeiro de 2014. Ministério da Saúde. Portugal.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260 (12), pp. 1743-1748.
- Donaldson, S. & Philip, P. (2004). Patient safety - a global priority. *Bulletin of the World Health Organization*, 82 (12), pp. 892-893.
- Eremenco, S. L., Cella, D. & Arnold, B. J. (2005). A comprehensive method for the translation and crosscultural validation of health status questionnaires. *Evaluation & the Health Professions*, 28 (2), pp. 212-232.

- Etchegaray, J. M. & Thomas, E. J. (2012). Comparing two safety culture surveys: Safety Attitudes Questionnaire and Hospital Survey on Patient Safety. *BMJ Quality and Safety*, 21, pp. 490-498.
- European Network for Patient Safety (EUNetPas) (2009). *Currently used patient safety measurement tools in Europe*. European Network for Patient Safety. Acedido em Junho 8, 2014, em http://90plan.ovh.net/~extranetn/images/EUNetPaS_Publications/eunetpas-report-use-of-psci-and-recommandations-april-8-2010.pdf.
- EUNetPaS (2010). *Use of patient safety culture instruments and recommendations*. European Society for Quality in Healthcare - Office for Quality Indicators. Dinamarca.
- Fachel, J. M. & Camey, S. (2000). Avaliação psicométrica: a qualidade das medidas e o entendimento dos dados. Em J. A. Cunha (Org.). *Psicodiagnóstico - V* (pp. 158-176). Porto Alegre: Artmed.
- Feng, X., Bobay, K. & Weiss, M. (2008). Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 63 (3), pp. 310-319.
- Fernandes, A. M. (2012). *Segurança do doente: velho designio, novos desafios. A mudança do paradigma cultural nas organizações de saúde*. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Portugal.
- Fernandes, A. M. & Queirós, P. J. (2011). Cultura de segurança do doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série - 4, pp. 37-48.
- Ferraz, M. B. (1997). Cross cultural adaptation of questionnaires: what is it and when should it be performed? *Journal of Rheumatology*, 24, pp. 2066-2068.
- Ferreira, P. L. & Marques, F. B. (1998). *Avaliação psicométrica e Adaptação Cultural e Linguística de Instrumentos de Medição em Saúde: Princípios Metodológicos*. Centro de Estudos de Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, Coimbra. Portugal.
- Flin, R. (2007). Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. *Safety Science*, 45, pp. 653-667.
- Flin, R., Burns, C., Mearns, K.; Yule, S. & Robertson, E. (2006). Measuring safety climate in health care. *Quality and Safety in Healthcare*, 15, pp. 109-115.
- Flin, R.; Winter, J.; Sarac, C. & Raduma, M. (2009). *Human factors in patient safety: review of topics and tools*. Suíça: World Health Organization (WHO).

- Fortin, M. (2000). *O processo de investigação: da concepção à realização* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Fortin M. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M., Côté, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fragata, J. (2006). *Risco clínico, complexidade e performance*. Coimbra: Almedina.
- Fragata, J. (2009). Gestão de risco. In: Campos, L.; Borges, M.; Portugal, R. *Governança dos Hospitais* (pp. 75-105). Lisboa: Casa das Letras.
- Fragata, J. (2010). A segurança dos doentes - Indicador de qualidade em saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26, pp. 564-570.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos doentes - Uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Fragata, J. & Martins, L. (2005). *O erro em medicina - Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra: Livraria Almedina.
- France, D. J.; Greevy, R. A.; Liu, X.; Burgess, H.; Dittus, R. S.; Weinger, M. B. & Speroff, T. (2010). Measuring and comparing safety climate in intensive care units. *Medical Care*, 48 (3), pp. 279-284.
- Frankel, A.; Gandhi, T. K. & Bates, D. W. (2003). Improving patient safety across a large integrated healthcare delivery system. *International Journal of Quality Healthcare*, 1, pp. 31-40.
- Frankel, A.; Grillo, S. P.; Pittman, M.; Thomas, E. J.; Horowitz, L.; Page, M. & Sexton, B. (2008). Revealing and Resolving Patient Safety Defects: The Impact of Leadership WalkRounds on Frontline Caregiver Assessments of Patient Safety. *Health Research and Educational Trust*, 43 (6), pp. 2050-2066.
- Freitas, A. L. & Rodrigues, S. G. (2005). *A avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach*. Brasil: Baráú.
- Freixo, M. J. (2009). *Metodologia científica. Fundamentos, métodos e técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Gallego, B.; Westbrook, M. T.; Dunn, A. G. & Braithwaite, J. (2012). Investigating patient safety culture across a health system: multilevel modelling of differences associated with service types and staff demographics. *International Journal of Quality in Health Care*, 24 (4), pp. 311-320.

- Gama, Z. A., Batista, A. M.; Souza, R. M.; Silva, I. G. & Freitas, M. R. (2013). Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: oportunidades de melhoria. *Cadernos de Saúde Pública*, 29 (7), pp. 1473-1477.
- Geller, E. S. (2001). *Working safe - How to help people actively care for health and safety* (2^a ed.). New York: Lewis Publishers.
- Gershon, R. R.; Karkashian, C. D.; Grosch, J. W. *et al.* (2000). Hospital safety climate and its relationship with safe work practices and workplace exposure incidents. *American Journal of Infection Control*, 28 (3), pp. 211-221.
- Gershon, R.; Stone, P.; Bakken, S. & Larson, E. (2004). Measurement of organizational culture and climate in health-care. *Journal of Nursing Administration*, 34 (1), pp. 33-40.
- Gibson, J. L.; Ivancevich, J. M.; Donnelly, J. H. & Konopaske, R. (2006). *Organizações. Comportamento, estrutura e processos* (12^a ed.). São Paulo: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, Lda. Brasil.
- Goleman, D. (2005). *Trabalhar com inteligência Emocional* (3^a ed.). Lisboa: Temas e Debates.
- Gomes, M. J. (2012). *Cultura de segurança do doente no bloco operatório*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Área de Especialização Gestão de Unidades de Cuidados. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Portugal.
- González-Formoso, C.; Martín-Miguel, M. V.; Fernández-Domínguez, M. J.; Rial, A.; Lago-Deibe, F. I.; Ramil-Hermida, L.; Pérez-García, M. & Clavería, A. (2011). Adverse events analysis as an educational tool to improve patient safety culture in primary care: a randomized trial. *BMC family practice*, 12 (50), pp. 1-10.
- González-Romá, V.; Peiró, J.; Lloret, S. & Zornoza, A. (1999). The validity of collective climates. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72 (1), pp. 25- 40.
- Görs, C.; Wallentin, F. Y.; Nilsson, U. & Ehrenberg, A. (2013). Swedish translation and psychometric testing of the safety attitudes questionnaire (operating room version). *BMC Health Services Research*, 13 (104), pp. 1-7.
- Grant, M. J.; Donaldson, A. E. & Larsen, G. Y. (2006). The safety culture in a children's hospital. *Journal of Nursing Care Quality*, 21 (3), pp. 223-229.
- Griffin, M. A. & Neal, A. (2000). Perceptions of work at safety at work: A framework for linking safety climate to safety performance, knowledge and motivation. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5 (3), pp. 347-358.

- Guillemin, F.; Bombardier, C. & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46, pp. 1417-1432.
- Guldenmund, F. W. (2000). The nature of safety culture: a review of theory and research. *Safety Science*, 34 (1), pp. 215-257.
- Guldenmund, F. W. (2010). (Mis)understanding safety culture and its relationship to safety management. *Risk Analysis*, 30 (10), pp. 1466-1480.
- Hahn, S. & Murphy, L. (2008). A short scale for measuring safety climate. *Safety Science*, 46, pp. 1047-1066.
- Hair, J. F.; Anderson, R. E.; Tatham, R. L. & Black W. C. (2006). *Multivariate data analysis* (6^a ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Haller, G.; Garnerin, P.; Morales, M. A.; Pfister, R.; Berner, M.; Irion, O.; Clergue, F. & Kern, C. (2008). Effect of crew resource management training in a multidisciplinary obstetrical setting. *International Journal of Health Care*, 20 (4), pp. 254-263.
- Halligan, M. & Zecevic, A. (2011). Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Quality and Safety*, 20, pp. 338-343.
- Hansez, I. & Chmiel, N. (2010). Safety behavior: Job demands, job resources, and perceived management commitment to safety. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15 (3), pp. 267-278.
- Harmsen, M.; Gaal, S.; Dulmen, S.; Feijter, E.; Giesen, P.; Jacobs, A.; Martijn, L.; Mettes, T.; Verstappen, W.; Nijhuis-van der Sanden, R. & Wensing, M. (2010). Patient safety in Dutch primary care: a study. *Implementation Science*, 5 (50), pp. 1-8.
- Haynes, A. B.; Weiser, T. G.; Berry, W. R.; Lipsitz, S. R.; Breizat, A. S.; Dellinger, E. P.; Dziekan, G.; Herbosa, T. *et al.* (2011). Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. *BMJ Quality and Safety*, 20, pp. 102-107.
- Health and Safety Executive (HSE) (2005). *A review of safety culture and safety climate literature for the development of the safety culture inspection toolkit*. Research Report 367. Bristol, Inglaterra.
- Health Foundation (2011). *Measuring safety culture*. Londres: The Health Foundation.
- Helmreich, R. L.; Merritt, A. C.; Sherman, P. J.; Gregorich, S. E. & Wiener, E. L. (1993). *The Flight Management Attitudes Questionnaire (FMAQ)*. NASA/UT/FAA Technical Report 93-4. TX: The University of Texas. Austin.

- Helmreich, R. L.; Merritt, A. C. & Sherman, P. J. (1996). Research project evaluates the effect of national culture on flight crew behaviour. *ICAO J*, 51 (8), pp. 14-16.
- Helmreich, R. L. & Merritt, A. C. (1998). *Culture at work in aviation and medicine*. Burlington: Ashgate.
- Herdman, M.; Fox-Rushby, J. & Badia, X. (1997). Equivalence and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Quality of Life Research*, 6, pp. 237-247.
- Hill, M. & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário* (2ª ed.). Lisboa: Silabo.
- Hindle, D.; Haraga, S.; Radu, C. & Yazbeck, A. (2008). What do health professionals think about patient safety? *Journal of Public Health*, 16 (2), p. 87-96.
- Hoch, A. P.; Vilamil, L. J. & Martins, S. D. (2010). *Cultura da segurança da equipe de enfermagem em um centro obstétrico*. Graduação em Enfermagem. Departamento de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil.
- Hofmann, D. A. & Stetzer, A. (1996). A cross-level investigation of factors influencing unsafe behaviors and accidents. *Personnel Psychology*, 49, pp. 307-339.
- Hoffman, J. & Proulx, S. (2003). Medication errors caused by confusion of drug names. *Drug Safety*, 26 (7), pp. 445 - 452.
- Hofstede, G. (1991). *Culturas e organizações. Compreender a nossa programação mental*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Holden, L. M.; Watts, D. D. & Hinton Walker, P. (2009). Patient safety climate in primary care: age matters. *Journal of Patient Safety*, 5 (1), pp. 23-28.
- Hsieh, H. F. & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15 (9), pp. 1277-1288.
- Hsieh, H. M.; Clement, D. G. & Bazzoli, G. J. (2010). Impacts of market and organizational characteristics on hospital efficiency and uncompensated care. *Health Care Management Review*, 35 (1), pp. 77-87.
- Huang, D. T.; Clermont, G.; Sexton, J. B.; Karlo, C. A.; Miller, R. G.; Weissfeld, L. A.; Rowan, K. M. & Angus, D. C. (2007). Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution. *Critical Care Medicine*, 35 (1), pp. 165-176.
- Huang, D. T.; Clermont, G.; Kong, L.; Weissfeld, L. A.; Sexton, J. B.; Rowan, K. M. & Angus, D. C. (2010). Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study. *International Journal for Quality in Health Care*, 22 (3), pp. 151-161.

