



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Marcia Raquel Panunto Dias Cunha

ADAPTAÇÃO CULTURAL E AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES DE MEDIDA DO
INSTRUMENTO *PATIENT SAFETY CLIMATE IN HEALTHCARE ORGANIZATIONS*

CAMPINAS

2017

MARCIA RAQUEL PANUNTO DIAS CUNHA

ADAPTAÇÃO CULTURAL E AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES DE MEDIDA DO
INSTRUMENTO *PATIENT SAFETY CLIMATE IN HEALTHCARE ORGANIZATIONS*

Tese apresentada à Faculdade de Enfermagem da
Universidade Estadual de Campinas como parte
dos requisitos exigidos para a obtenção do título
de Doutora em Ciências da Saúde, área de
concentração: Enfermagem e Trabalho.

Orientadora: Edinêis de Brito Guirardello

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA
ALUNA MARCIA RAQUEL PANUNTO DIAS CUNHA, E ORIENTADO PELA
PROF(a). DR(a). EDINÊIS DE BRITO GUIRARDELLO.

CAMPINAS

2017

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Ana Paula de Moraes e Oliveira - CRB 8/8985

C914a Cunha, Marcia Raquel Panunto Dias, 1985-
Adaptação cultural e avaliação das propriedades de medida do instrumento
Patient Safety Climate in Healthcare Organizations / Marcia Raquel Panunto
Dias Cunha. – Campinas, SP : [s.n.], 2017.

Orientador: Edinêis de Brito Guirardello.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de
Enfermagem.

1. Enfermagem. 2. Tradução. 3. Estudos de Validação. 4. Cultura
Organizacional. 5. Segurança do Paciente. I. Guirardello, Edinêis de Brito,
1960-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Enfermagem. III.
Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Cross-cultural adaptation and measurement properties evaluation
of the instrument Patient Safety Climate in Healthcare Organizations

Palavras-chave em inglês:

Nursing
Translating
Validation Studies
Organizational Culture
Patient Safety

Área de concentração: Enfermagem e Trabalho

Titulação: Doutora em Ciências da Saúde

Banca examinadora:

Edinêis de Brito Guirardello [Orientador]
Thereza Maria Magalhães Moreira
Dirceu da Silva

Maria Angélica Sorgini Peterlini
Neusa Maria Costa Alexandre

Data de defesa: 12-12-2017

Programa de Pós-Graduação: Enfermagem

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

MARCIA RAQUEL PANUNTO DIAS CUNHA

ORIENTADOR: Edinêis de Brito Guirardello

MEMBROS:

- 1. PROF. DR. EDINÊIS DE BRITO GUIRARDELLO**
- 2. PROF. DR. THEREZA MARIA MAGALHÃES MOREIRA**
- 3. PROF. DR. DIRCEU DA SILVA**
- 4. PROF. DR. MARIA ANGÉLICA SORGINI PETERLINI**
- 5. PROF. DR. NEUSA MARIA COSTA ALEXANDRE**

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: 12/12/2017

DEDICATÓRIA

A Deus, por iluminar o meu caminho e me conceder a vida.

Aos meus pais, Waldemar e Irene, a minha eterna gratidão.

Ao meu amor e melhor amigo, Thiago.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por dar razão a tudo que existe em minha vida, por guiar meus passos nos momentos mais preciosos.

Aos meus pais, Waldemar e Irene, pelo amor, pelos princípios e valores dados a mim, por me ensinarem que o conhecimento poderia ser transformador.

Ao meu grande amor, Thiago - aquele que escolhi para compartilhar toda minha vida - e à Nina, que fazem com que os momentos mais difíceis sejam pequenos diante da grandiosidade do amor e carinho que há entre nós.

À minha irmã Elaine e meu cunhado Henrique, pelo apoio durante toda minha trajetória.

Às minhas pequenas sobrinhas, Catharina, Sarah e Bárbara, por alegrarem minha vida com seus sorrisos.

À família que ganhei de presente – Angela, Roberval, Bruna, André, Matheus e Renata, pela compreensão nos diversos momentos em que estive ausente e por tantas alegrias compartilhadas. Agradeço em especial ao meu querido cunhado Matheus, que me socorreu nos momentos em que a tecnologia não foi minha aliada.

À Professora Dra. Edinêis de Brito Guirardello, querida mestre, que me inspira desde a graduação a fazer sempre o meu melhor. Obrigada por me guiar durante toda a minha formação profissional, por compreender o momento em que precisei reorganizar minha vida pessoal, pela paciência e carinho nos momentos mais difíceis.

Aos professores: Dra. Neusa Maria Costa Alexandre, Dra. Maria Angélica Sorgini Peterlini, Dr. Dirceu da Silva, Dra. Arianne Polidoro Dini, Dra. Renata Cristina Gasparino, Dra. Kátia Stancato e Prof^a. Maria Sílvia Teixeira Giacomasso Vergílio, pelos momentos de aprendizado e pelas valiosas contribuições na construção deste trabalho.

Ao Estatístico Henrique Ceretta Oliveira, pela paciência e sabedoria oferecidas.

Aos secretários da Pós-Graduação, Saulo Saad Nogueira Benevides e Letícia Fabiane Zanotto, pela atenção e competência com que sempre me receberam e me orientaram.

À minha querida amiga Ana Paula de Brito Rodrigues, companheira de aventuras profissionais, acadêmicas, sociais e gastronômicas. Obrigada por cuidar de mim com tanto carinho e por dividir suas experiências e o seu conhecimento.

Às minhas amigas da vida – Gisele Hespanhol Dorigan, Edilamar Barbosa Rodrigues, Luciene Barbosa Bispo Ferreira e Priscila Peruzzo Apolinário, e de grupo de pesquisa – Ana Cláudia, Carla, Daniela, Hellen, Hérica e Ligiane, por compartilharem os momentos de dificuldades e exitosos, contribuindo diariamente para o meu crescimento pessoal e profissional.

Às minhas amigas, que me acompanham desde a adolescência – Aluani, Carolina, Flávia, Isabel, Milena e Tatiana, por estarem presentes mesmo a quilômetros de distância, por tantas alegrias compartilhadas e por compreenderem as minhas ausências.

À minha amiga Maria Valéria de Omena Athayde, pela compreensão e carinho nos tempos em que trabalhamos juntas na Organização de Procura de Órgãos (OPO) e por me acolher e me incentivar durante a coleta de dados.

Aos amigos da OPO, Dr. Luiz Antonio da Costa Sardinha, Dr. Helder José Lessa Zambelli, Eliete Bombarda Bachega Montone, Luciana Aparecida dos Santos, Rafaela Batista dos Santos Pedrosa, Clênio de Oliveira Bonfim, Ana Carolina Alves Domingos e Matheus Dermonde Gonçalves, pelo incentivo, apoio e por sempre me receberem de braços abertos.

À D. Maria Celmira Lepre Fratantonio, que me estendeu a mão em um dos momentos mais difíceis deste trabalho.

Aos amigos do Colégio Técnico de Campinas (Cotuca) – Aline, Áurea, Celi, Cristina, Fátima, Fernanda, Giselle, Marcia, Margarete, Maria Luiza Pesse, Maria Luiza Batista, Dirceu, Rosangela, Sandra, Simone, Suzana, Tânia e Valéria, por me acolherem nesta jornada como educadora, pela compreensão e incentivos diários.

Aos enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, médicos, residentes e docentes, que dedicaram seu tempo para participar desta pesquisa. Minha eterna gratidão, sem eles nada seria possível.

RESUMO

O clima de segurança fornece uma medida temporal da cultura de uma organização de saúde e é possível de ser mensurado a partir da percepção dos profissionais em relação ao comportamento e ações que priorizam a segurança em seu ambiente de trabalho. Entre os instrumentos disponíveis para essa avaliação está o *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations* (PSCHO), composto por 45 afirmativas, das quais 42 estão distribuídas em 12 dimensões: engajamento da administração da instituição, recursos organizacionais para a segurança, ênfase geral na segurança do paciente, apoio dos gerentes da unidade, normas de segurança na unidade, reconhecimento da unidade e apoio à dedicação em relação à segurança, aprendizado coletivo, segurança psicológica, responsividade aos problemas, medo do constrangimento, medo de culpabilização e punição, e prestação de cuidado seguro. O presente estudo teve por objetivo realizar a tradução, adaptação cultural e validação do instrumento PSCHO para o contexto brasileiro. Trata-se de um estudo metodológico que, para a adaptação cultural, seguiu as etapas de tradução, síntese, retrotradução, avaliação por um comitê de juízes e pré-teste com 40 sujeitos. Para a análise das propriedades de medida da versão brasileira do PSCHO participaram do estudo 283 profissionais, entre eles enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, médicos docentes, assistentes e residentes, de dois hospitais públicos de ensino do Estado de São Paulo, tendo um deles certificação internacional de qualidade. Verificou-se a validade pela análise fatorial confirmatória, por construto convergente com a dimensão clima de segurança do *Safety Attitudes Questionnaire* e por grupos conhecidos. A confiabilidade foi mensurada pelo alfa de *Cronbach* e pela confiabilidade composta. As etapas de tradução e retrotradução foram realizadas sem dificuldades. Na etapa de síntese consultou-se a autora do instrumento para adequar a equivalência de alguns termos. A avaliação das versões obtidas foi julgada satisfatória pelo comitê de juízes e ocorreram pequenas alterações para adequar a equivalência dos itens. No pré-teste, a versão brasileira do PSCHO demonstrou adequada validade de conteúdo e facilidade de compreensão pelos participantes. A análise fatorial confirmatória resultou na exclusão de quatro itens do instrumento; foi obtida correlação de forte magnitude com a subescala de clima de segurança do SAQ e houve diferença significativa na avaliação

do clima entre os hospitais pela maioria das dimensões do PSCHO. A confiabilidade composta foi considerada satisfatória, assim como o processo de adaptação cultural do instrumento, que seguiu as etapas recomendadas. O PSCHO, versão brasileira, foi testado e um modelo com 38 itens mostrou-se válido e confiável para analisar o clima de segurança do paciente nas instituições hospitalares.