- Hubley, A. M. & Palepu, A. (2007). Injection Drug User Quality of Life Scale (IDUQOL): findings from a content validation study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5 (46), pp. 1-13.
- Hudson, D. W.; Sexton, J. B.; Thomas, E. J. & Berenholtz, S. M. (2009). A safety culture primer for the critical care clinician: the role of culture in patient safety and quality improvement. *Contemporary Critical Care*, 7 (5), pp. 1-13.
- Hungler, B.; Beck, C. & Pollit, D. (2004). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). São Paulo: Editora Artmed.
- Hutchinson, A.; Cooper, K. L.; Dean, J. E.; McIntosh, A.; Patterson, M.; Stride, C. B.; Laurence, B. E. & Smith, C. M. (2006). Use of a safety climate questionnaire in UK health care: factor structure, reliability and usability. *Quality Safety Health Care*, 15, pp. 347-353.
- Inchauspe, J. A.; Moura, G. M; Carvalho, C. & Costa, R. S. (2013). Segurança do paciente no contexto hospitalar: revisão integrativa. *Revista de Saúde Dom Alberto*, 1 (1), pp. 29-40.
- Institute of Medicine (2000). *To err is human: building a safer health system*. Washington: National academy press.
- International Safety Advisory Group (1991). *Safety culture*. Vienna, Austria: International Atomic Energy Agency.
- International Test Commission (2010). *International Test Commission guidelines for translating and adapting tests*. Acedido em Julho 24, 2014, em <http://www.intestcom.org/upload/sitefiles/40.pdf>.
- JCAHO (2008). *Improving hand-off communication*. Acedido em Agosto 9, 2014, em www.jcipatientsafety.org/15427.
- Je, S. M.; Kim, H. J.; You, J. S.; Chung, S. P.; Cho, J.; Lee, J. H.; Lee, H. S. & Chung, H. S. (2014). Assessing safety attitudes among healthcare providers after a hospital-wide high-risk patientcare program. *Yonsei Medical Journal*, 55 (2), pp. 523-529.
- Junior, D. P.; Siqueira, J. S.; Silva, D. T.; Almeida, L. B.; Silva, W. B.; Sousa, P. & Guerreiro, M. P. (2010). Erro medicamentoso em cuidados de saúde primários e secundários: dimensão, causas e estratégias de prevenção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, pp. 40-46.
- Kar, C. & Hamid, H. (2013). *Adaptation of Safety Attitude Questionnaire (SAQ) in Malaysia healthcare setting*. In: 10th Biennial Conference of Asian Association of Social Psychology, 21-24 August 2013, Yogyakarta, Indonesia. Acedido em Julho 19, 2014 em <http://irep.iium.edu.my/32075/>.

- Katz-Navon, T.; Naveh, E. & Stern, Z. (2005). Safety climate in health care organizations: A multidimensional approach. *The Academy of Management Journal*, 48 (6), pp. 1075-1089.
- Kaya, S., Barsbay, S. & Karabulut, E. (2010). The Turkish version of the Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties and baseline data. *Quality and Safety in Healthcare*, 19 (6), pp. 572-577.
- Khoshbin, A.; Lingard, L. & Wright, J. G. (2009). Evaluation of preoperative and perioperative operating room briefings at the Hospital for Sick Children. *Canadian Medical Association*, 52 (4), pp. 309-315.
- Kinicki, A. & Keritner, R. (2006). *Comportamento organizacional* (2ª ed.). Brasil: McGrawHill Interamericana do Brasil.
- Kline, T. J.; Willness, C. & Ghali, W.A. (2008). Determinants of adverse events in hospitals—the potential role of patient safety culture. *Journal of Healthcare Quality*, 30 (1), pp. 11-17.
- Kohn L.T.; Corrigan J.M.; Donaldson M.S., ed. lit. (2000). *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC : National Academy Press.
- Kudo, Y.; Satoh, T.; Kido, S.; Watanabe, M.; Miki, T.; Miyajima, E. *et al.* (2008). A pilot study testing the dimensions of safety climate among Japanese nurses. *Industrial Health*, 46 (2), pp. 158-165.
- Lee, W.; Wung, H.; Liao, H.; Lo, C.; Chang, F.; Wang, P.; Fan, A.; Chen, H.; Yang, H. & Hou, S. (2010). Hospital Safety Culture in Taiwan: A nationwide survey using chinese version Safety Attitude Questionnaire. *BMC Health Services Research*, 10 (234), pp. 1-8.
- Lobo, A. C. (2008). *O erro na administração da medicação - causas e fatores contributivos e atitudes dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta, Lisboa. Portugal.
- Lyndon, A.; Sexton, J. B.; Simpson, K. R.; Rosenstein, A.; Lee, K. A. & Wachter, R. M. (2012). Predictors of likelihood of speaking up about safety concerns in labour and delivery. *BMJ Quality and Safety*, 21 (9), pp. 791-799.
- Mahfoozpour, S. & Mojdehkar, R. (2010). Attitudes of health caregivers on teamwork and safety climate in an educational medical center. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 26 (2), pp. 450-453.
- Makary, M. A.; Sexton, J. B.; Freischlag, J. A.; Millman, A.; Pryer, D.; Holzmueller, C. & Pronovost, P. J. (2006a). Patient safety in surgery. *Annals of Surgery*, 243, pp. 628-632.

- Makary, M. A.; Sexton, J. B.; Freischlag, J. A.; Holzmueller, C. G.; Millman, A.; Rowen, L. & Pronovost, P. J. (2006b). Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. *Journal of the American College of Surgeons*, 202 (5), pp. 746-752.
- Makary, M. A.; Mukherjee, A.; Sexton, J. B.; Syin, D.; Goodrich, E.; Hartmann, E.; Rowen, L.; Behrens, D. C.; Marohn, M. & Pronovost, P. J. (2007). Operating room briefings and wrong-site surgery. *Journal American College of Surgeons*, 204 (2), pp. 236-243.
- Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53, pp. 143-151.
- Manzi-Oliveira, A. B.; Balarini, F. B.; Marques, L. A. & Pasian, S. R. (2011). Adaptação transcultural de instrumentos de avaliação psicológica: levantamento dos estudos realizados no Brasil de 2000 a 2010. *Psico-USF*, 16 (3), pp. 367-381.
- Marôco, J. (2010a). *Análise estatística com utilização do SPSS* (3ª ed). Lisboa: Edições Sílabo.
- Marôco, J. (2010b). *Análise de equações estruturais*. Pêro Pinheiro: Report Number.
- Martins, G. (2006). Sobre confiabilidade e validade. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*, 8 (20), pp. 1-12.
- Mazzocco, K.; Petitti, D. B.; Fong, K. T.; Bonacum, D.; Brookey, J.; Graham, S.; Lasky, R. E.; Sexton, J. B. & Thomas, E. J. (2009). Surgical team behaviors and patient outcomes. *The American Journal of Surgery*, 197, pp. 678-685.
- McCulloch, P.; Mishra, A.; Handa, A.; Dale, T.; Hirst, G. & Catchpole, K. (2009). The effects of aviation-style non-technical skills training on technical performance and outcome in the operating theatre. *Quality and Safety Health Care*, 18, pp. 109-115.
- McGuire, M. J.; Noronha, G.; Samal, L.; Yeh, H.; Crocetti, S. & Kravet, S. (2012). Patient safety perceptions of primary care providers after implementation of an electronic medical record system. *Journal of General Internal Medicine*, 28 (2), pp. 184-192.
- Mearns, K. J. & Flin, R. (1999). Assessing the state of organizational safety - culture or climate? *Current Psychology*, 18 (1), pp. 5-17.
- Mello, J. F. & Barbosa, S. F. (2013). Cultura de segurança do paciente em Terapia Intensiva: recomendações de enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 22 (4), pp. 1124-1133.
- Meurling, L.; Hedman, L.; Sandahl, C.; Felländer-Tsai, L. & Wallin, C. (2013). Systematic simulation-based team training in a Swedish intensive care unit: a diverse response among critical care professions. *Quality and Safety in Health Care*, 22 (6), pp. 485-494.

- Ministério da Saúde (2009). *Nos 30 anos do SNS. Governação dos hospitais. Conclusões de um grupo de trabalho da ARSLVT*. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Portugal.
- Ministério da Saúde (2010). *A organização interna e a governação dos hospitais*. Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais. Lisboa.
- Modak, I.; Sexton, J. B.; Lux, T. R.; Helmreich, R. L. & Thomas, E. J. (2007). Measuring safety culture in the ambulatory setting: the safety attitudes questionnaire ambulatory version. *Journal of General Internal Medicine*, 22, pp. 1-5.
- Monteiro, J. A. (2010). *A segurança do paciente cirúrgico, o papel dos profissionais e o impacto sócioeconómico numa unidade local de saúde*. Dissertação de Mestrado em Gestão. Especialização em Administração Pública. Escola Superior de Tecnologia e Gestão. Instituto Politécnico da Guarda. Portugal.
- Moreira, J. M. (2004). *Questionários: teoria e prática*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Morello, R. T.; Lowthian, J. A.; Barker, A. L.; McGinnes, R.; Dunt, D. & Brand, C. (2012). Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. *BMJ Quality and Safety*, 22 (1), pp. 11-18.
- Nascimento, A. (2011). Sécurité des patients et culture de sécurité: une revue de la littérature. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16 (8), pp. 3591-3602.
- Neal, A.; Griffin, M. A. & Hart, P. M. (2000). The impact of organizational climate on safety climate and individual behavior. *Safety Science*, 34, pp. 99-109.
- Neal, A. & Griffin, M. A. (2004). Safety Climate and safety at work. In: J. Barling and M.R. Frone, (Eds.), *The Psychology of Workplace Safety* (pp. 15-34). Washington: American Psychological Association.
- Neal, A. & Griffin, M. A. (2006). 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*, 91 (4), pp. 946-953.
- Needleman, J.; Buerhaus, P.; Mattke, S.; Stewart, M. & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346 (22), pp. 1715-1722.
- Netemeyer, R. G.; Bearden, W. O. & Sharma, S. (2003). *Scaling procedures: Issues and application*. Califórnia: Sage Publications.
- Neves (2011). Clima e Cultura Organizacional In: Ferreira, J.M.; Neves, J. & Caetano, A., *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: Escolar Editora.

- Nieva, V. F. & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality and Safety Healthcare*, 12 (Suppl 2), pp. 17-23.
- Niskanen, T. (1994). Safety climate in the road administration. *Safety Science*, 17, pp. 237-255.
- Nordén-Hägg, A.; Sexton, J. B.; Källemark-Sporrong, S.; Ring, L. & Kettis-Lindblad, A. (2010). Assessing Safety Culture in Pharmacies: The psychometric validation of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in a national sample of community pharmacies in Sweden. *BMC Clinical Pharmacology*, 10 (8), pp. 1-12.
- O'Leary, K. J.; Wayne, D. B.; Haviley, C.; Slade, M. E.; Lee, J. & Williams, M. V. (2010). Improving teamwork: impact of structured interdisciplinary rounds on a medical teaching unit. *Journal of General Internal Medicine*, 25 (8), pp. 826-832.
- Olsen, E. (2009). *Safety climate and safety culture in health care and the petroleum industry: Psychometric quality, longitudinal change, and structural models*. Philosophiae Doctor. Faculty of Social Sciences. University of Stavanger. Noruega.
- Ooshaksaraie, M. (2009). The impact of companies, age on safety culture in the metal products industry. *American Journal of Engineering and Applied Sciences*, 2 (4), pp. 735-742.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Dotações seguras, salvam vidas*. Genebra: International Council of Nurses.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Ordens promovem debate sobre segurança dos serviços de saúde versus sustentabilidade do sistema de saúde. *Revista da Ordem do Enfermeiros*, 36, pp. 48-53.
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Dados estatísticos a 31-12-2013*. Departamento de Informática. Ordem dos Enfermeiros. Portugal.
- Pablo, M.; Palos, C. & Mesquita, A. C. (2012). Risco clínico: mudança cultural é fundamental. *Revista Informação da Espírito Santo Saúde*, Primavera-Verão, pp. 4-9.
- Paese, F. & Sasso, G. T. (2013). Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, 22 (2), pp. 302-310.
- Paine, L. A.; Rosenstein, B. J.; Sexton, J. B.; Kent, P.; Holzmueller, C. G. & Pronovost P. J. (2010). Assessing and improving safety culture throughout an academic medical centre: a prospective study. *Quality & Safety in Health Care*, 19 (6), pp. 574-554.
- Pallant, J. (2011). *SPSS survival guide: a step by step guide to data analysis using SPSS* (4^a ed.). Crows Nest, Austrália: Allen & Unwin.