Palavras-chave: Enfermagem; Tradução; Estudos de Validação; Psicometria; Reprodutibilidade dos Testes; Segurança do Paciente; Cultura Organizacional.

Linha de Pesquisa: Informação/ Comunicação em saúde e enfermagem.

ABSTRACT

The safety climate provides a temporal measure of the culture of a healthcare organization and it is possible to be assess from the professionals' perception of the behavior and actions that prioritize safety in their work environment. Among the tools available for this evaluation there is the Patient Safety Climate in Healthcare Organizations (PSCHO), composed by 45 items, of which are distributed in 12 dimensions: senior managers' engagement, organizational resources, overall emphasis on safety, unit managers'support, unit safety norms, unit recognition and support for safety, collective learning, psychological safety, problem responsiveness, fear of shame, fear of blame and punishment and provision of safe care. The present study aimed to perform the cross-cultural adaptation and validation of the PSCHO instrument to the Brazilian context. This is a methodological study that followed, for cultural adaptation, the steps of translation, synthesis, back-translation, expert's committee evaluation and pretest with 40 subjects. To evaluate the psychometric properties of the PSCHO - brasilian version, the sample consisted of 283 professionals, among them nurses, nursing assistants and technicians, physiotherapists, teaching physicians, physicians and residents, from two public teaching hospitals of the State of São Paulo, one of whom has international quality certification. Validity was checked by confirmatory factor analysis, convergent validity with the safety climate dimension of Safety Attitudes Questionnaire and known groups validity. The reability was assessed by the Cronbach's alpha and the composite reliability. The steps of translation and back-translation did not present difficulties. In the synthesis step, the author of the instrument was consulted to adapt the equivalence of some terms. The evaluation of the versions obtained was considered satisfactory by the expert committee and small changes were made to adjust the equivalence of the items. In the pretest, the PSCHO - Brazilian version demonstrated adequate content validity and easy comprehension by the participants. The confirmatory factorial analysis resulted in the exclusion of four items of the instrument, a strong correlation was obtained with the SAQ safety climate subscale and there was a significant difference between safety climate of the hospitals by most domains of the PSCHO. The composite reliability was considered satisfactory. The process of cultural adaptation of the instrument followed the recommended steps and

was considered satisfactory. The PSCHO - Brazilian version was tested and a model with 38 items proved to be valid and reliable to evaluate the patient safety climate in hospital institutions.

Keywords: Nursing; Translating; Validation Studies; Psychometrics; Reproducibility of Results; Patient Safety; Organizational Culture.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES, QUADROS E TABELAS

Figura 1: Modelo teórico do PSCHO (tradução livre)	21
---	-----------

Manuscrito 1

Tabela 1: Índice de validade de conteúdo dos itens da versão brasileira do <i>Patient Safety Climate in Healthcare Organizations</i> . Campinas, SP, 2017.	43
Quadro 1: Descrição dos itens alterados após avaliação do comitê de juízes.	44
Quadro 2: Versão brasileira do PSCHO.	51

Manuscrito 2

Tabela 1: Validade convergente do modelo fatorial da versão brasileira do <i>Patient Safety Climate in Healthcare Organizations</i> . Campinas, SP, 2017.....	66
Tabela 2: Validade discriminante do modelo fatorial da versão brasileira do <i>Patient Safety Climate in Healthcare Organizations</i> por meio do critério de Fornell-Larcker*. Campinas, SP, 2017.....	67
Tabela 3: Validade de construto por grupos conhecidos para cada dimensão e escore total do <i>Patient Safety Climate in Healthcare Organizations</i> . Campinas, SP, 2017.....	69

Manuscrito 3

Tabela 1: Características demográficas e profissionais por hospital (n=275). Campinas, SP, 2017.	82
Tabela 2: Porcentagem média de respostas problemáticas por item e dimensões nas instituições e por equipe médica e de enfermagem (n=275). Campinas, SP, 2017.	84
Tabela 3: Percepção do clima de segurança entre instituições (n=275). Campinas, SP, 2017.	90
Tabela 4: Percepção do clima de segurança entre equipe médica e de enfermagem por hospital (n=275). Campinas, SP, 2017.	91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE	Average Variance Extracted
CCHSA	Canadian Council for Health Services Accreditation
CSAS	Command Safety Assessment Survey
HRO	High Reliability Organization
HSOPSC	Hospital Survey on Patient Safety Culture
IVC	Índice de validade de conteúdo
OMS	Organização Mundial de Saúde
PLS	Partial Least Squares
PRP	Porcentagem de respostas problemáticas
PSCHO	Patient Safety Climate in Healthcare Organizations
PSCI	Patient Safety Culture Institute
RT1	Retrotradução 1
RT2	Retrotradução 2
SAQ	Safety Attitudes Questionary
SAS	Statistical Analysis System
SPSS	Statistical Product and Service Solutions
T1	Tradução 1
T12	Síntese das traduções
T2	Tradução 2
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VA	Veterans Affair
VO	Versão original

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1 . <i>Patient Safety Climate in Healthcare Organizations</i>	18
1.2 . Justificativa	22
2. OBJETIVOS	23
2.1 . Objetivo geral	23
2.2 . Objetivos específicos	23
3. MÉTODO	24
3.1 . Tipo de estudo	24
3.2 . Procedimento metodológico de tradução e adaptação cultural	24
3.2.1. Tradução	24
3.2.2. Síntese das traduções	24
3.2.3. Retrotradução - tradução de volta para o idioma original	25
3.2.4. Avaliação por um comitê de juízes	25
3.2.5. Pré-teste	26
3.3 . Avaliação das propriedades de medida	27
3.3.1. Validade	27
3.3.2. Confiabilidade	28
3.4 . Locais de estudo	29
3.5 . População e amostra	29
3.6 . Instrumentos de coleta de dados	30
3.6.1. <i>Patient Safety Climate in Healthcare Organizations</i> - versão brasileira	30
3.6.2. <i>Safety Attitudes Questionnaire</i> – SAQ	31
3.7 . Procedimentos de coleta de dados	32

3.8 . Tratamento e análise dos dados.....	32
3.8.1. Análise descritiva.....	32
3.8.2. Validade de construto estrutural e confiabilidade	33
3.8.3. Validade de construto convergente e por grupos conhecidos	34
3.9. Aspectos éticos	34
4. RESULTADOS	36
4.1 . Manuscrito 1	37
4.2 . Manuscrito 2	57
4.3 . Manuscrito 3	77
5. DISCUSSÃO.....	98
5.1 . Discussão Geral	98
5.2 . Limitações do estudo.....	101
6. CONCLUSÃO	102
7. REFERÊNCIAS	103
8. APÊNDICES	109
Apêndice 1	109
Apêndice 2	144
Apêndice 3	146
9. ANEXOS.....	149
Anexo 1	149
Anexo 2.....	151
Anexo 3.....	152
Anexo 4.....	153
Anexo 5.....	154

1. INTRODUÇÃO

Há mais de um século Florence Nightingale enunciou como primeiro dever de um hospital não causar mal ao paciente⁽¹⁾. Embora os serviços de saúde tenham incorporado os avanços tecnológicos e os profissionais se apropriado de uma prática baseada em evidências, sua frase ainda permanece ecoando nos corredores de hospitais e unidades de atendimentos.

A divulgação de iatrogenias pelos meios de comunicação tem chamado a atenção da população para diversas fragilidades dos sistemas de saúde. Enquanto isso, as organizações hospitalares buscam desde a década de 50 implementar estratégias voltadas para a qualidade do atendimento⁽²⁾.

Os dados publicados pelo *Institute of Medicine*, com uma estimativa de até 98000 mortes por ano nos hospitais em virtude de erros relacionados com assistência à saúde, chamaram a atenção das autoridades e organizações de saúde⁽³⁾. Passados mais de quinze anos desta publicação, o erro na assistência ocupa a terceira causa de morte nos Estados Unidos e milhões de incidentes têm sido notificados ao redor do mundo⁽⁴⁻⁶⁾.

A falta de qualidade da informação e de uso de uma linguagem uniforme tem sido um desafio para a transformação da notificação em aprendizado. Além disso, no cenário hospitalar, a comunicação de eventos adversos ainda é uma atividade quase exclusiva da equipe de enfermagem, em que se predomina a falta de engajamento da equipe médica⁽⁶⁾.

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, como intuito de definir e identificar prioridades nessa área. Neste sentido, metas internacionais foram estabelecidas e boas práticas incentivadas para fortalecer a cultura de segurança nas instituições de saúde⁽⁷⁻⁸⁾, de forma a encorajar decisões uniformemente apropriadas pelos profissionais que atuam na linha de frente das organizações⁽⁸⁻⁹⁾.

A cultura de segurança é um dos pilares para o gerenciamento de organizações sustentáveis, por meio de atitudes e estrutura organizacional, as quais

permitem ações e percepções apropriadas para as questões de segurança⁽¹⁰⁾. Trata-se de um fenômeno complexo, que envolve o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e coletivos^(9,11-12).

Amplamente discutida, a avaliação da cultura de segurança não é uma questão fácil de responder. O interesse por compreendê-la surgiu entre as inúmeras indústrias ao redor do mundo após o acidente nuclear em Chernobyl em 1986, e se estendeu às organizações de saúde⁽¹³⁾.

Enquanto a cultura descreve as expectativas de uma organização, o clima diz o quanto elas estão sendo atendidas⁽⁹⁾. Como um dos componentes mensuráveis deste fenômeno, o clima de segurança fornece uma medida temporal da cultura, a partir da percepção dos profissionais em relação ao comportamento e ações que priorizam a segurança em seu ambiente de trabalho⁽¹⁴⁾.

Organizações com cultura de segurança são caracterizadas por uma comunicação construída na confiança mútua, por percepções comuns da importância da segurança, e pela confiança na eficiência de medidas preventivas⁽¹¹⁾. Além disso, possuem lideranças comprometidas com a segurança, aprendizado organizacional, abordagem não punitiva dos eventos adversos, trabalho em equipe e crença compartilhada da importância da segurança⁽¹⁵⁾.

Embora modelos e abordagens sejam discutidos para melhorar a qualidade e segurança do paciente nas instituições^(3,9), poucas evidências são efetivamente documentadas⁽¹⁶⁾. Uma das formas de se avaliar o desempenho e a eficácia de uma organização e como ela se empenha na identificação dos riscos para o paciente é por meio da mensuração do clima de segurança⁽¹⁷⁾. Trata-se de um indicador de desempenho, uma vez que enfatiza as percepções que as pessoas possuem daquela instituição com relação aos seus valores, comportamentos e recursos destinados para iniciativas seguras⁽¹⁸⁾.

Estudos mostram que a cultura organizacional tem influenciado nos resultados para o paciente, com repercussões negativas em ambientes em que há presença de forte hierarquia⁽¹⁹⁾. O investimento em treinamento e em reconhecimento

do comportamento seguro do profissional contribui para resultados positivos no clima de segurança. Além disso, profissionais que percebem um clima mais favorável estão mais preparados para identificar e intervir em situações inesperadas⁽¹⁹⁻²⁰⁾. A presença de características organizacionais com ênfase na segurança do paciente e aprendizado coletivo está relacionada com menores taxas de readmissão hospitalar⁽²⁰⁾.

Alguns instrumentos têm sido utilizados internacionalmente para medir cultura de segurança. No Brasil, encontram-se disponíveis o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC)^(15,21) e o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ)⁽²²⁾. O HSOPSC é aplicado em diversos países, no entanto, são necessárias adaptações na estrutura dimensional para adequar as propriedades de medida, uma vez que algumas de suas dimensões apresentam baixa consistência interna e um modelo confirmatório não ajustado, o que dificulta comparações entre diferentes nacionalidades^(15,23).

O SAQ tem como finalidade mensurar atitudes favoráveis à segurança do paciente. Ele já se encontra validado no Brasil, porém os estudos sobre este instrumento não fornecem alguns dados, especialmente em relação a sua confiabilidade. Embora se proponha a observar características do clima de segurança, na versão brasileira, apenas uma de suas oito dimensões contém afirmativas diretamente relacionadas ao clima na organização. As demais dimensões avaliam trabalho em equipe, satisfação, estresse, percepção da gestão da unidade e do hospital, condições de trabalho e comportamento seguro^(22,24).

Na literatura, para a mensuração do clima de segurança e seus atributos destaca-se o instrumento *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations* (PSCHO), construído a partir da teoria relacionada às características de Organizações de Alta Confiabilidade (*High Reliability Organizations* - HROs), como as relacionadas à aviação e energia nuclear⁽⁸⁾.

1.1. *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations*

O PSCHO (Anexo 1) tem como intuito mensurar o clima de segurança no ambiente hospitalar e foi desenvolvido a partir de teorias com base em pesquisas

relacionadas às HROs, as quais operam em condições perigosas e possuem uma porcentagem mínima de eventos adversos^(8-9,25-27). São conhecidas também por possuírem sistemas operacionais que conseguem prevenir catástrofes em ambientes de alto risco⁽⁸⁾.

O segredo da excelência das HROs está pautado em processos organizacionais estruturados com flexibilidade e com tomada de decisão descentralizada, com um alto escalão consciente do que ocorre na organização e que enfatiza a confiabilidade sobre a eficiência. Essas características permitem que as decisões em situações de emergência sejam centradas em quem possui experiência e não naquele que ocupa uma posição hierárquica. Os profissionais são recompensados pelo comportamento e são submetidos a treinamento contínuo. O objetivo é que, mesmo em posições operacionais, se conheçam processos organizacionais complexos, melhorando assim a capacidade e competência para reconhecer perigos e atuar adequadamente em situações inesperadas, além de fortalecer as relações de confiança e credibilidade entre os colegas de trabalho^(9,25).

Para garantir que as informações críticas de segurança sejam acessadas e transmitidas, essas organizações dispõem de diferentes canais de comunicação. Ademais, as HROs possuem sistemas que operam com redundância para identificar falhas e atuar antes que elas de fato ocorram, de forma a permitir que os processos críticos de segurança sejam verificados e monitorados por diferentes partes do todo^(9,25).

No que diz respeito à presença dessas características nas instituições de saúde, o PSCHO propõe identificá-las a partir da percepção dos profissionais que ali atuam. O uso desses resultados pode ser útil ao administrador quando ele consegue identificar as lacunas que colocam a assistência em risco e assim propor mudanças efetivas nos processos de trabalho da organização.

O PSCHO foi desenvolvendo pelo *Patient Safety Culture Institute* (PSCI) do Sistema de Saúde do *Veterans Affairs* (VA) e pela Universidade de *Stanford*, utilizando questões adaptadas de cinco instrumentos: o *Command Safety Assessment Survey* (CSAS) da Aviação, o *Operating Room Management Attitudes Questionnaire*, o

Anesthesia Work Environment Study, o *Risk Management Questionnaire* e o *Safety Orientation in Medical Facilities*⁽²⁷⁾.

A sua primeira versão foi composta por 122 itens, os quais foram reduzidos a 38 em seus primeiros estudos pilotos, em consequência das baixas taxas de respostas⁽⁸⁾. Entre os itens selecionados, os autores optaram por manter principalmente aqueles relacionados com o CSAS, com a finalidade de realizar comparações entre os profissionais da saúde e os aviadores da marinha^(8, 27-28).

O instrumento foi revisto e sofreu modificações para se adequar aos novos conceitos estudados sobre o clima de segurança, que incluem segurança psicológica, responsividade aos problemas e suporte da administração da unidade e da organização. Um total de nove itens com baixa consistência interna, ambíguos ou que representavam um conceito de pequena importância foram excluídos, quatro foram revisados e 11 novos adicionados para representar os conceitos recomendados pela revisão de literatura⁽²⁹⁾.

A nova versão passou a ter 51 itens, dos quais 45 estão relacionados à segurança do paciente e seis questões demográficas. Suas afirmativas mensuram 12 dimensões do clima de segurança (Figura 1) referentes aos aspectos da organização (engajamento da administração da instituição, recursos organizacionais para segurança, ênfase geral na segurança do paciente), da unidade de trabalho (apoio dos gerentes da unidade, normas de segurança na unidade, reconhecimento da unidade e apoio à dedicação em relação à segurança, aprendizado coletivo, segurança psicológica, responsividade aos problemas) e interpessoais (medo do constrangimento, medo de culpabilização e punição). Outro aspecto importante para o clima de segurança foi considerado, mas não classificado nas categorias anteriores: a dimensão prestação de cuidado seguro⁽²⁹⁾.

Diferente da maioria dos instrumentos disponíveis no país, a pontuação final do PSCHO não é o principal objeto de sua medida. O escore é obtido de forma que se dê destaque às respostas que se opõem às situações seguras, chamadas de respostas problemáticas. Quanto menor a porcentagem de respostas problemáticas (PRP), melhor a percepção do clima de segurança para aquele determinado aspecto, que pode

ser avaliado individualmente⁽³⁰⁾. Além disso, o instrumento permite avaliar a percepção de profissionais de diferentes áreas da instituição, inclusive aqueles que trabalham em posições administrativas ou que não realizam assistência direta.