- Palmieri, P.; Peterson, L.; Pesta, B.; Flit, M. & Saettone, D. (2010). Safety culture as a contemporary healthcare construct: theoretical review, research assessment and translation to human resource management. *Advanced Healthcare Management*, 9, pp. 97-133.
- Pascale, C. & Gurses, A. (2008). *Nursing workload and patient safety-a human factors, in patient safety and quality: an evidence-basead handbook for nurse*. Acedido em Novembro 2, 2014, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2657/>.
- Patterson, P. D.; Huang, D. T.; Fairbanks, R. J.; Simeone, S.; Weaver, M. & Wang, H. E. (2010). Variation in emergency medical services workplace safety culture. *Prehospital Emergency Care*, 14 (4), pp. 448- 460.
- Peralta, T. J. (2012). *Segurança do doente: perspetiva dos profissionais de um hospital da região centro*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Gestão de Unidades de Cuidados. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Portugal.
- Pereira, A. (2008). *SPSS Guia prático de utilização - Análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para as Ciências Sociais - a complementariedade do SPSS (4ª ed.)*. Lisboa: Sílabo.
- Pettker, C. M.; Thung, S. F.; Norwitz, E. R.; Buhimschi, C. S.; Raab, C. A.; Copel, J. A.; Kuczynski, E.; Lockwood, C. J. & Funai, E. F. (2009). Impact of a comprehensive patient safety strategy on obstetric adverse events. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 200 (5), pp. 492 (1-8).
- Pettker, C. M.; Thung, S. F.; Rabb, C. A.; Donohue, K. P.; Copel, J. A.; Lockwood, C. J. & Funai, E. F. (2011). A comprehensive obstetrics patient safety program improves safety climate and culture. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 204 (3), pp. 216 (1-6).
- Pimenta, L. C. (2013). *Avaliação da cultura de segurança do doente e propostas de melhoria*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde. Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve. Portugal.
- Pina e Cunha, M.; Rego, A.; Campos e Cunha, R. & Cabral-Cardoso, C. (2007). *Manual de comportamento organizacional e gestão (6ª ed.)*. Lisboa: Editora RH, Lda.
- Pina, E.; Ferreira, E.; Marques, A. & Matos, B. (2010). Infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista de Saúde Pública*, 10, pp. 27-39.
- Pinheiro, J. P. (2013). *Perceções sobre o clima de segurança em bloco operatório*. Mestrado em Segurança do Doente. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Portugal.

- Poley, M. J.; van der Starre, C.; van den Bos, A.; van Dijk, M. & Tibboel, D. (2011). Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: an evaluation using the Safety Attitudes Questionnaire. *Pediatric Critical Care Medicine*, 12 (6), pp. 310-316.
- Polit, D. F.; Beck, C.T. & Hungler, B.P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (5ª ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Profit, J.; Etchegaray, J.; Petersen, L. A.; Sexton, J. B.; Hysong, S. J.; Mei, M. & Thomas, E. J. (2012). The Safety Attitudes Questionnaire as a tool for benchmarking safety culture in the NICU. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 97 (2), pp. 127-132.
- Pronovost, P. J.; Weast, B.; Holzmueller, C. G. *et al.* (2003). Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. *Quality and Safety Health Care*, 12, pp. 405-410.
- Pronovost, P. J. & Sexton, J. B. (2005). Assessing safety culture: guidelines and recommendations. *Quality and Safety Health Care*, 14, pp. 231-233.
- Pronovost, P. J.; Holzmueller, C. G.; Needham, D. M. *et al.* (2006a). How will we know patients are safer? An organization-wide approach to measuring and improving safety. *Critical Care Medicine*, 34, pp. 1988-1995.
- Pronovost, P. J.; Miller, M. & Wachter, R. (2006b). Tracking progress in patient safety: an elusive target. *Journal American Medical Association (JAMA)*, 296 (6), pp. 696-699.
- Pronovost, P. J.; Needham, D.; Berenholtz, S.; Sinopoli, D.; Chu, H. *et al.* (2006c). An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *New England Journal of Medicine*, 355 (26), pp. 2725-2732.
- Pronovost, P. J.; Berenholtz, S. M.; Goeschel, C.; Thom, I.; Watson, S. R.; Holzmueller, C. G.; Lyon, J. S.; Lubomski, L. H.; Thompson, D. A.; Needham, D. *et al.* (2008). Improving patient safety in intensive care units in Michigan. *Journal of Critical Care*, 23 (2), pp. 207-221.
- Pronovost, P. J.; Goeschel, C. A.; Marsteller, J. A.; Sexton, J. B.; Pham, J. C. & Berenholtz, S. M. (2009). Framework for Patient Safety Research and Improvement. *Circulation*, 119, pp. 330-337.
- Raftopoulos, V.; Savva, N. & Papadopoulou, M. (2011). Safety culture in the maternity units: a census survey using the Safety Attitudes Questionnaire. *BMC Health Services Research*, 11 (238), pp. 1-10.

- Raftopoulos, V. & Pavlakis, A. (2013). Safety climate in 5 intensive care units: A nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the Safety Attitudes Questionnaire. *Journal of Critical Care*, 28 (1), pp. 51-61.
- Ramos, S. & Trindade, L. (2013). Incidentes de segurança do doente. Porquê relatar? *Revista TecnoHospital*, 60, pp. 10-16.
- Reason, J. (1998). Achieving a safe culture: Theory and practice. *Work and Stress*, 12, pp. 293-306.
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *British Medical Journal*, 320, pp. 768-770.
- Reason, J. (2004). Beyond the organisational accident: the need for "error wisdom" on the frontline. *Quality and Safety Health Care*, 13 (2), pp. 28-33.
- Reason, J. (2008). *The Human Contribution*. Reino Unido: Ashgate.
- Reason, J.; Carthey, J. & Leval, M.R. (2001). Diagnosing vulnerable system syndrome: an essential prerequisite to effective risk management. *Quality Health Care*, 10 (2), pp. 21-25.
- Reichers, A. E. & Schneider, B. (1990). Climate and culture: an evolution of constructs. In B. Schneider (Ed.), *Organisational Climate and Culture*, (pp. 5-39). San Francisco: Jossey-Bass.
- Reis, C. T. (2013). *A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro*. Tese de Doutorado da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro. Brasil.
- Reis, C. T.; Martins, M. & Laguardia, J. (2013). A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde - um olhar sobre a literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (7), pp. 2029-2036.
- Relihan, E.; Glynn, S.; Daly, D.; Silke, B. & Ryder, S. (2009). Measuring and benchmarking safety culture: Application of the Safety Attitudes Questionnaire to an acute medical admissions unit. *Irish Journal of Medical Science*, 178 (4), pp. 433-439.
- Resar, R. K. (2006). Making noncatastrophic health care processes reliable: learning to walk before running in creating high-reliability organizations. *Health Services Research*, 41, pp. 1677-1689.
- Ribeiro, J. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (2ª ed.). Porto: Legis.

- Rigobello, M. C.; Carvalho, R. E.; Cassiani, S. H.; Galon, T.; Capucho, H. C. & Deus, N. N. (2012). Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25 (5), pp. 728-735.
- Riley, W.; Davis, S.; Miller, K.; Hansen, H.; Sainfort, F. & Sweet, R. (2011). Didactic and simulation nontechnical skills team training to improve perinatal patient outcomes in a community hospital. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 37 (8), pp. 357-364.
- Robb, G. & Seddon, M. (2010). Measuring the safety culture in a hospital setting: a concept whose time has come? *Journal of the New Zealand Medical Association*, 123 (1313), pp. 66-76.
- Rose, J.; Thomas, C.; Tersigni, A.; Sexton, J. & Pryor, D. (2006). A leadership framework for culture change in health care. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 32 (8), pp. 433-442.
- Ross J. (2011). Patient safety outcomes: the importance of understanding the organizational culture and safety climate. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 26 (5), pp. 347-348.
- Rundmo, T. (2000). Safety climate, attitudes and risk perception in Norsk Hydro. *Safety Science*, 34, pp. 47-59.
- Rundmo, T. & Hale, A.R. (2003). Managers attitudes toward safety and accident prevention. *Safety Science*, 41, pp. 557-574.
- Saladino, L.; Pickett, L. C.; Frush, K.; Mall, A. & Champagne, M. T. (2013). Evaluation of a nurse-led safety program in a critical care unit. *Journal of Nursing Care Quality*, 28 (2), pp. 139-146.
- Sammer, C. (2009). *Culture of Safety in Hospitals: A Three-Part Analysis of Safety Culture, Evidence-Based Practice Guidelines, and Patient Outcomes*. Fort Worth, Tx: University of North Texas Health Science Center. Acedido em Agosto 2, 2014 em <http://digitalcommons.hsc.unt.edu/theses/37>.
- Santos, G.; Andrade, A.; Guimaraes, T. & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, 10, pp. 17-26.
- Schein, E. (1990). Organizational Culture. *American Psychologist*, 45 (2), pp. 109-119.
- Schein, E. (1996). Culture: the missing concept in organization studies. *Administrative science quarterly*, 41 (2), pp. 229-240.

- Schein, E. (2004). *Organizational culture and leadership* (3^a ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Schein, E. (2010). *Organizational culture and leadership*. San Fransisco: Jossey-Bass. In: Bergh (2011) *Safety Climate: An evaluation of the safety climate at AkzoNobel Site Stenungsund*. Master of Science Thesis. Goteborg, Sweden: Chalmers University of Technology.
- Schutz, A. L., Counte, M. A. & Meurer, S. (2007). Development of a patient safety culture measurement tool for ambulatory health care settings: Analysis of content validity. *Health Care Management Science*, 10, pp. 139-149.
- Schwendimann, R.; Zimmermann, N.; Kung, K.; Ausserhofer, D. & Sexton, B. (2013). Variation in safety culture dimensions within and between US and Swiss Hospital Units: an exploratory study. *BMJ Quality & Safety*, 22, pp. 32-41.
- Scott, T.; Mannion, R.; Davies, H. & Marshall, M. (2003). The quantitative measurement of organizational culture in healthcare: a review of the available instruments. *Health Services Research*, 38 (3), pp. 923-945.
- Sexton, J.; Thomas, E. & Helmreich, R. (2000). Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *British Medical Journal*, 320 (7237), pp. 745-749.
- Sexton, J. B. & Thomas E. J. (2005). The Context of Care and the Patient Care Team: The Safety Attitudes Questionnaire. In: *Building a better delivery system: a new engineering/health care partnership* (pp. 119-123). Washington: The national Academies Press.
- Sexton, J. B.; Helmreich, R. L.; Neilands, T. B.; Rowan, K.; Vella, K.; Boyden, J.; Roberts, P. R. & Thomas, E. J. (2006a). The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*, 6 (44), pp. 1-10.
- Sexton, J. B.; Holzmueller, C. G.; Pronovost, P. J.; Thomas, E. J.; McFerran, S.; Nunes, J.; Thompson, D. A.; Knight, A. P.; Penning, D. H. & Fox, H. E. (2006b). Variation in caregiver perceptions of teamwork climate in laborand delivery units. *Journal of Perinatology*, 26, pp. 463-470.
- Sexton, B.; Makary, M.; Tersigni, A.; Pryor, D.; Hendrich, A.; Thomas, E.; Holzmueller, C. G.; Knight A. P.; Wu, Y. & Pronovost, P. J. (2006c). Teamwork in the operating room. *Anesthesiology*, 105 (5), pp. 877-884.
- Sexton, J. B.; Thomas, E. J.; Helmreich, R. L.; Neilands, T. B.; Rowan, K.; Vella, K. *et al.* (2007). *Frontline assessments of healthcare culture: Safety Attitudes Questionnaire*

norms and psychometric properties. Technical report 04-01. Acedido em Agosto 3, 2014 em <http://www.utpatient.safety.org>.

Sexton, J.; Thomas, E. & Grillo, S. (2008) *The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) guidelines for administration, 2003*. The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice. Technical Report 03-02. Acedido em Julho 23, 2014 em http://www.uth.tmc.edu/schools/med/imed/patient_safety/survey&tools.htm.

Sexton, J. B.; Grillo, S.; Fullwood, C. & Pronovost, P. (2009). Assessing and improving safety culture. In: Frankel, A.; Leonard, M.; Simmonds, T.; Haraden, C. & Vega, K. B. eds. *The essential guide for patient safety officers* (pp. 11-19). Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources.

Sexton, J.; Berenholtz, S. M.; Goeschel, C. A.; Watson, S. R.; Holzmueller, C. G.; Thompson, D. A.; Hyzy, R. C.; Marsteller, J. A.; Schumacher, K. & Pronovost, P. J. (2011). Assessing and improving safety climate in a large cohort of intensive care units. *Critical Care Medicine*, 39 (5), pp. 934-939.

Silva, S. (2008). *Culturas de segurança e prevenção de acidentes de trabalho numa abordagem psicossocial: valores organizacionais declarados e em uso*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Fundação para a Ciência e a Tecnologia. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Portugal.

Silva, S., Lima, M. L. & Baptista, C. (2004). OSCI: An Organizational and Safety Climate Inventory. *Safety Science*, 42, pp. 205-220.

Simpson, K. R.; Knox, G. E.; Martin, M.; George, C. & Watson, S. R. (2011). Michigan Health & Hospital Association Keystone Obstetrics: a statewide collaborative for perinatal patient safety in Michigan. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 37 (12), pp. 544-552.

Singer, S. J.; Falwell, A. & Gaba, D. M. (2009). Identifying organizational cultures that promote patient safety. *Health Care Management Review*, 34, pp. 300-311.

Singer, S.; Lin, S.; Falwell, A.; Gaba, D. & Baker, C. (2009). Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. *Health Services Research*, 44, pp. 399-421.

Singla, A. K.; Kitch, B. T. & Weissman, J. S. (2006). Assessing patient safety culture: a review and synthesis of the measurement tools. *Journal of Patient Safety*, 2 (3), pp. 105-115.

Slavec, A. & Drnovsek, M. (2012). A perspective on scale development in entrepreneurship research. *Economic and Business Review*, 14 (1), pp. 39-62.

- Smith, G. S.; Huang, Y-H.; Ho, M. & Chen, P. Y. (2006). The relationship between safety climate and injury rates across industries: need to adjust for injury hazards. *Accident Analysis and Prevention*, 38, pp. 556-562.
- Sorra, J. S. & Nieva, V. F. (2004). *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Sousa, A. M. (2013). *Avaliação da cultura de segurança do doente num centro hospitalar da região centro*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Portugal.
- Sousa, P. (2006a). Sistemas de saúde e a segurança dos doentes. *Revista do Hospital de Crianças Maria Pia - Nascer e Crescer*, 15 (3), pp.163-167.
- Sousa, P. (2006b). Patient safety: A necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Medica Portuguesa*, 19, pp. 309-318.
- Sousa, P.; Uva, A. S. & Serranheira, F. (2010). Investigação e inovação em segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, pp. 89-95.
- Sousa, P.; Uva, A. S.; Serranheira, F.; Leite, E. & Nunes, C. (2011). *Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade*. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade de Lisboa. Portugal.
- Sousa, P.; Uva, A. S. & Serranheira, F. (2013). *Livro de Proceedings do 3º Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Sperber, A. D. (2004). Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology*, 126, pp. 124-128.
- Speroff, T.; Nwosu, S.; Greevy, R.; Weinger, M. B.; Talbot, T. R.; Wall, R. J. *et al.* (2010). Organisational culture: variation across hospitals and connection to patient safety climate. *Quality & Safety Health Care*, 19 (6), pp. 592-596.
- Stern, Z.; Katz-Navon, T., & Naveh, E. (2011). The effect of safety management systems on continuous improvement of patient safety: The moderating role of safety climate and autonomy. *Quality Management Journal*, 18 (1), pp. 54-67.
- Streiner, D. L. & Norman, G. R. (2008). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use* (4ª ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Tabibi, S. J.; Maleki, M. R.; Nasiripour, A. A.; Mahmoodi, M.; Azimi, L. & Alimohammadzadeh, K. (2012). Effective factors for improving the personnel's attitudes towards patient safety. *Scientific Research and Essays*, 7 (40), pp. 3382-3389.

- Tavakol, M. & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, pp. 53-55.
- Taylor, J. A.; Dominici, F.; Agnew, J.; Gerwin, D.; Morlock, L. & Miller, M. R. (2012). Do nurse and patient injuries share common antecedents? An analysis of associations with safety climate and working conditions. *BMJ Quality & Safety*, 21 (2), pp. 101-111.
- Taylor, J. A. & Pandian, R. (2013). A dissonant scale: stress recognition in the SAQ. *BMC Research Notes*, 6 (302), pp.1-6.
- Teixeira, S. (2005). *Gestão das organizações* (2ª ed.). Madrid: Editora McGraw-Hill Interamericana de Espanha.
- Terwee, C. B.; Bot, S. D.; Boer, M. R.; van der Windt, D. A.; Knol, D. L.; Dekker, J. *et al.* (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60 (1), pp. 34-42.
- Tharaldsen, J. E.; Olsen, E. & Rundmo, T. (2008). A longitudinal study of safety climate on the Norwegian continental shelf. *Safety Science*, 46, pp. 427-439.
- Thomas, E. J.; Sexton, J. B. & Helmreich, R. L. (2003). Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Critical Care Medicine*, 31, pp. 956-959.
- Thomas, E. J.; Sexton, J. B.; Neilands, T. B.; Frankel, A. & Helmreich, R. L. (2005). The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes: A randomized trial of clinical units. *BMC Health Services Research*, 5 (28), pp. 1-9.
- Timmel, J.; Kent, P. S.; Holzmueller, C. G.; Paine, L.; Schulick, R. D. & Pronovost, P. J. (2010). Impact of the Comprehensive Unit-Based Safety Program (CUSP) on safety culture in a surgical inpatient unit. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 36 (6), pp. 252-260.
- Turnberg, W. & Daniell W. (2008). Evaluation of a healthcare safety climate measurement tool. *Journal of Safety Research*, 39, pp. 563-568.
- União Europeia (2009). Recomendação 2009/C sobre a segurança dos doentes incluindo a prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde. *Jornal Oficial da União Europeia*, 151, pp.1-6.
- Urbaneto, J. S. & Gerhardt, L. M. (2013). Segurança do paciente na tríade assistência ensino pesquisa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34 (3), pp. 8-9.
- Uva, A.; Sousa, P.; S. & Serranheira, F. (2010). A segurança do doente para além do erro médico ou do erro clínico. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, pp. 1-2.

- Vargas, M. & Recio, M. (2008). *Mejorando la seguridad del paciente en los hospitales: de las ideas a la acción*. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud. Versão espanhola da Universidade de Michigan: "Patient Safety Toolkit". Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Espanha.
- Verbeke, W.; Volgering, M. & Hessels, M. (1998). Exploring the conceptual expansion within the field of organizational behaviour: Organizational climate and organizational culture. *Journal of Management Studies*, 35, pp. 303-329.
- Vigorito, M. C.; McNicoll, L.; Adams, L. & Sexton, B. (2011). Improving safety culture results in Rhode Island ICUs: lessons learned from the development of action-oriented plans. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 37, pp. 509-514.
- Vincent, C.; Adams, S. & Stanhope, N. (1998). Framework for analyzing risk and safety in clinical medicine. *British Medical Journal*, 316 (7138), pp. 1154-1157.
- Vogus, T. J. & Sutcliffe, K. M. (2007). The safety organizing scale: Development and validation of a behavioral measure of safety culture in hospital nursing units. *Medical Care*, 45 (1), pp. 46-54.
- Wachter, R. M. (2010). *Compreendendo a segurança do paciente*. Porto Alegre: Artmed.
- Watts, B. V.; Percarpio, K.; West, P. & Mills, P. D. (2010). Use of the Safety Attitudes Questionnaire as a measure in patient safety improvement. *Journal of Patient Safety*, 6 (4), pp. 206-209.
- Weaver, S. J.; Lubomksi, L. H.; Wilson, R. F.; Pfoh, E. R.; Martinez, K. A. & Dy, S. M. (2013). Promoting a culture of safety as a patient safety strategy. A systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 158 (5), pp. 369-375.
- WHO (2010). *Regional Office for Europe. Portugal health system performance assessment*. Copenhagen: WHO.
- WHO (2011). *Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente*. World Health Organization. Acedido em Junho 4, 2014, em <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Conceptual+framework+for+the+international+classification+for+patient+safety#0>.
- Wiegmann, D. A.; Thaden, T. L. & Gibbons, A. M. (2007). *A review of safety culture theory and its potential application to traffic safety*. University of Illinois at Urbana Champaign. Acedido em Abril 10, 2014, em www.aaafoundation.org/pdf/wiegmannvonthadengibbons.pdf.
- Williams, R. A. (2007). Women's health content validity of the family medicine in-training examination. *Family Medicine*, 39 (8), pp. 572-577.

- Williamson, A.; Feyer, A.; Cairns, D. & Biancotti, D. (1997). The development of a measure of safety climate: the role of safety perceptions and attitudes. *Safety Science*, 25, pp. 15-27.
- Wolf, F.A.; Way, L. W. & Stewart, L. (2010). The efficacy of medical team training: improved team performance and decreased operating room delays: a detailed analysis of 4863 cases. *Annals of Surgery*, 252 (3), pp. 477-483.
- Wynd, C. A.; Schmidt, B. & Schaefer, M. A. (2003). Two quantitative approaches for estimating content validity. *Western Journal of Nursing Research*, 25 (5), pp. 508-518.
- Yule, S. (2003a). *Safety culture and safety climate: A review of the literature*. Industrial Psychology Research Centre. University of Aberdeen. Reino Unido.
- Yule, S. (2003b). *Senior management influence on safety performance in the UK and US energy sectors*. Doctoral thesis. University of Aberdeen. Scotland.
- Zakari, N. (2011). Attitude of academic ambulatory nurses toward patient safety culture in Saudi Arabia. *Life Science Journal*, 8 (3), pp. 230-237.
- Zegers, M.; Bruijne, M. C.; Wagner, C.; Groenewegen, P. P.; Waaijman, R. & van der Wal, G. (2007). Design of a retrospective patient record study on the occurrence of adverse events among patients in Dutch hospitals. *BMC Health Services Research*, 7 (27), pp. 1-11.
- Zheng, L. (2012). *Operating room version of Safety Attitudes Questionnaire - An analysis using structural equation models*. Uppsala University. Suécia.
- Zimmermann, N.; Küng, K.; Sereika, S. M.; Engberg, S.; Sexton, B. & Schwendimann, R. (2013). Assessing the safety attitudes questionnaire (SAQ), German language version in Swiss university hospitals - a validation study. *BMC Health Services Research*, 13 (347), pp. 1-11.
- Zohar, D. (1980). Safety climate in industrial organizations: theoretical and applied implications. *Journal of Applied Psychology*, 65 (1), pp. 96-102.
- Zohar, D. (2003). Safety Climate: conceptual and Measurement Issues. In *Handbook of Occupational Health Psychology* (pp. 123-142). Edited by Quick JC, Tetrick L. Washington, D.C: American Psychological Association.
- Zohar, D. (2008) Safety climate and beyond: a multi-level multi-climate framework. *Safety Science*, 46, pp. 376-387.
- Zohar, D.; Livne, Y.; Orly, T.; Admi, H. & Donchin, Y. (2007). Healthcare climate: A framework for measuring and improving patient safety. *Critical Care Medicine*, 35 (5), pp. 1312-1317.