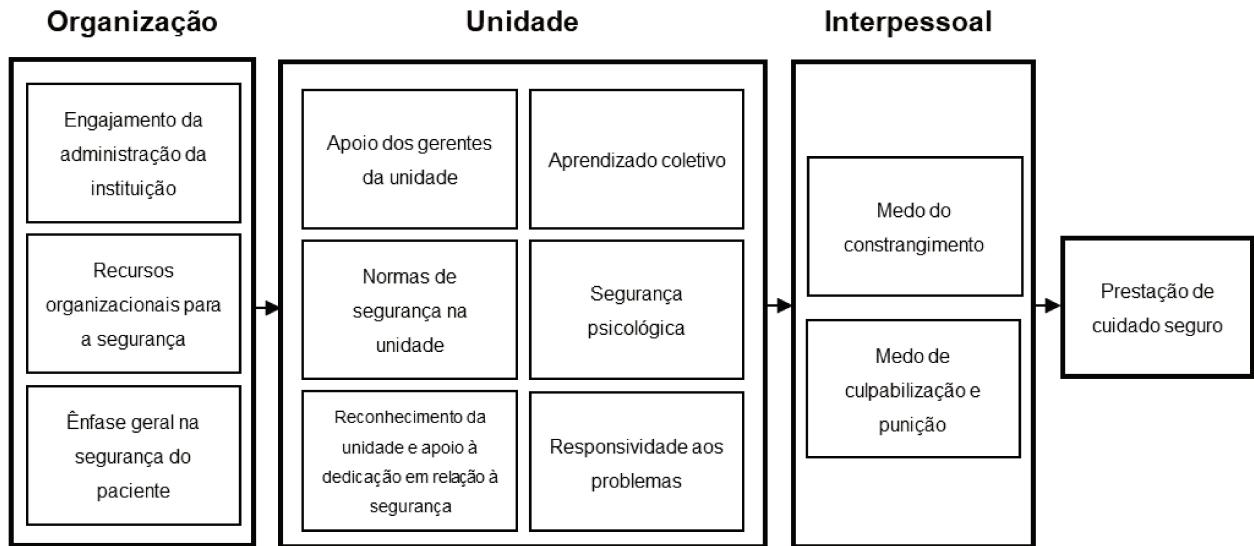


Figura 1: Modelo teórico do PSCHO (tradução livre)

Fonte: Benzer et al., 2017

O instrumento vem sendo empregado em várias organizações de saúde dos Estados Unidos^(19-20,28,30), China⁽³¹⁾ e em populações específicas, como em equipe de residentes e ortopedistas⁽³²⁻³³⁾, centro-cirúrgico e unidades de recuperação anestésica⁽³⁴⁾. As PRPs médias entre os profissionais americanos foram de 7,7% a 24,5%^(19-20,28,30,32-34). Na China, os profissionais demonstraram piores taxas nas dimensões referentes ao medo de culpa e de constrangimento⁽³¹⁾. A análise fatorial confirmatória do instrumento mostrou ajuste adequado ao modelo teórico^(28,31).

A confiabilidade foi mensurada por meio do alfa de *Cronbach* e mostrou-se aceitável para todas as dimensões do instrumento (0,61 – 0,95)^(20,28-29). Na versão chinesa do PSCHO, os pesquisadores optaram por excluir um item da dimensão apoio dos gerentes da unidade e um item da dimensão prestação de cuidado seguro para adequar a confiabilidade das subescalas⁽³¹⁾. No estudo de Hartmann et al. (2008) a dimensão com menor coeficiente foi “medo do constrangimento” (0,46)⁽²⁸⁾.

1.2. Justificativa

A maior preocupação para quem está doente ou precisa de um atendimento numa instituição de saúde é ter a segurança de que receberá o melhor cuidado possível. Em contrapartida, os profissionais de saúde se empenham para fazer o seu melhor e não escolhem cometer erros ou causar danos àqueles que mais precisam de sua atenção. Este cenário é um desafio mundial e, por este motivo, compreender os fatores que contribuem para a segurança do paciente é fundamental para implementar medidas que tornem o cuidado de fato seguro.

A segurança do paciente torna-se efetiva quando ações são desenvolvidas para prevenir ou corrigir eventos adversos. A mensuração e o monitoramento do clima de segurança do paciente podem subsidiar os administradores de instituições hospitalares a detectar vulnerabilidades, efetuar e avaliar intervenções que melhorem o ambiente da prática profissional. No Brasil, a avaliação do clima de segurança ganha destaque entre as instituições, porém ainda carece de instrumentos de fácil aplicação e interpretação.

Para mensurar o sucesso de iniciativas para o desenvolvimento do clima de segurança, o presente estudo visa realizar a tradução para o português do Brasil, adaptação cultural e validação do PSCHO, o qual se constitui como uma ferramenta fundamental para analisar o clima de segurança nas instituições hospitalares, sob o ponto de vista dos que trabalham direta ou indiretamente na assistência ao paciente e daqueles que ocupam posições gerenciais.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

- Realizar a tradução, adaptação e validação do instrumento *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations* para a cultura brasileira.

2.2. Objetivos específicos

- Realizar a tradução, adaptação cultural e avaliação da praticabilidade do instrumento PSCHO para a cultura brasileira.
- Avaliar a validade e confiabilidade do PSCHO – versão brasileira.
- Avaliar o clima de segurança do paciente e verificar se difere entre instituições e as equipe de enfermagem e médica.

3. MÉTODO

3.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico, no qual foi desenvolvida a investigação de um método para obtenção, organização e análise de dados confiáveis e válidos na língua portuguesa, por meio da tradução e adaptação cultural de um instrumento⁽³⁵⁾.

3.2. Procedimento metodológico de tradução e adaptação cultural

O estudo teve início após o consentimento formal da autora do instrumento, a professora e pesquisadora Dra. Sara Singer (Anexo 2). Para o uso de um questionário autoaplicável em uma cultura, língua e país diferente do original, sugere-se que sejam realizadas a tradução e a adaptação cultural, com o intuito de manter a mesma equivalência entre a versão original e a adaptada. Dessa forma, optou-se por seguir o método recomendado pela literatura, que envolveu as etapas de tradução, síntese das traduções, retrotradução, avaliação por um comitê de juízes, pré-teste e avaliação das propriedades de medida⁽³⁶⁾.

3.2.1. Tradução

Consistiu na tradução da versão original (VO) do instrumento na língua inglesa para a língua portuguesa do Brasil por dois tradutores independentes, com experiência e fluência em ambos os idiomas, tendo como língua materna o português. Um dos tradutores foi informado sobre os conceitos e objetivos do instrumento. Espera-se que o desconhecimento dessas informações permita que o tradutor seja mais sensível para detectar diferentes significados do instrumento original⁽³⁶⁾.

3.2.2. Síntese das traduções

As versões traduzidas (T1 e T2) foram analisadas por um terceiro tradutor independente, o que possibilitou discutir as diferenças existentes e desenvolver, em consenso, a versão síntese das traduções (T12)⁽³⁶⁾.

3.2.3. Retrotradução - tradução de volta para o idioma original

Trata-se da tradução da versão síntese (T12) de volta para o idioma original, produzindo duas versões (RT1 e RT2). Foi realizada por dois tradutores independentes, cuja língua materna é a do instrumento original. Nessa fase, os profissionais não foram informados sobre os conceitos mensurados, para não haver interferência no procedimento de retrotradução. Neste sentido, é possível avaliar se a versão traduzida reflete o mesmo conteúdo da versão original⁽³⁶⁾.

3.2.4. Avaliação por um comitê de juízes

Esta etapa teve como objetivo desenvolver a versão pré-final do PSCHO e garantir a equivalência transcultural do instrumento traduzido⁽³⁶⁾. Para isso, foram convidados sete profissionais para compor o comitê de juízes, com as seguintes características:

- Uma médica, docente, com experiência em cuidados intensivos e vivência no país de origem do instrumento.
- Uma enfermeira, doutoranda e com experiência assistencial.
- Uma enfermeira, doutoranda e docente na área de administração, com formação em Letras.
- Uma enfermeira, gerente de enfermagem, com experiência na área de qualidade e segurança do paciente.
- Duas enfermeiras, docentes, pesquisadoras na área de segurança do paciente.
- Uma enfermeira, docente, com experiência em tradução e adaptação de instrumentos.

Cada membro do comitê recebeu uma carta-convite com instruções específicas (Apêndice 1), e foram disponibilizadas todas as versões elaboradas no processo de tradução (VO, T1, T2, T12, RT1 e RT2) para a análise das equivalências dos seguintes aspectos:

- Semântica: refere-se ao significado das palavras. Para isso, deve-se observar se as palavras traduzidas têm o mesmo sentido empregado na versão original e se há lacuna gramatical na tradução⁽³⁶⁾.
- Idiomática: nesse tipo de equivalência o item traduzido para a língua portuguesa deve preservar o sentido da expressão na versão original; para isso o comitê pode sugerir uma expressão equivalente para a versão alvo⁽³⁶⁾.
- Cultural: relaciona-se à adequação de situações ou atividades que correspondem às situações vivenciadas no contexto cultural do Brasil⁽³⁶⁾.
- Conceitual: diz respeito à análise de palavras com diferentes conceitos entre as culturas⁽³⁶⁾.

A avaliação das equivalências deu-se em duas etapas: quantitativa e qualitativa. Na avaliação quantitativa, o juiz analisou individualmente cada item, atribuindo-lhe uma pontuação para cada equivalência (1=não equivalente, 2=impossível avaliar a equivalência sem que o item seja revisto, 3=equivalente, mas necessita de alterações menores, 4=absolutamente equivalente). Essa pontuação foi tabulada e o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) foi utilizado para estabelecer o grau de concordância entre as avaliações. O cálculo tem por base o número de juízes que pontuaram 3 ou 4, dividido pelo número total de especialistas. Os itens com IVC menor que 0,78 foram revistos⁽³⁷⁻³⁸⁾.