Anexos

Anexo I

Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006

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.  USE A NO. 2 PENCIL ONLY  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

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

BACKGROUND INFORMATION

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

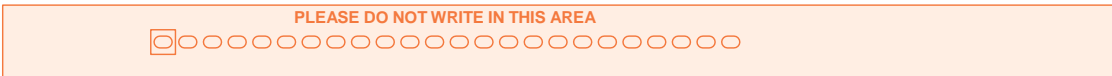
Position: (mark only one)

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



Anexo II

Pedido e respetiva autorização dos autores do questionário

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AOS AUTORES DO SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE -
SHORT FORM 2006**

De: **Dora Saraiva** (dorasaraiva1@hotmail.com)
Enviada: terça-feira, 24 de Junho de 2014 14:53:14
Para: Eric.Thomas@uth.tmc.edu (eric.thomas@uth.tmc.edu)

Dear Prof. Dr. Eric Thomas

I am a Masters student at the University of Beira Interior at Portugal.

I am contacting you about the Safety Attitudes Questionnaire-SAQ.

In the context of my masters research, i am interested in measuring safety attitudes in Portugal healthcare providers and want to the use the SAQ for this purpose.

Our decision to use this instrument is motivated by the fact that is 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 portuguese research yet, at least as far as we have been able to discover, i hereby ask your permission to:

- 1) Translate the SAQ - short form to Portuguese of Portugal, validating and adapting the instrument to the Portuguese context
- 2) Evaluate the psycometric properties of the resulting Portuguese (of Portugal) version of the SAQ in a Portuguese hospital

Thank you in advance.

I await response. Very Urgent.

Yours sincerely

--

Dora Saraiva (dorasaraiva1@hotmail.com)

**AUTORIZAÇÃO DOS AUTORES DO SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE -
SHORT FORM 2006**

De: **Thomas, Eric** (Eric.Thomas@uth.tmc.edu)
Enviada: terça-feira, 24 de Junho de 2014 15:22:34
Para: Dora Saraiva (dorasaraiva1@hotmail.com); Etchegaray, Jason
(Jason.Etchegaray@uth.tmc.edu); Ottosen, Madelene J
(madelene.j.ottosen@uth.tmc.edu)

Dora,

My colleague Dr Etchegaray can provide more information.

Eric Thomas
Professor of Medicine at the University of Texas Houston School, and Director of the UT
Houston-Memorial Hermann Center for Healthcare Quality and Safety.

De: **Etchegaray, Jason** (Jason.Etchegaray@uth.tmc.edu)
Enviada: terça-feira, 24 de Junho de 2014 15:55:28
Para: Dora Saraiva (dorasaraiva1@hotmail.com)

You have our permission, Dora.

Go for it and let me know if there is anything I can do to help. If you need me to review any part of the measure or provide feedback, I am happy to do so. If there is an opportunity for me to serve as a co-author on this work in the future, I am happy to contribute to that as well.

Cheers,

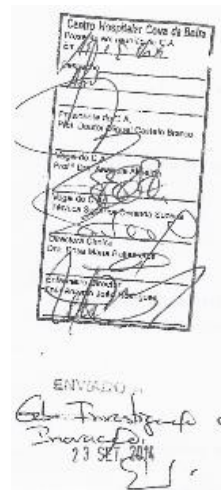
Jason
Assistant Professor at the University of Texas Medical School at Houston and a member of the
UT Houston-Memorial Hermann Center for Healthcare Quality and Safety.

Anexo III

Autorização do Conselho de Administração do CHCB para
realização do estudo

Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.
A/C Exmo. Senhor
Presidente do CA
Quinta do Alvito
6200 – 251 Covilhã

Covilhã, 27 de Junho de 2014



Título do Estudo: Tradução, adaptação cultural e validação do
Safety Attitudes Questionnaire- Short Form
2006 para Portugal

Assunto: Pedido de autorização para a realização de estudo

Exmo. Senhor,

Vimos por este meio requerer a V. Exa. autorização para a realização do estudo referido em epígrafe. No sentido de facilitar a avaliação por V. Exas., abaixo apresentamos um resumo dos aspetos mais relevantes:

Nome do Investigador:	Dora Maria Ricardo Fonseca Saraiva
Instituição de Origem	Universidade da Beira Interior
Serviços do CHCB que participam no estudo	Todas as unidades hospitalares (clínicas e cirúrgicas) do CHCB, EPE.
Objetivos	- Realizar a tradução, adaptação cultural e validação do <i>Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) – Short Form 2006</i> para Portugal. - Avaliar as propriedades psicométricas do SAQ – <i>Short Form 2006 PT</i> (versão portuguesa) no contexto de um hospital português.
Metodologia	Estudo metodológico transversal de natureza quantitativa.
População do Estudo	Todos os profissionais de unidades hospitalares clínicas e cirúrgicas do CHCB, EPE.
Informação de Segurança	O Investigador notificará espontaneamente todos os acontecimentos adversos.
Duração prevista do estudo	7 meses

O investigador compromete-se a iniciar o estudo apenas após ter obtido todos os pareceres e autorizações necessárias.

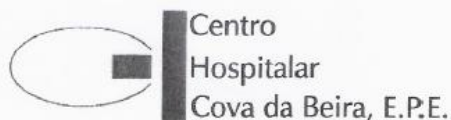
Com os melhores cumprimentos,

O investigador

Dora Maria Ricardo Fonseca Saraiva

Anexo IV

Autorização da Comissão de Ética do CHCB para realização do estudo



Deliberação n.º: 32/2014	Data: 09.07.2014	Órgão: Reunião plenária
Título: "Tradução, adaptação cultural e validação do <i>Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006</i> para Portugal"		Nº. EudraCT:
Versão da documentação aprovada: 07.07.2014	Promotor:	Investigadores principais: Dora Maria Ricardo Fonseca Saraiva

Membros da CES do CHCB:

**Prof. Doutor Manuel
Passos Morgado**
(Presidente,
Farmacêutico)

**Dr.ª Ana Paula Torgal
Carreira**
(Vice-Presidente,
Assistente Social)

**Enf. João José Carvalhão
Ramalhinho**
(Enfermeiro)

**Dr.ª Maria Fátima Jesus
Simões**
(Psicóloga)

**Dr. Luís Manuel Almeida
Alves Ribeiro**
(Médico)

**Dr. Luís Manuel Carreira
Fiadeiro**
(Jurista)

Dr. António Luciano
(Teólogo)

A Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Cova da Beira, em reunião realizada na data 09.07.2014, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização do estudo acima referenciado.

Ouvido o relator, o processo foi votado pelos **membros da CES do CHCB presentes:**

Presidente: Prof. Doutor Manuel Passos Morgado

Dr. Luís Manuel Almeida Alves Ribeiro

Enf. João José Carvalhão Ramalhinho

Dr. António Luciano

Resultado da votação:

Apreciado o projecto, concluiu esta Comissão de Ética que todos os Diretores de Serviço do Centro Hospitalar Cova da Beira devem ser informados da aplicação do questionário em causa e dar o seu consentimento para a realização do mesmo nos seus serviços.

Data: 09.07.2014

O Presidente da CES do CHCB:


(Prof. Doutor Manuel Morgado)

CHCB.IMP.COMET.01

Ed.1

Rev.0

Sede: ☒ Quinta do Alvito 6200 – 251 Covilhã
☒ Av. Adolfo Portela 6230 – 288 Fundão

☎ 275 330 000
☎ 275 330 000

Fax: 275 330 001
Fax: 275 751 057

Apêndices

Apêndice I

Tradução T1, T2 e Síntese T12

Versão original	Tradução T1	Tradução T2	Síntese T12
Safety attitudes: frontline perspectives from this patient care area	Atitudes de Segurança: Perspetivas de Equipa nesta Área de Cuidados ao Doente	Atitudes de Segurança: Perspetivas dos Funcionários desta Área de Atendimento de Pacientes	Atitudes de Segurança: Perspetivas da Equipa nesta Área de Cuidados ao Doente
I work in the (clinical area or patient care area where you typically spend your time):	Eu trabalho em (área clínica ou de assistência ao doente onde normalmente exerce funções):	Trabalho na (área clínica ou área de atendimento de pacientes onde normalmente passa o seu tempo):	Área clínica ou área de assistência ao doente onde normalmente exerce funções:
This is in the Department of:	Isto é no Departamento de:	Pertence ao Departamento de:	Departamento:
Please complete this survey with respect to your experiences in this clinical area.	Por favor, preencha este inquérito relativamente às suas experiências nesta área clínica.	Por favor preencha este questionário a respeito da sua experiência nesta área clínica.	Por favor, preencha este questionário relativamente às suas experiências nesta área clínica.
Use number 2 pencil only.	Use apenas um lápis número 2.	Utilize apenas um lápis número 2.	Use apenas lápis número 2.
Erase cleanly any mark you wish to change.	Apagar de forma clara qualquer marca que deseje alterar.	Apague bem qualquer marca que deseje alterar.	Apague bem qualquer resposta que deseje alterar.
Correct mark	Marca correta	Marca correta	Marca correta
Incorrect marks	Marcas incorretas	Marcas incorretas	Marcas incorretas
Please answer the following items with respect to your specific unit or clinical area	Por favor, responda às seguintes questões relativamente à sua unidade específica ou área clínica.	Por favor responda às seguintes questões em relação à sua unidade específica ou área clínica.	Por favor, responda aos itens seguintes relativamente à sua unidade específica ou área clínica.
Choose your responses using the scale below:	Escolha as suas respostas fazendo uso da escala abaixo:	Escolha as suas respostas utilizando a escala a seguir:	Escolha as suas respostas utilizando a escala a seguir:
Not applicable	Não aplicável	Não Aplicável	Não Aplicável
Agree strongly	Concordo totalmente	Concordo bastante	Concordo totalmente
Agree slightly	Concordo parcialmente	Concordo ligeiramente	Concordo parcialmente
Neutral	Neutro	Indiferente	Indiferente
Disagree slightly	Discordo parcialmente	Discordo ligeiramente	Discordo parcialmente
Disagree strongly	Discordo totalmente	Discordo bastante	Discordo totalmente
1. Nurse input is well received in this clinical area.	1. A contribuição/as sugestões do Enfermeiro é/são bem recebida/as nesta área clínica.	1. As opiniões das enfermeiras são bem recebidas nesta área clínica.	1. As opiniões dos(as) enfermeiros(as) são bem recebidas nesta área clínica.
2. In this clinical area, it is difficult to speak up if I perceive a problem with patient care.	2. Nesta área clínica, é difícil falar se me aperceber de um problema com o cuidado ao doente.	2. Nesta área clínica, é difícil falar livremente se for observado um problema no atendimento do paciente.	2. Nesta área clínica, é difícil falar livremente se me aperceber de um problema com o cuidado ao doente.

(Continua)

Versão original (continuação)	Tradução T1	Tradução T2	Síntese T12
3. Disagreements in this clinical area are resolved appropriately (i.e., not who is right, but what is best for the patient).	3. Nesta área clínica, as discordâncias são resolvidas de forma adequada (isto é, não se trata de quem está certo, mas do que é melhor para o doente).	3. As divergências nesta área clínica são resolvidas adequadamente (não se trata de quem tem razão, mas o que é melhor para o paciente).	3. As divergências nesta área clínica são resolvidas adequadamente (isto é, não se trata de quem está certo, mas do que é melhor para o doente).
4. I have the support I need from other personnel to care for patients.	4. Tenho o apoio de que preciso dos outros profissionais para cuidar dos doentes.	4. Tenho o apoio de que necessito por parte de outros funcionários no atendimento de pacientes.	4. Tenho o apoio de que necessito por parte de outros funcionários no atendimento de doentes.
5. It is easy for personnel here to ask questions when there is something that they do not understand.	5. É fácil para os profissionais que actuam nesta área colocarem questões quando há algo que estes não entendem.	5. Aqui, é fácil para os funcionários fazerem perguntas quando não compreendem algo.	5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área colocarem questões quando não compreendem algo.
6. The physicians and nurses here work together as a well-coordinated team.	6. Os médicos e enfermeiros aqui trabalham juntos como uma equipa bem coordenada.	6. Aqui, os médicos e as enfermeiras trabalham em conjunto como uma equipa bem coordenada.	6. Os(as) médicos(as) e enfermeiros(as) desta área clínica trabalham em conjunto como uma equipa bem coordenada.
7. I would feel safe being treated here as a patient.	7. Sentir-me-ia seguro caso fosse tratado aqui como doente.	7. Sentir-me-ia seguro se fosse tratado aqui como um paciente.	7. Sentir-me-ia seguro se fosse tratado aqui como doente.
8. Medical errors are handled appropriately in this clinical area.	8. Os erros médicos são tratados de forma adequada nesta área clínica.	8. Os erros médicos são tratados de forma correta nesta área clínica.	8. Os erros médicos são tratados de forma adequada nesta área clínica.
9. I know the proper channels to direct questions regarding patient safety in this clinical area.	9. Conheço os canais adequados para direccionar questões relativamente à segurança do doente nesta área clínica.	9. Conheço os canais adequados para direccionar as questões relacionadas com a segurança de pacientes nesta área clínica.	9. Conheço os canais adequados para direccionar as questões relacionadas com a segurança do doente nesta área clínica.
10. I receive appropriate feedback about my performance.	10. Recebo o feedback/retorno adequado acerca do meu desempenho.	10. Recebo um feedback adequado acerca do meu desempenho.	10. Recebo <i>feedback</i> adequado acerca do meu desempenho.
11. In this clinical area, it is difficult to discuss errors.	11. Nesta área clínica, é difícil discutir erros.	11. Nesta área clínica, é difícil discutir erros.	11. Nesta área clínica, é difícil discutir os erros.
12. I am encouraged by my colleagues to report any patient safety concerns I may have.	12. Sinto-me encorajado pelos meus colegas a reportar qualquer questão relacionada com a segurança do doente que possa eventualmente ter.	12. Sou incentivado pelos meus colegas a reportar quaisquer preocupações com a segurança de pacientes que possa ter.	12. Sou encorajado pelos meus colegas a reportar qualquer preocupação que eu possa ter com a segurança do doente.

(Continua)

Versão original (continuação)	Tradução T1	Tradução T2	Síntese T12
13. The culture in this clinical area makes it easy to learn from the errors of others.	13. A cultura nesta área clínica torna fácil aprender com os erros dos outros.	13. A cultura nesta área clínica faz com que seja fácil aprender com os erros dos outros.	13. A cultura nesta área clínica faz com que seja fácil aprender com os erros dos outros.
14. My suggestions about safety would be acted upon if I expressed them to management.	14. As minhas sugestões sobre a segurança seriam postas em prática se eu as manifestasse à administração.	14. As minhas sugestões acerca da segurança seriam consideradas caso fossem manifestadas à Direção.	14. As minhas sugestões acerca da segurança seriam consideradas caso fossem manifestadas à Direção.
15. I like my job.	15. Eu gosto do meu trabalho.	15. Gosto do meu trabalho.	15. 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.	16. 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 local para trabalhar.	17. Este é um bom local para trabalhar.	17. Este é um bom local para trabalhar.
18. I am proud to work in this clinical area.	18. Tenho orgulho em trabalhar nesta área clínica.	18. Tenho orgulho em trabalhar nesta área clínica.	18. Tenho orgulho em trabalhar nesta área clínica.
19. Morale in this clinical area is high.	19. A moral, nesta área clínica, é alta.	19. A moral nesta área clínica é elevada.	19. A moral nesta área clínica é alta.
20. When my workload becomes excessive, my performance is impaired.	20. Quando a minha carga de trabalho se torna excessiva, o meu desempenho é prejudicado.	20. Quando a minha carga de trabalho se torna excessiva, o meu desempenho é prejudicado.	20. Quando a minha carga de trabalho se torna excessiva, o meu desempenho é prejudicado.
21. I am less effective at work when fatigued.	21. Sou menos eficaz no meu trabalho se estiver cansado.	21. Sou menos eficiente no trabalho quando me sinto cansado.	21. Sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado.
22. I am more likely to make errors in tense or hostile situations.	22. Sinto-me mais propenso a cometer erros em situações tensas ou hostis.	22. Há maior probabilidade de cometer erros em situações de tensão ou hostilidades.	22. 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. A fadiga prejudica o meu desempenho em situações de emergência (por exemplo, reanimação, convulsão).	23. A fadiga afeta o meu desempenho durante situações de emergência (por ex. reanimação de emergência, convulsões).	23. A fadiga influencia o meu desempenho em situações de emergência (por exemplo, reanimação cardiorespiratória, convulsões).
24. Management supports my daily efforts:	24. A Administração apoia os meus esforços diários:	24. A Direção apoia os meus esforços diários:	24. A Administração apoia os meus esforços diários:
25. Management doesn't knowingly compromise pt safety:	25. A Administração não se compromete com a segurança de forma intencional:	25. A Direção não compromete a segurança de forma consciente:	25. A Administração não compromete de forma consciente a segurança do doente:
26. Management is doing a good job:	26. A Administração está a realizar um bom trabalho:	26. A Direção está a realizar um bom trabalho:	26. A Administração está a realizar um bom trabalho:

(Continua)

Versão original (continuação)	Tradução T1	Tradução T2	Síntese T12
27. Problem personnel are dealt with constructively by our:	27. Os profissionais problemáticos são tratados de forma construtiva pela nossa:	27. Os problemas do pessoal são resolvidos de forma construtiva pela nossa:	27. Profissionais problemáticos são tratados de forma construtiva pela nossa:
28. I get adequate, timely info about events that might affect my work, from:	28. Recebo informação adequada e oportuna sobre eventos que possam afectar o meu trabalho, de:	28. Recebo informações adequadas e atempadas acerca de eventos que podem afetar o meu trabalho, da:	28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar o meu trabalho, de:
29. The levels of staffing in this clinical area are sufficient to handle the number of patients.	29. O volume de pessoal/número de profissionais nesta área clínica é suficiente para tratar o número de doentes	29. O número de funcionários nesta área clínica é suficiente para tratar o número de pacientes.	29. O número de profissionais nesta área clínica é suficiente para tratar o número de doentes.
30. This hospital does a good job of training new personnel.	30. Este hospital faz um bom trabalho na formação de novos profissionais.	30. Este hospital realiza um bom trabalho a nível da formação de novos funcionários.	30. Este hospital realiza um bom trabalho na formação de novos profissionais.
31. All the necessary information for diagnostic and therapeutic decisions is routinely available to me.	31. Todas as informações necessárias para as decisões de diagnóstico e terapêutica são-me disponibilizadas de forma sistemática.	31. Toda a informação necessária para as decisões diagnósticas e terapêuticas é-me disponibilizada de forma sistemática.	31. Toda a informação necessária para as decisões diagnósticas e terapêuticas é-me disponibilizada de forma sistemática.
32. Trainees in my discipline are adequately supervised.	32. Os estagiários na minha profissão são adequadamente supervisionados.	32. Os formandos na minha disciplina são supervisionados de forma adequada.	32. Os estagiários na minha profissão são adequadamente supervisionados.
33. I experience good collaboration with nurses in this clinical area.	33. Vivencio boa colaboração com os enfermeiros nesta área clínica.	33. Existe uma boa colaboração com as enfermeiras nesta área clínica.	33. Vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros(as) nesta área clínica.
34. I experience good collaboration with staff physicians in this clinical area.	34. Vivencio uma boa colaboração com os médicos nesta área clínica.	34. Existe uma boa colaboração com os médicos assistentes nesta área clínica.	34. Vivencio boa colaboração com os(as) médicos(as) nesta área clínica.
35. I experience good collaboration with pharmacists in this clinical area.	35. Vivencio uma boa colaboração com os farmacêuticos nesta área clínica.	35. Existe uma boa colaboração com os farmacêuticos nesta área clínica.	35. Vivencio boa colaboração com os(as) farmacêuticos(as) nesta área clínica.
36. Communication breakdowns that lead to delays in delivery of care are common.	36. São comuns falhas de comunicação que conduzem a atrasos na prestação de cuidados.	36. São comuns as falhas de comunicação que levam a atrasos na prestação de cuidados.	36. São comuns falhas de comunicação que levam a atrasos na prestação de cuidados.
Background information	Informação adicional	Informação básica	Informação adicional
Have you completed this survey before? Yes. No. Don't know.	Já alguma vez teve oportunidade de preencher este inquérito/instrumento. Sim. Não. Não sei.	Já preencheu este questionário antes? Sim. Não. Não sei.	Já preencheu este questionário anteriormente? Sim. Não. Não sei.
Today's date (month/year):	Data de Hoje (mês/ano):	Data atual (mês/ano):	Data (mês/ano): (Continua)

Versão original (continuação)	Tradução T1	Tradução T2	Síntese T12
Position: (mark only one)	Função: (marcar apenas uma opção)	Cargo: (marcar apenas um)	Função: (marcar apenas uma opção)
Mark your gender: Male, Female	Assinale o seu género: Masculino, Feminino	Assinale o seu sexo: Masculino, Feminino	Género: Masculino, Feminino
Primarily: adult, peds, both	Principalmente: adultos, crianças, ambos	Principalmente: adultos, crianças, ambos	Área de atuação: adultos, crianças, 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.	Anos 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 ou mais.	Anos na especialidade: Menos 6 meses; 6 a 11 meses; 1 a 2 anos; 3 a 4 anos; 5 a 10 anos; 11 a 20 anos; 21 ou mais.	Anos 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 ou mais.
Thank you for completing the survey - your time and participation are greatly appreciated.	Obrigado por ter respondido a este inquérito - o seu tempo e participação são muito importantes.	Obrigado por preencher o questionário - agradecemos imenso o seu tempo e a sua participação.	Obrigado por preencher o questionário - agradecemos imenso o seu tempo e a sua participação.
Please do not write in this area.	Por favor, não escreva nesta área.	Por favor não escreva nesta área.	Por favor não escreva nesta área.