Para a avaliação qualitativa, realizou-se uma reunião com os membros do comitê com duração aproximada de quatro horas, tendo alguns participado por videoconferência. Nesse encontro, as sugestões e discrepâncias foram discutidas e, após consenso, uma versão pré-final do PSCHO foi elaborada.

3.2.5. Pré-teste

Trata-se da última fase da adaptação cultural e consistiu na aplicação da versão pré-final do instrumento em uma amostra de 40 sujeitos, profissionais da área

assistencial e administrativa, entre eles técnicos de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas e médicos, os quais não foram considerados posteriormente para a avaliação das propriedades de medida do instrumento. A coleta de dados foi feita em maio de 2017, com uma amostra obtida por conveniência. Os sujeitos receberam dois formulários: a versão pré-final do PSCHO e um questionário para avaliação da praticabilidade do instrumento (Anexo 3).

A praticabilidade do instrumento pode ser mensurada pelo tempo dispendido para preenchimento e pela facilidade de aplicação junto dos sujeitos abordados. Para isso, foi utilizado um questionário desenvolvido com esta finalidade, cujos participantes são indagados quanto à facilidade para assinalar as questões e para compreender as instruções do questionário e dos itens⁽³⁹⁾.

Finalizadas todas as etapas da tradução e adaptação, o PSCHO foi submetido à avaliação de suas propriedades de medida, uma forma de se analisar a validade e a confiabilidade do instrumento^(36,40).

3.3. Avaliação das propriedades de medida

Na elaboração de uma pesquisa busca-se sempre alcançar a verdade e limitar a ocorrência de erros. Quando o objeto de estudo é um instrumento de medida, é imprescindível avaliar a sua qualidade, a fim de garantir uma mensuração fidedigna da realidade⁽⁴¹⁾. A validade e a confiabilidade são propriedades que demonstram o rigor do processo metodológico e, por isso, recomenda-se a avaliação desses atributos quando se trata de tradução e adaptação de instrumentos^(36,38).

3.3.1. Validade

A validade representa a capacidade que o instrumento mensura de fato o construto que se propõe medir e pode ser analisada pela validade de conteúdo, de construto e relacionada com critério⁽⁴⁰⁾. Na etapa de tradução e adaptação cultural do instrumento foi possível mensurar a validade de conteúdo, ou seja, o quanto as questões representam o conteúdo que se deseja medir, calculado pelo IVC⁽³⁸⁾.

A validade de construto refere-se ao grau com que o instrumento mede o construto para o qual foi designado e pode ser examinada pela análise fatorial (estima-se as variáveis são representativas de um conceito), por meio da testagem de hipóteses de modo convergente (uso simultâneo de escalas que mensuram construtos relacionados), discriminante (uso simultâneo de instrumentos que avaliam construtos diferentes) ou por grupos conhecidos (aplicação do instrumento em grupos com características previamente conhecidas e que determinam resultados diferentes). A validade relacionada com critério verifica o quanto o construto mensurado representa um critério externo considerado “padrão-ouro”^(35,40,42).

Para a avaliação da validade do PSCHO, optou-se por verificar a validade de construto estrutural, convergente e por grupos conhecidos. A validade de construto estrutural foi realizada pela análise fatorial confirmatória. Para a validade convergente, foi testado se há correlação do construto mensurado pelo PSCHO com a dimensão clima de segurança do SAQ. Para a validade por grupos conhecidos, foram selecionadas duas instituições de saúde com características diferentes, sendo uma delas reconhecida por certificações de qualidade e outra que nunca foi submetida a um processo de certificação.

3.3.2. Confiabilidade

A confiabilidade pode ser compreendida como o grau de exatidão com que o instrumento mede determinado atributo, livre de erros, podendo reproduzir um resultado de forma consistente. Uma das formas para mensurá-la é por meio da consistência interna, que detecta a correlação entre todos os itens da escala, ou seja, entre os resultados obtidos por ela⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾. Nesta pesquisa, a consistência interna do PSCHO foi avaliada com a determinação do coeficiente alfa de *Cronbach* e pela confiabilidade composta.

3.4. Locais de estudo

Realizou-se o estudo em duas instituições hospitalares do Estado de São Paulo, públicas e com prestação de assistência médico-hospitalar financiada pelo Sistema Único de Saúde, denominadas instituição H1 e H2. A instituição H1 é um hospital universitário terciário e quaternário, enquanto H2 é considerada de atendimento secundário e terciário, destacando-se por possuir certificação pela Organização Nacional de Acreditação (nível 3), título de Hospital Amigo da Criança e por ter recebido recentemente o selo de certificação da Acreditação Internacional Canadense (*Canadian Council for Health Services Accreditation – CCHSA*).

3.5. População e amostra

Foram convidados a participar do estudo os profissionais de saúde que atuam na assistência direta ao paciente e os que exercem posições gerenciais nas respectivas unidades, entre eles: enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e médicos. Em ambas as instituições a equipe médica é composta por docentes que, além das atividades acadêmicas, participam das decisões administrativas e ocupam cargos gerenciais. Dessa forma, quando se refere aos médicos nesta pesquisa, consideram-se docentes, médicos assistenciais e residentes.

Com o intuito de abranger a avaliação do clima nas diversas áreas de um hospital, foram convidados os profissionais que atuam nas unidades de emergência, de terapia intensiva, enfermarias, ambulatorios, centro-cirúrgico, centro de material esterilizado, laboratório e outras unidades. Para a amostra, selecionaram-se os sujeitos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: a) experiência profissional na atual unidade de trabalho maior ou igual a seis meses e b) exercer carga horária de, no mínimo, vinte horas semanais. Os sujeitos de férias ou licença foram excluídos.

A definição do tamanho da amostra deu-se por meio do cálculo amostral, em que se considerou como aceitável, no mínimo, a proporção de cinco sujeitos para cada variável estudada para a realização da análise fatorial, totalizando 210 sujeitos⁽⁴²⁾. Para alcançar este número, optou-se por atingir uma estimativa proporcional ao número de

profissionais de cada instituição. Em H1, considerou-se o total de 2725 profissionais, sendo 374 enfermeiros, 68 auxiliares de enfermagem, 1109 técnicos de enfermagem, 58 fisioterapeutas, 244 médicos docentes, 285 médicos assistentes e 587 médicos residentes. Na instituição H2, considerou-se 931 profissionais, sendo 85 enfermeiros, 336 auxiliares de enfermagem, 178 técnicos de enfermagem, 18 fisioterapeutas, 12 médicos docentes, 272 médicos assistentes e 30 médicos residentes.

3.6. Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados, os profissionais receberam a versão brasileira do *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations* (Apêndice 2) e o *Safety Attitudes Questionnaire* (Anexo 4).

3.6.1. *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations* - versão brasileira

Com o objetivo de mensurar o clima de segurança no ambiente hospitalar, o PSCHO é um instrumento autorrespondido, composto por 51 itens, dos quais seis abordam as características pessoais e demográficas. Das demais 45 afirmativas, 42 representam 12 dimensões que mensuram aspectos do hospital, da unidade de trabalho e interpessoais sobre o clima de segurança. Os aspectos organizacionais são medidos por três dimensões: engajamento da administração da instituição (itens 1, 3, 4, 7, 11 e 24), recursos organizacionais para segurança (itens 2, 16, 30, 39) e ênfase geral na segurança do paciente (itens 12 e 23)⁽²⁹⁻³⁰⁾.

Os aspectos relacionados à unidade de trabalho englobam seis dimensões: apoio dos gerentes da unidade (itens 25, 29 e 34), normas de segurança na unidade (itens 5, 8, 18, 32 e 40), reconhecimento da unidade e apoio à dedicação em relação à segurança (itens 10, 21, 22 e 31), aprendizado coletivo (itens 26, 35, 38 e 41), segurança psicológica (itens 27, 33 e 37), responsividade aos problemas (itens 28 e 36)⁽²⁹⁻³⁰⁾.

A categoria interpessoal é representada pelas dimensões medo do constrangimento (itens 6, 9, 43 e 44) e medo de culpabilização e punição (itens 15, 17 e 42). A dimensão prestação de cuidado seguro (itens 14 e 19) não está agrupada nos demais aspectos, mas foi mantida pelos autores do instrumento no modelo teórico por representar uma importante característica do clima de segurança⁽²⁹⁻³⁰⁾.

A escala de resposta às afirmativas é do tipo *Likert* com cinco pontos, com as seguintes opções: discordo totalmente (1), discordo (2), não concordo nem discordo (3), concordo (4) e concordo totalmente (5). O profissional pode ainda considerar a opção “não se aplica” (6)⁽²⁹⁻³⁰⁾. Os itens 6, 9, 14, 15, 17, 34, 42, 43 e 44 possuem conotação negativa e, por isso, suas respectivas pontuações devem ser invertidas para análise.

O escore é obtido de forma que se dê destaque às respostas que se opõem à segurança (1 e 2), chamadas de respostas problemáticas. O cálculo pode ser feito para os itens, dimensões e para o clima de segurança geral. Primeiramente, é calculada a porcentagem média das respostas problemáticas para cada item entre todos os respondentes. Após, obtém-se a média de todas as médias dos itens em uma dimensão e a média de todos os itens no instrumento. Uma PRP média baixa indica melhor percepção do clima de segurança na instituição^(8,30).