Apêndice II

Retrotradução RT1 e RT2

Síntese T12	Retrotradução RT1	Retrotradução RT2
Atitudes de Segurança: Perspetivas da Equipa nesta Área de Cuidados ao Doente	Safety Attitudes: Frontline Perspectives from this Patient Care Area	Safety Attitudes: Team's Perspectives on this Patient Care Area
Área clínica ou área de assistência ao doente onde normalmente exerce funções:	Clinical area or patient-care unit, in which you usually perform your duties:	Clinical area or patient care area where you are usually exercising:
Departamento:	Department:	Department:
Por favor, preencha este questionário relativamente às suas experiências nesta área clínica.	Please complete this survey with respect to your experiences in this clinical area.	Please complete this survey with respect to your experience in this clinical area.
Use apenas lápis número 2.	Use number 2 pencil only.	Only use Number 2 pencil.
Apague bem qualquer resposta que deseje alterar.	Erase cleanly any mark you wish to change.	Erase cleanly any answer you wish to change
Marca correta	Correct mark	Correct mark
Marcas incorretas	Incorrect marks	Incorrect marks
Por favor, responda aos itens seguintes relativamente à sua unidade específica ou área clínica.	Please answer the following items with respect to your specific unit or clinical area.	Please answer to the following items with respect to your specific unit or clinical area.
Escolha as suas respostas utilizando a escala a seguir:	Choose your responses using the scale below:	Select your answers using the scale below:
Não Aplicável	Not Applicable	Not applicable
Concordo totalmente	Agree Strongly	I totally agree
Concordo parcialmente	Agree Slightly	I partially agree
Indiferente	Neutral	Indifferent
Discordo parcialmente	Disagree Slightly	I partially disagree
Discordo totalmente	Disagree Strongly	I totally disagree
1. As opiniões dos(as) enfermeiros(as) são bem recebidas nesta área clínica.	1. This clinical unit values its nurse(s) opinions.	1. Nurses' input is well received in this clinical area.
2. Nesta área clínica, é difícil falar livremente se me aperceber de um problema com o cuidado ao doente.	2. In this clinical unit, it is difficult to speak openly about problems related to patient care.	2. In this clinical area, it is difficult to speak up if I become aware of a problem with patient care.
3. As divergências nesta área clínica são resolvidas adequadamente (isto é, não se trata de quem está certo, mas do que é melhor para o doente).	3. Disagreements in this clinical area are resolved appropriately (i.e., not who is right, but what is best for the patient).	3. Disagreements in this clinical area are handled appropriately (i.e., not who is right, but what is best for the patient matters).
4. Tenho o apoio de que necessito por parte de outros funcionários no atendimento de doentes.	4. I have the support I need from other personnel to care for patients.	4. I have the support I need from other personnel to care for patients.
5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área colocarem questões quando não compreendem algo.	5. It is easy for health-care professionals working in this unit to ask questions whenever they do not understand something.	5. It is easy for professionals working in this area to ask questions when there is something that they do not understand.

(Continua)

Síntese T12 (continuação)	Retrotradução RT1	Retrotradução RT2
6. Os(as) médicos(as) e enfermeiros(as) desta área clínica trabalham em conjunto como uma equipa bem coordenada.	6. In this clinical unit, physician(s) and nurse(s) work together as a well-organised team.	6. Physicians and nurses in this clinical area work together as a well coordinated team.
7. Sentir-me-ia seguro se fosse tratado aqui como doente.	7. I would feel safe if I was a patient at this clinical unit.	7. I would feel safe if I were to be treated here as a patient.
8. Os erros médicos são tratados de forma adequada nesta área clínica.	8. Medical errors are handled properly in this clinical unit.	8. Medical errors are handled appropriately in this clinical area.
9. Conheço os canais adequados para direcionar as questões relacionadas com a segurança do doente nesta área clínica.	9. I know the appropriate communication channels for handling issues related to patient safety in this clinical unit.	9. I know the proper channels to direct questions regarding patient safety in this clinical area.
10. Recebo <i>feedback</i> adequado acerca do meu desempenho.	10. I receive adequate feedback on my performance.	10. I receive appropriate feedback on my performance.
11. Nesta área clínica, é difícil discutir os erros.	11. In this clinical unit, it is difficult to discuss errors.	11. In this clinical area, it is difficult to discuss errors.
12. Sou encorajado pelos meus colegas a reportar qualquer preocupação que eu possa ter com a segurança do doente.	12. I am encouraged by my colleagues to report any patient safety concerns I may have.	12. I am encouraged by my co-workers to report any concerns regarding patient safety.
13. A cultura nesta área clínica faz com que seja fácil aprender com os erros dos outros.	13. The culture in this clinical unit allows learning from the errors of others.	13. The culture in this clinical area makes it easy to learn from the errors of others.
14. As minhas sugestões acerca da segurança seriam consideradas caso fossem manifestadas à Direção.	14. If submitted to the Management, my suggestions on safety are taken into consideration.	14. My suggestions about safety would be acted upon if I expressed them to management.
15. Gosto do meu trabalho.	15. I like my job.	15. I like my job.
16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família.	16. Working here is like being part of a big family.	16. Working here is like being part of a big family.
17. Este é um bom local para trabalhar.	17. This is a good place to work.	17. This is a good place to work.
18. Tenho orgulho em trabalhar nesta área clínica.	18. I am proud to work in this clinical unit.	18. I am proud to work in this clinical area.
19. A moral nesta área clínica é alta.	19. The morale is high in this clinical unit.	19. Moral is high in this clinical area.
20. Quando a minha carga de trabalho se torna excessiva, o meu desempenho é prejudicado.	20. When my workload becomes excessive, my performance suffers.	20. When my workload becomes excessive, my performance is impaired.
21. Sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado.	21. I am less effective at work when fatigued.	21. I am less efficient at work when I am tired.
22. Tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.	22. I am more likely to commit errors in tense and stress ful situations.	22. I am more likely to commit errors in tense or hostile situations.

(Continua)

Síntese T12 (continuação)	Retrotradução RT1	Retrotradução RT2
23. A fadiga influencia o meu desempenho em situações de emergência (por exemplo, reanimação cardiopulmonar, convulsões).	23. Fatigue affects my performance in emergency situations (e.g. cardiopulmonary resuscitation, seizures).	23. Fatigue affects my performance during emergency situations (e.g. cardiorespiratory reanimation, seizures).
24. A Administração apoia os meus esforços diários:	24. The Management supports my daily efforts:	24. Management supports my daily efforts:
25. A Administração não compromete de forma consciente a segurança do doente:	25. The Management does not consciously compromise the patients safety:	25. Management does not compromise in a conscious way patient safety:
26. A Administração está a realizar um bom trabalho:	26. The Management is doing a good job:	26. Management is doing an excellent job:
27. Profissionais problemáticos são tratados de forma construtiva pela nossa:	27. Problem personnel are dealt with constructively by our:	27. Difficult professional team members are handled in a constructive way by our:
28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar o meu trabalho, de:	28. I get adequate, timely info about events that might affect my work, from:	28. I receive adequate and timely information regarding events that might affect my work, from:
29. O número de profissionais nesta área clínica é suficiente para tratar o número de doentes.	29. The number of professionals working in this clinical unit is sufficient to handle the number of patients.	29. The levels of staffing in this clinical area are sufficient to handle the number of patients.
30. Este hospital realiza um bom trabalho na formação de novos profissionais.	30. This hospital does a good job in training new professionals.	30. This hospital is proficient in training new professionals.
31. Toda a informação necessária para as decisões diagnósticas e terapêuticas é-me disponibilizada de forma sistemática.	31. I am routinely provided with all the necessary information for diagnosis and therapy-related decisions.	31. All the necessary information for diagnostic and therapeutic decisions is routinely available to me.
32. Os estagiários na minha profissão são adequadamente supervisionados.	32. Trainees in my discipline are adequately supervised.	32. The interns in my profession are adequately supervised.
33. Vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros(as) nesta área clínica.	33. I experience good collaboration with nurses in this clinical area.	33. I experience good collaboration with the nurses in this clinical area.
34. Vivencio boa colaboração com os(as) médicos(as) nesta área clínica.	34. I experience good collaboration with staff physicians in this clinical area.	34. I experience good collaboration with the physicians in this clinical area.
35. Vivencio boa colaboração com os(as) farmacêuticos(as) nesta área clínica.	35. I experience good collaboration with pharmacists in this clinical area.	35. I experience good collaboration with the pharmacists in this clinical area.
36. São comuns falhas de comunicação que levam a atrasos na prestação de cuidados.	36. Communication breakdowns that lead to delays in delivery of care are common.	36. Situations of miscommunication that lead to delays in the provision of care are common.
Informação adicional	Additional information	Additional Information (Continua)

Síntese T12 (continuação)	Retrotradução RT1	Retrotradução RT2
Já preencheu este questionário anteriormente? Sim. Não. Não sei.	Have you ever filled in this questionnaire before? Yes. No. I don't know.	Have you completed this survey before? Yes. No. I don't know.
Data (mês/ano):	Date (month/year):	Date (month/year):
Função: (marcar apenas uma opção)	Position: (mark only one option)	Position: (select only one option)
Género: Masculino, Feminino	Sex: Male, Female	Gender: Male, Female
Área de atuação: adultos, crianças, ambos	Area of intervention: adults, children, both	Area of expertise: adults, children, both
Anos 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 ou mais	Years of experience in the 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	Years of experience: 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
Obrigado por preencher o questionário - agradecemos imenso o seu tempo e a sua participação.	Thank you for taking the time to complete this questionnaire - we appreciate your participation.	Thank you for completing this survey - We really appreciate your time and participation.
Por favor não escreva nesta área	Please do not write in this area	Please do not write in this area.

Apêndice III

Concordância da comissão de especialistas

	Membros da Comissão de Especialistas									TC	TM	Taxa (%)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Título	C	C	C	C	C	NC	C	C	C	8	9	88,8%
Instruções	NC	NC	C	C	NC	NC	NC	C	C	4	9	44,4%
1	C	C	C	C	C	NC	C	C	C	8	9	88,8%
2	C	NC	C	C	C	NC	C	C	C	7	9	77,7%
3	C	C	C	C	C	NC	C	C	C	8	9	88,8%
4	C	NC	NC	NC	C	NC	C	C	C	5	9	55,5%
5	C	C	C	C	C	C	C	C	C	9	9	100,0%
6	C	C	C	NC	C	C	C	C	C	8	9	88,8%
7	C	C	C	C	C	NC	C	C	C	8	9	88,8%
8	C	C	C	C	C	NC	C	C	C	8	9	88,8%
9	C	C	C	C	C	NC	C	C	C	8	9	88,8%
10	C	C	C	C	C	NC	C	C	C	8	9	88,8%
11	C	C	C	C	C	NC	C	C	C	8	9	88,8%
12	C	C	C	C	C	C	C	C	C	9	9	100,0%
13	C	C	C	C	C	NC	C	C	C	8	9	88,8%
14	NC	C	NC	C	NC	NC	C	C	C	5	9	55,5%
15	C	C	C	C	C	C	C	C	C	9	9	100,0%
16	C	C	C	C	C	C	C	C	C	9	9	100,0%
17	C	C	C	C	C	C	C	C	C	9	9	100,0%
18	C	C	C	C	C	NC	C	C	C	8	9	88,8%
19	C	C	C	NC	C	NC	C	C	C	7	9	77,7%
20	C	C	C	C	C	NC	C	C	C	8	9	88,8%
21	C	C	C	C	C	C	C	C	C	9	9	100,0%
22	C	C	C	C	C	NC	C	C	C	8	9	88,8%
23	C	C	C	C	C	C	C	C	C	9	9	100,0%
24	C	C	C	C	C	C	C	C	C	9	9	100,0%
25	C	C	C	C	C	C	C	C	C	9	9	100,0%
26	C	C	C	C	C	C	C	C	C	9	9	100,0%
27	C	NC	C	C	C	C	C	C	C	8	9	88,8%
28	C	C	C	C	C	C	C	C	C	9	9	100,0%
29	C	C	C	C	C	NC	C	C	C	8	9	88,8%
30	C	C	C	C	C	C	C	C	C	9	9	100,0%
31	C	C	NC	C	NC	NC	C	C	C	6	9	66,6%
32	C	C	C	C	C	C	C	C	C	9	9	100,0%
33	C	C	NC	C	C	NC	C	C	C	7	9	77,7%
34	C	C	NC	C	C	C	C	C	C	8	9	88,8%
35	C	C	NC	C	C	C	C	C	C	8	9	88,8%
36	C	C	C	C	C	C	C	C	C	9	9	100,0%
Inf. Adic.	C	C	C	C	NC	NC	C	C	C	7	9	77,7%

NC= Não concorda

C= Concorda

TC = Total de membros que concordam

TM= Total de membros da comissão de especialistas

Taxa(%)= % Concordância = TC/TM x 100

Apêndice IV

SAQ - Short Form 2006 PT

Apêndice V

Carta prévia ao questionário



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR (UBI)
Ciências Sociais e Humanas

**Tradução, adaptação cultural e validação do *Safety Attitudes*
Questionnaire - Short Form 2006 para Portugal**

A Segurança do Doente tem-se tornado uma questão global a nível mundial no contexto da gestão em saúde, investigação e prática clínica, sendo considerada um desafio para as organizações de saúde e para os respetivos profissionais.