3.6.2. *Safety Attitudes Questionnaire – SAQ*

O *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) é um instrumento traduzido e adaptado para a cultura brasileira, com a finalidade de avaliar as percepções dos profissionais em relação às atitudes de segurança⁽²⁴⁾. No estudo de tradução e adaptação para o contexto brasileiro, sua confiabilidade foi considerada satisfatória ($\alpha = 0,65$ a $0,79$)⁽²⁴⁾.

Trata-se de um instrumento autorrespondido, constituído por 41 itens distribuídos em oito dimensões: clima de trabalho em equipe (itens 1 a 6), clima de segurança (itens 7 a 13), satisfação no trabalho (itens 15 a 19), percepção do estresse (itens 20 a 23), percepção da gerência do hospital (itens 14, 24 a 28); 6), percepção da

gerência da unidade (itens 24 a 29), condições de trabalho (itens 30 a 32) e comportamento seguro (itens 33 a 35)⁽²⁴⁾.

A escala de medida é do tipo *Likert*, cuja pontuação é dada da seguinte forma: discorda totalmente (zero ponto), discorda parcialmente (25 pontos), neutro (50 pontos), concorda parcialmente (75 pontos), concorda totalmente (100 pontos). Além disso, há a opção “não se aplica” em cada questão, à qual não se agrega pontuação. Os itens 2, 11 e 36, que possuem conotação negativa, são codificados de forma reversa. O escore de cada dimensão é obtido pela soma das pontuações dividido pelo número de questões respondidas, excluindo-se aquelas com resposta “não se aplica”. A pontuação final varia de 0 a 100, sendo que 100 representa a melhor percepção de segurança. Acima de 75 pontos classifica-se como um valor positivo⁽⁴³⁾.

Para esta pesquisa, o instrumento foi aplicado na íntegra, porém, para as análises, considerou-se apenas a dimensão clima de segurança.

3.7. Procedimentos de coleta de dados

Inicialmente, foi feito contato com os hospitais e solicitada a autorização das chefias responsáveis. A coleta de dados foi efetuada pela própria pesquisadora, no período de junho a julho de 2017. Os sujeitos que atenderam aos critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo. Após anuência, solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 3) e programado o melhor momento para o preenchimento dos questionários.

3.8. Tratamento e análise dos dados

3.8.1. Análise descritiva

A análise descritiva desenvolveu-se a partir da avaliação das características demográficas e profissionais dos participantes e, para avaliação do clima de segurança do paciente, do cálculo da PRP das afirmativas do PSCHO. Para isso, utilizou-se o programa SPSS (*Statistical Product and Service Solutions*) for Windows versão 17.0, em que foram obtidas a frequência absoluta (n) e percentual (%) das variáveis

categóricas e as medidas de posição (média, mediana, mínimo e máximo) e de dispersão (desvio-padrão e quartis) das variáveis contínuas.

3.8.2. Validade de construto estrutural e confiabilidade

A avaliação da validade de construto estrutural do instrumento deu-se por meio da análise fatorial confirmatória, que compreendeu duas etapas: análise da validade convergente e discriminante do modelo proposto. Foram empregados modelos de equações estruturais com base no método de estimação *Partial Least Squares* (PLS), ou mínimos quadrados parciais. Para a implementação dessas análises utilizou-se o *software Smart PLS 3.2.1*⁽⁴⁴⁾.

Para a análise da validade convergente do modelo fatorial, inicialmente verificaram-se os resultados obtidos de variância média extraída (*Average Variance Extracted* - AVE) para cada um dos fatores do modelo. Essa medida avalia a proporção da variância dos itens que é explicada pelo fator aos quais pertencem, em que são esperados valores de AVE superiores a 0,5, o que indica que o modelo converge a um resultado satisfatório⁽⁴⁵⁾.

Posteriormente, examinaram-se os valores obtidos de carga fatorial entre os itens e os seus respectivos fatores. Os itens com cargas inferiores a 0,5 foram excluídos do modelo fatorial⁽⁴²⁾. A validade discriminante foi analisada por meio do critério de *Fornell-Larcker*, que compara as raízes quadradas das AVEs com os valores de correlação entre os fatores⁽⁴⁶⁾. O modelo apresenta validade discriminante se as raízes quadradas das AVEs forem maiores do que as correlações entre os fatores. Procedeu-se, ainda, à análise das cargas cruzadas, a fim de observar se a carga fatorial de um determinado item era mais elevada no fator em que fora inicialmente alocado, do que nos demais fatores do modelo.

A confiabilidade foi mensurada pelo coeficiente alfa de *Cronbach* e pela confiabilidade composta, medida que considera as diferentes cargas fatoriais dos itens que compõem o construto e, por isso, não subestima a consistência interna. Valores acima de 0,6 foram estimados como satisfatórios⁽⁴⁵⁾.

3.8.3. Validade de construto convergente e por grupos conhecidos

Para a validade de construto convergente e por grupos conhecidos empregou-se o *software* estatístico SAS (*Statistical Analysis System*) versão 9.4. Embora os autores recomendem que, para uso do PSCHO, seja calculada a média da PRP para cada item e dimensão entre todos os respondentes, para a validade convergente foi realizado o cálculo do escore total do instrumento e, para validação por grupos conhecidos, foram considerados os escores por dimensão e total da escala.

Levando-se em conta que esse escore varia de um a cinco, estabeleceu-se que valores superiores a três indicam melhor avaliação do clima. Os itens classificados como “não se aplica” foram considerados “*missings*” e, portanto, não fizeram parte do cálculo. Ainda, foram excluídos os sujeitos que não apresentaram 50% de respostas válidas. As exclusões foram feitas separadamente, com base nos escores por dimensão e total, o que implicou em tamanhos amostrais diferentes para cada análise.

A correlação entre o escore total do instrumento PSCHO e o escore da dimensão clima de segurança do SAQ foi analisada por meio do coeficiente de correlação de *Spearman* (coeficiente não paramétrico), cujos valores variam de -1 a 1 e possuem a seguinte interpretação: próximos a -1 indicam uma relação negativa ou inversa entre as variáveis, próximos a 1 indicam uma relação positiva, e próximos a zero indicam ausência de correlação⁽⁴⁷⁾. O coeficiente pode ser assim classificado: de fraca (0,1 a 0,29), moderada (0,30 a 0,49) e forte (maior ou igual a 0,50) correlação⁽⁴⁸⁾.

Para as comparações entre os grupos dos referidos hospitais e entre as categorias profissionais, em relação aos escores das dimensões do PSCHO, aplicou-se o teste não paramétrico de *Mann-Whitney*⁽⁴⁷⁾, onde foi adotado o nível de significância de 5%. Nas comparações feitas para cada hospital, foi aplicada a correção de Bonferroni, ou seja, dividiu-se pelo número total de grupos usados, sendo, portanto, adotado o nível de significância de 2,5%⁽⁴⁹⁾.

3.9. Aspectos éticos

A pesquisa foi registrada na Plataforma Brasil (CAAE: 54036116.0.0000.5404) e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp (nº

1.511.805) (Anexo 5). Os sujeitos que atenderam aos critérios de inclusão foram abordados e convidados a participar do estudo, sendo esclarecidos a respeito dos seus objetivos e informados de que poderiam retirar seu consentimento a qualquer momento, se assim o desejassem. Para a participação da pesquisa, os sujeitos procederam à leitura, compreensão, autorização e assinatura do TCLE, conforme as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS.

4. RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa estão apresentados em formato de três manuscritos:

- **Manuscrito 1** – *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations*: tradução e adaptação para a cultura brasileira.
- **Manuscrito 2** – Validação do *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations* no Brasil.
- **Manuscrito 3** – Clima de segurança do paciente em hospitais públicos brasileiros: perspectivas da equipe de enfermagem e médica.

4.1 . Manuscrito 1

PATIENT SAFETY CLIMATE IN HEALTHCARE ORGANIZATIONS: TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO PARA A CULTURA BRASILEIRA

RESUMO

Objetivo: traduzir, adaptar e avaliar a praticabilidade do instrumento *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations* para a cultura brasileira. **Método:** estudo metodológico, caracterizado por processos de desenvolvimento e avaliação de instrumentos, o qual seguiu as etapas de tradução; síntese; retrotradução; avaliação por um comitê de juízes, composto por uma médica e seis enfermeiras, da área acadêmica, assistencial e gerencial; e pré-teste com 40 sujeitos, entre eles enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e médicos. **Resultados:** as etapas de tradução e retrotradução foram apropriadas. Na síntese consultou-se a autora do instrumento, para ajustar a equivalência de alguns termos. A avaliação das versões obtidas foi classificada como satisfatória pelo comitê de juízes e deram-se pequenas alterações para adequar a equivalência dos itens. No pré-teste, o PSCHO - versão brasileira demonstrou adequada validade de conteúdo e facilidade de compreensão pelos sujeitos. **Conclusão:** o processo de tradução, adaptação cultural e avaliação da praticabilidade da versão brasileira do PSCHO seguiu as etapas recomendadas e foi considerado satisfatório.

Palavras-chave: Enfermagem; Tradução; Estudos de Validação; Segurança do Paciente; Instalações de Saúde.

INTRODUÇÃO

Desde a publicação do relatório “*To err is human*” as organizações de saúde têm se preocupado com a segurança do paciente e esforços ao redor do mundo são feitos para identificar os fatores que colocam o paciente em risco⁽¹⁾.

A cultura organizacional mostra-se relevante nos resultados para o paciente, e determinadas características, como forte hierarquia, demonstram efeitos negativos

sobre o clima de segurança do paciente⁽²⁾. Muitas organizações, todavia, investem em treinamento e premiam o comportamento seguro com recompensas, concentram profissionais mais preparados para identificar e intervir em situações inesperadas⁽²⁻³⁾.

Uma cultura de segurança forte é compreendida como um conjunto de características que envolvem lideranças comprometidas com a segurança, comunicação baseada na confiança, aprendizado organizacional, abordagem não punitiva dos eventos adversos, trabalho em equipe e crença compartilhada da importância da segurança⁽⁴⁾.

Dentre as formas de se avaliar o desempenho e a eficácia de uma organização e como ela se empenha na identificação dos riscos para o paciente está a mensuração do clima de segurança⁽⁵⁾. O uso de ferramentas com esse objetivo auxilia na identificação de falhas que podem influenciar negativamente os resultados para o paciente.

Amplamente utilizado nos Estados Unidos e adaptado para diferentes contextos⁽⁶⁻¹⁰⁾, o *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations* é um instrumento válido para mensuração do clima de segurança do paciente a partir da percepção dos profissionais, tanto daqueles que trabalham na linha de frente, quanto dos que gerenciam a organização⁽¹¹⁾.

No Brasil, a avaliação do clima de segurança do paciente na assistência ainda é incipiente e necessita ser guiada por um instrumento que identifique as iniciativas de sucesso e aponte as lacunas existentes nas organizações. Dessa forma, o presente estudo propõe a tradução, adaptação e avaliação da praticabilidade do PSCHO para a cultural brasileira.

MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico, caracterizado por processos de desenvolvimento e avaliação de instrumentos de coleta de dados⁽¹²⁾.

Patient Safety Climate in Healthcare Organizations – PSCHO

O PSCHO visa mensurar o clima de segurança no ambiente hospitalar. Inicialmente desenvolvido por Gaba et al. (2003)⁽¹³⁾, foi construído a partir da teoria baseada em pesquisas relacionadas às Organizações de Alta Confiabilidade, as quais operam em condições perigosas e possuem uma porcentagem mínima de eventos adversos⁽¹⁴⁾. Entre os principais atributos dessas organizações estão: tomada de decisão descentralizada, comunicação eficaz, processos bem articulados e resilientes, preocupação com falhas, reconhecimento por meio de recompensas do profissional com postura de segurança⁽¹⁵⁾.

O instrumento possui 51 itens, seis referentes às características profissionais e 45 sobre o clima de segurança, dos quais 42 estão distribuídos em 12 dimensões que mensuram aspectos do hospital, da unidade de trabalho e interpessoais sobre o clima de segurança. As dimensões relacionadas aos aspectos organizacionais incluem o engajamento da administração da instituição (itens 1, 3, 4, 7, 11 e 24), recursos organizacionais para segurança (itens 2, 16, 30, 39) e ênfase geral na segurança do paciente (itens 12 e 23)^(9,11).

Os aspectos relativos à unidade de trabalho englobam apoio dos gerentes da unidade (itens 25, 29 e 34), normas de segurança na unidade (itens 5, 8, 18, 32 e 40), reconhecimento da unidade e apoio à dedicação em relação à segurança (itens 10, 21, 22 e 31), aprendizado coletivo (itens 26, 35, 38 e 41), segurança psicológica (itens 27, 33 e 37) e responsividade aos problemas (itens 28 e 36)^(9,11).

A categoria interpessoal envolve as dimensões medo do constrangimento (itens 6, 9, 43 e 44) e medo de culpabilização e punição (itens 15, 17 e 42). Outro aspecto importante para o clima de segurança foi considerado, mas não classificado nas categorias anteriores, que consiste na dimensão prestação de cuidado seguro, avaliado pelos itens 14 e 19^(9,11).

A escala de resposta às afirmativas é do tipo *Likert* com cinco pontos, cujas opções são: discordo totalmente (1), discordo (2), não concordo nem discordo (3),

concordo (4) e concordo totalmente (5). O profissional pode ainda considerar a opção “não se aplica” (6)^(9,11). Nove itens (6, 9, 14, 15, 17, 34, 42, 43 e 44) possuem conotação negativa e por isso devem ser invertidos para análise.

O escore é obtido de forma que se dê destaque às respostas que se opõem à segurança (1 e 2), chamadas de respostas problemáticas. O cálculo pode ser feito para os itens, dimensões e para o clima de segurança geral. Primeiramente, é calculada a porcentagem média das respostas problemáticas para cada item entre todos os respondentes. Em seguida, é calculada a média de todas as médias dos itens em uma dimensão e a média de todos os itens no instrumento. Uma média baixa de porcentagem de respostas problemáticas indica melhor percepção do clima de segurança na instituição⁽⁹⁾.

Tradução e adaptação cultural

Após o consentimento formal da autora do instrumento, professora e pesquisadora Dra. Sara Singer, a tradução e adaptação do PSCHO seguiram os procedimentos metodológicos recomendados pela literatura, com a finalidade de manter a mesma equivalência entre a versão original e a adaptada⁽¹⁶⁾.

Inicialmente, o instrumento PSCHO foi traduzido por dois tradutores independentes, com fluência na língua inglesa, cuja língua materna era o português do Brasil. Um dos tradutores foi informado sobre os conceitos e objetivos do instrumento e o outro não teve acesso a essas informações.

As duas versões (T1 e T2) foram analisadas por um terceiro tradutor independente, o que permitiu a comparação e o consenso de discrepâncias, obtendo-se uma versão síntese (T12). A T12 foi submetida à tradução de volta para o inglês (retrotradução), por dois tradutores com fluência em português, cuja língua materna era o inglês, produzindo duas versões (RT1 e RT2). Esses profissionais eram tradutores independentes, não fizeram parte da primeira fase da tradução e não foram informados sobre os conceitos mensurados pelo PSCHO.

Após a obtenção das retrotraduções, foi organizado um comitê de juízes composto por sete profissionais: uma médica docente, com experiência em cuidados intensivos e vivência no país de origem do instrumento; uma enfermeira, doutoranda e com experiência assistencial; uma enfermeira, doutoranda e docente na área de administração, com formação em Letras; uma gerente de enfermagem, com experiência na área de qualidade e segurança do paciente; duas docentes em enfermagem, pesquisadoras na área de segurança do paciente e uma docente de enfermagem, com experiência na tradução e adaptação de instrumentos.

Com o objetivo de analisar a validade de conteúdo e desenvolver a versão pré-final do PSCHO, todas as versões do instrumento (VO, T1, T2, T12, RT1 e RT2) foram disponibilizadas aos juízes para uma avaliação quantitativa e qualitativa. Cada juiz recebeu uma carta-convite e instruções específicas, nas quais se solicitou a avaliação das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual de cada item do instrumento.

A avaliação da equivalência semântica refere-se ao significado das palavras, em que se observa se palavras traduzidas têm o mesmo significado empregado na versão original. A idiomática avalia se o item traduzido preserva o sentido da expressão na versão original. A equivalência cultural refere-se à adequação de situações ou atividades abordadas que correspondem às situações vivenciadas no contexto cultural do Brasil, enquanto a conceitual diz respeito à análise de palavras com diferentes conceitos entre as culturas⁽¹⁶⁾.

A avaliação quantitativa do instrumento ocorreu de maneira individual, em que os membros do comitê atribuíram uma pontuação para a equivalência de cada item (1=não equivalente, 2=impossível avaliar a equivalência sem que o item seja revisto, 3=equivalente, mas necessita de alterações menores, 4=absolutamente equivalente) para o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Este cálculo é feito levando-se em conta o número de juízes que pontuaram 3 ou 4, dividido pelo número total de juízes. Consideraram-se os itens com IVC menor que 0,78 elegíveis para revisão⁽¹⁷⁾.

A avaliação qualitativa realizou-se por meio de uma reunião com a maioria dos membros do comitê, na qual foram feitas sugestões sobre alguns aspectos do

instrumento. A partir das adequações discutidas neste encontro, obteve-se a versão pré-final do PSCHO, que foi submetida ao pré-teste em maio de 2017 com 40 sujeitos, profissionais da área assistencial e administrativa de um hospital de ensino. Os sujeitos receberam dois formulários: a versão pré-final do PSCHO e um questionário para a avaliação da sua praticabilidade.

A avaliação da praticabilidade compreendeu a mensuração do tempo dispendido para preenchimento do instrumento, a facilidade para assinalar as questões e para compreender as instruções do questionário e dos itens.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp (CAAE: 54036116.0.0000.5404) e todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução CNS/MS 466/12.

RESULTADOS

O processo de tradução do instrumento PSCHO foi adequado e possibilitou a elaboração da síntese das versões T1 e T2, que posteriormente foi submetida à retrotradução. Na etapa de síntese (T12), a autora do instrumento foi consultada para esclarecer o significado de alguns termos, que apresentavam equivalência semântica diferente, mas que poderiam ser sinônimos na língua original (*disciplined*, *punished* e *corrected*).