A nível internacional existem alguns instrumentos disponíveis para avaliar a cultura e clima de segurança do doente, destacando-se o ***Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006*** desenvolvido por investigadores da Universidade do Texas.

Tendo por base um estudo conducente à elaboração da Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde pretende-se proceder à tradução, adaptação cultural e validação do referido questionário para a população portuguesa.

Para que o estudo seja representativo e válido, é essencial a sua colaboração através do preenchimento deste questionário.

Não existem respostas certas nem erradas, apenas se pretende que responda com total sinceridade e liberdade.

O questionário é anónimo, garantindo-se a total confidencialidade em todo o processo.

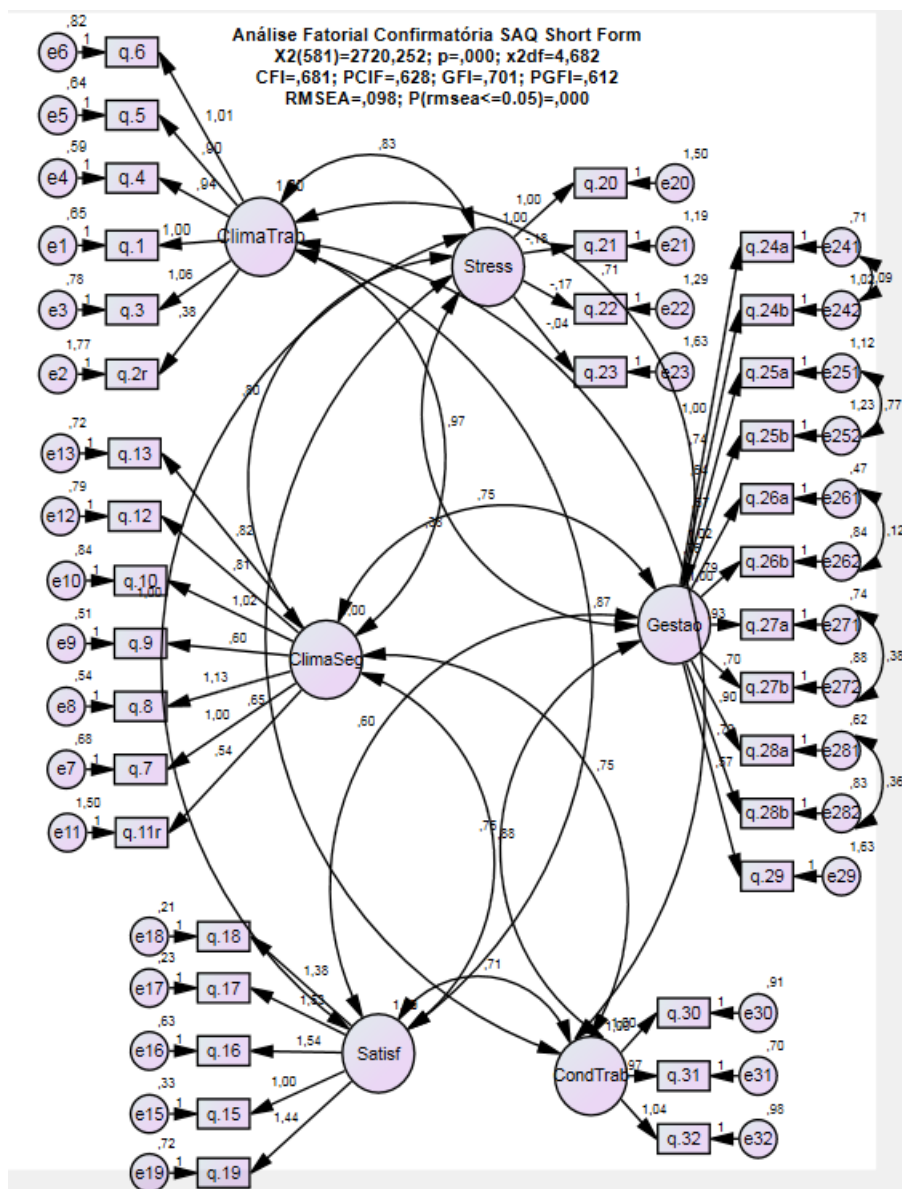
Agradeço antecipadamente o seu contributo e disponibilizo-me para qualquer esclarecimento adicional.

Dora Saraiva (Aluna do Mestrado de Gestão de Unidades de Saúde)

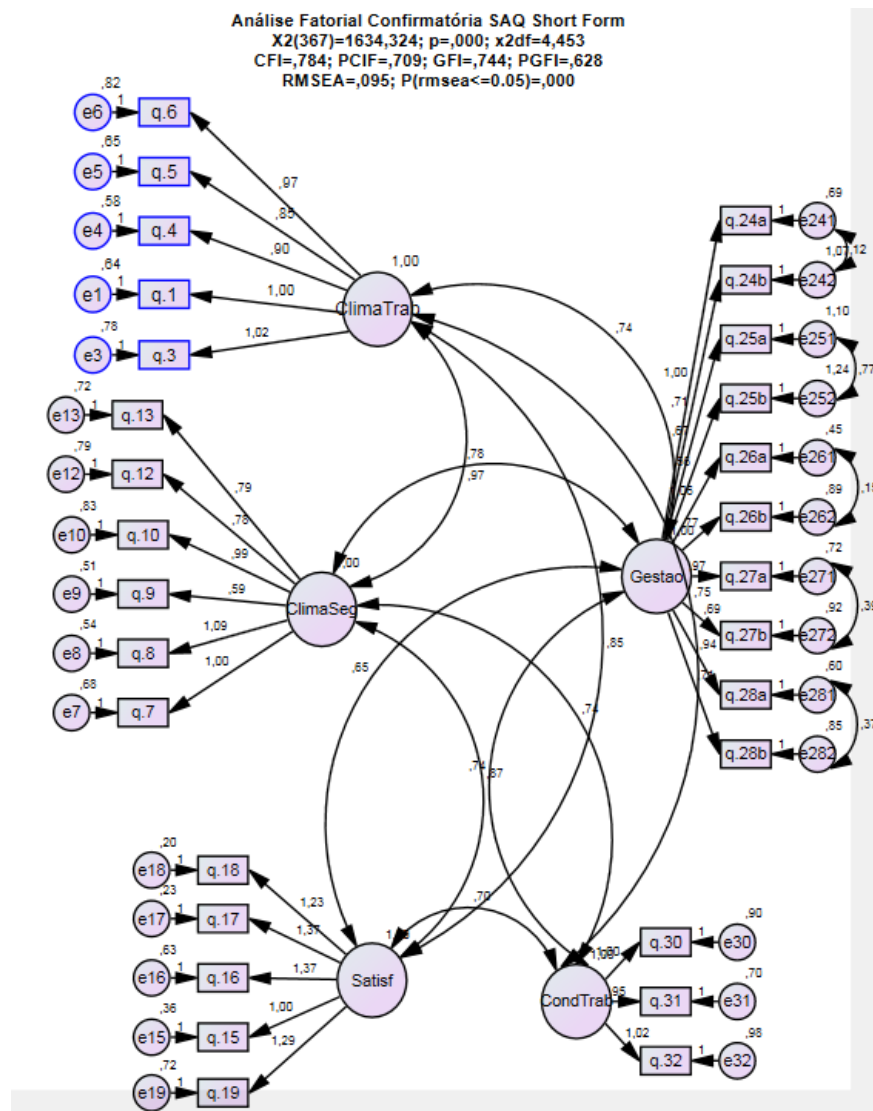
Professora Doutora Anabela Almeida (Docente da UBI e Orientadora da Dissertação de Mestrado)

Apêndice VI

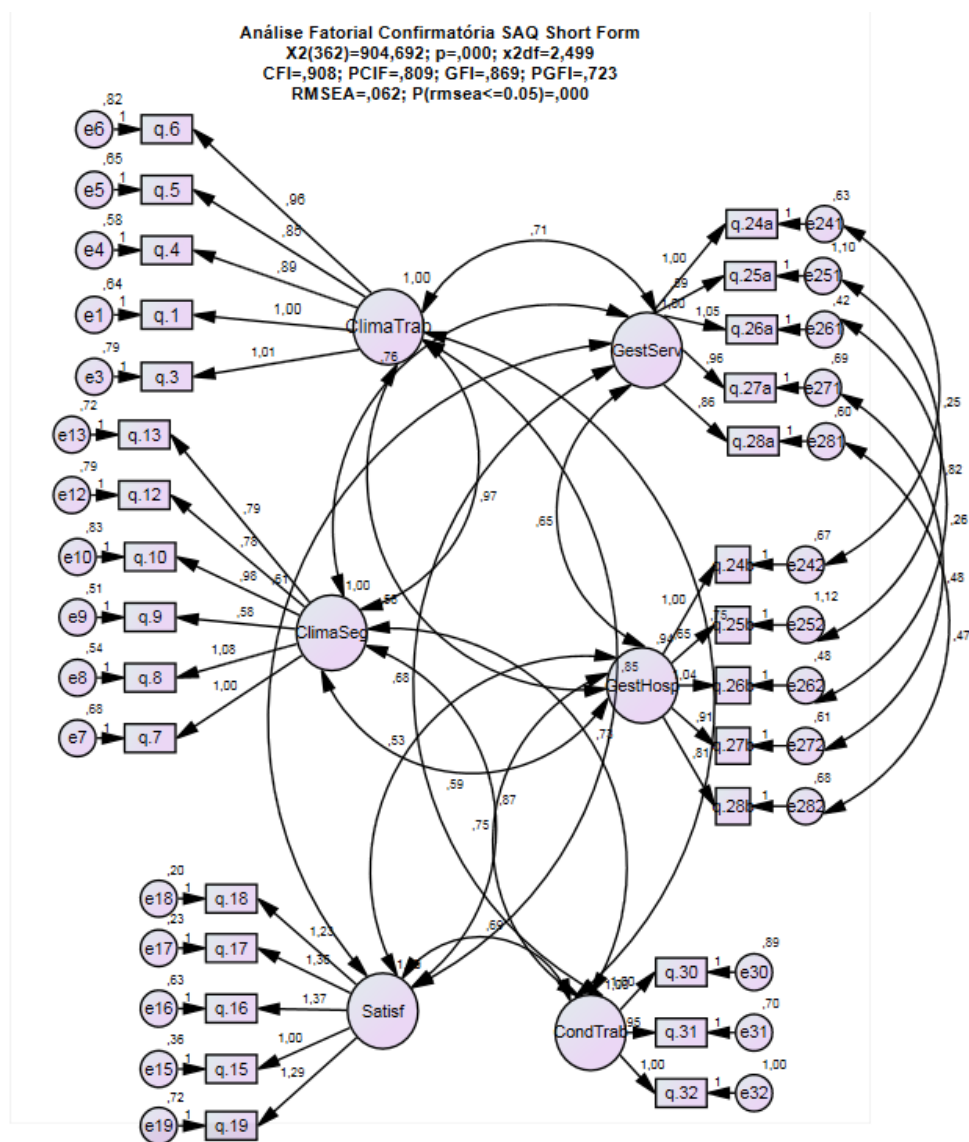
Modelos intermédios da AFC



Modelo 2 da Análise Fatorial Confirmatória do questionário SAQ - Short Form: estimativa estandardizadas dos coeficientes de trajetória e R^2 dos itens.



Modelo 3 da Análise Fatorial Confirmatória do questionário SAQ - Short Form: estimativa estandardizadas dos coeficientes de trajetória e R^2 dos itens.



Modelo 4 da Análise Fatorial Confirmatória do questionário SAQ - Short Form: estimativa estandardizadas dos coeficientes de trajetória e R^2 dos itens.