Após esclarecimentos da autora, para os termos “*disciplined*” e “*punished*” considerou-se a tradução “punido” e, para “*corrected*”, “corrigido”. Em seguida, as versões VO, T1, T2, T12, RT1 e RT2 foram submetidas à avaliação pelo comitê de juízes.

Na avaliação quantitativa, a maioria dos itens obteve uma concordância maior que 78% entre os juízes, o que demonstrou equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual dentre as versões do instrumento. A Tabela 1 mostra o IVC médio atribuído aos itens do instrumento.

Tabela 1: Índice de validade de conteúdo dos itens da versão brasileira do *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations*. Campinas, SP, 2017.

Itens	IVC médio
Instruções, seção I, seção II, definição, opções, itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 19, 20, 22, 24, 25, 27, 32, 33, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 44, 45, 49, 50 e 51.	1,00
Título, itens 9, 21, 23, 34, 43 e 46	0,96
Itens 29, 30 e 42	0,93
Item 17	0,92
Itens 28, 31 e 48	0,89
Item 18	0,86
Item 36	0,83
Itens 16 e 26	0,79
Item 47	0,75

Durante a reunião com os membros do comitê de juízes, momento em que foi possível realizar a avaliação qualitativa dos itens do instrumento, houve sugestões de alterações quanto à adequação gramatical, bem como tempo verbal, inversão de palavras nas afirmativas, padronização de termos ou substituição por sinônimos.

Entre os termos padronizados, optou-se por considerar o uso de “administração/direção” sempre que a afirmativa se referisse ao gerenciamento da instituição. Quando se relacionasse à unidade, preferiu-se padronizar “gerência/coordenação”. A palavra “*facility*” (itens 7, 12, 23 e 39) apresentou divergência no item 39, assumindo a tradução “unidade”. Após consenso, assumiu-se o significado de “instituição” para este termo, pois está presente em itens que representam dimensões de aspecto organizacional e não da unidade.

O item 47 “*Meu cargo é*” foi o único que apresentou uma taxa de concordância abaixo do recomendado e, por se tratar de uma afirmativa que aborda categorias profissionais diferentes da realidade brasileira, sofreu algumas modificações. Todas as sugestões feitas pelo comitê de juízes foram acatadas, uma vez que o intuito foi facilitar a compreensão da escala. As alterações realizadas estão dispostas no Quadro 1.

Quadro 1: Descrição dos itens alterados após avaliação do comitê de juízes. (continua)

Itens	Versão original	Síntese	Versão Pré-teste
Instruções	For the following statements, please answer if you "strongly disagree", "disagree", "neither agree nor disagree", "agree" or "strongly agree ". If you wish to change an answer, fill in the square for your preferred answer and circle it.	Por favor, responda se você “discorda totalmente”, “discorda”, “não concorda nem discorda”, “concorda” ou “concorda totalmente” com cada uma das afirmativas descritas a seguir. Caso você queira alterar alguma resposta, preencha o quadrado que corresponde à sua nova opção e faça um círculo em volta dele.	Para as afirmações a seguir, por favor, responda se você “discorda totalmente”, “discorda”, “não concorda nem discorda”, “concorda” ou “concorda totalmente”. Caso você queira alterar alguma resposta, preencha o quadrado que corresponde à sua nova opção e faça um círculo em volta dele.
2	I am provided with adequate resources (personnel, budget, and equipment) to provide safe patient care.	Tenho à minha disposição recursos adequados (pessoal, orçamento e equipamento) para prestar assistência segura ao paciente.	Tenho à minha disposição recursos adequados (pessoal, orçamento e equipamento) para prestar cuidado seguro ao paciente.
3	Senior management supports a climate that promotes patient safety.	A alta administração apoia um ambiente que promove a segurança do paciente.	A administração/direção da instituição apoia um clima que promove a segurança do paciente.
4	Senior management has a clear picture of the risks associated with patient care.	A alta administração tem uma visão clara dos riscos associados à segurança do paciente.	A administração/direção da instituição tem uma visão clara dos riscos associados ao cuidado do paciente.
5	My unit takes the time to identify and assess risks to ensure patient safety.	Minha unidade empenha-se em identificar e analisar os riscos para garantir a segurança do paciente.	Minha unidade empenha-se em identificar e avaliar os riscos para garantir a segurança do paciente.
7	Senior management has a good idea of the kinds of mistakes that actually occur in this facility.	A alta administração tem conhecimento dos tipos de erros que realmente ocorrem nesta instituição.	A administração/direção da instituição tem conhecimento dos tipos de erros que realmente ocorrem nesta instituição.

Quadro 1: Descrição dos itens alterados após avaliação do comitê de juízes. (continuação)

9	If I make a mistake that has significant consequences and nobody notices, I do not tell anyone about it.	Se eu cometer um erro que tenha consequências significativas e ninguém perceber, eu não irei revelar a ninguém sobre o ocorrido.	Se eu cometer um erro que tenha consequências significativas e ninguém perceber, eu não revelo a ninguém sobre o ocorrido.
10	My unit recognizes individual safety achievement through rewards and incentives.	Minha unidade reconhece as conquistas individuais relacionadas à segurança por meio de prêmios e incentivos.	Minha unidade reconhece as conquistas individuais relacionadas à segurança por meio de recompensas e incentivos.
11	Senior management considers patient safety when program changes are discussed.	A alta administração considera a segurança do paciente quando são discutidas mudanças no programa.	A administração/direção da instituição considera a segurança do paciente quando são discutidas mudanças nos processos internos.
12	Compared to other facilities in the area, this facility care more about the quality of patient care it provides.	Comparada com outras instituições na área, esta instituição é a que mais se preocupa com a qualidade do serviço que presta ao paciente.	Comparada com outras instituições na área, esta instituição preocupa-se mais com a qualidade do serviço que presta ao paciente.
13	I have learned how to do my own job better by learning about mistakes made by my coworkers.	Eu aprendi como melhorar meu próprio trabalho ao tomar conhecimento dos erros cometidos pelos meus colegas.	Eu tenho aprendido como melhorar meu próprio trabalho ao tomar conhecimento dos erros cometidos pelos meus colegas.
16	I have enough time to complete patient care tasks safely.	Eu tenho tempo suficiente para realizar procedimentos com o paciente de forma segura	Eu tenho tempo suficiente para realizar os cuidados ao paciente de forma segura.
17	Clinicians who make serious mistakes are usually punished.	Profissionais da área clínica que cometem erros graves, geralmente são punidos.	Profissionais da assistência que cometem erros graves, geralmente são punidos.

Quadro 1: Descrição dos itens alterados após avaliação do comitê de juízes. (continuação)

18	In my unit, there is significant peer pressure to discourage unsafe patient care.	Há uma pressão significativa dos colegas na minha unidade para desencorajar práticas que não sejam seguras ao paciente.	Na minha unidade, há uma pressão significativa dos colegas para desencorajar práticas inseguras ao paciente.
19	I have never witnessed a coworker do something that appeared to me to be unsafe patient care.	Eu nunca presenciei um colega de trabalho fazer algo que não me parecesse seguro para o cuidado do paciente.	Eu nunca presenciei um colega de trabalho fazer algo que me parecesse inseguro para o cuidado do paciente.
21	I am rewarded for taking quick action to identify a serious mistake.	Eu sou recompensado(a) pela rápida intervenção ao identificar um erro grave.	Eu sou recompensado(a) por agir rapidamente ao identificar um erro grave.
22	My unit provides training on teamwork in order to improve patient care performance and safety.	Minha unidade oferece treinamento focando o trabalho em equipe, a fim de melhorar o desempenho no cuidado e segurança do paciente.	Minha unidade oferece treinamento sobre o trabalho em equipe, a fim de melhorar o desempenho no cuidado e segurança do paciente.
23	Overall, the level of patient safety at this facility is improving.	Em geral, o nível de segurança do paciente nesta unidade está melhorando.	Em geral, o nível de segurança do paciente nesta instituição está melhorando.
24	Patient safety decisions are made by the most qualified people, regardless of rank or hierarchy.	As decisões relacionadas à segurança do paciente são tomadas pelas pessoas mais qualificadas, independentemente da posição ou hierarquia.	As decisões relacionadas à segurança do paciente são tomadas pelas pessoas mais qualificadas, independentemente do cargo ou hierarquia.
25	Management in my unit helps me overcome problems that make it hard for me to provide safe patient care.	O gestor de minha unidade me ajuda a superar problemas que dificultam a prestação de cuidado de forma segura ao paciente.	A gerência/coordenação da minha unidade me ajuda a superar problemas que dificultam a prestação de cuidado seguro ao paciente.

Quadro 1: Descrição dos itens alterados após avaliação do comitê de juízes. (continuação)

26	Mistakes have led to positive changes in my unit.	Os erros ocorridos em minha unidade têm levado a mudanças positivas no setor.	Os erros têm levado a mudanças positivas em minha unidade/ setor.
28	Bringing patient safety problems to management's attention usually results in the problem being addressed.	Alertar o gestor sobre problemas com a segurança do paciente geralmente leva à resolução do problema.	Alertar a gerência/coordenação da minha unidade sobre problemas com a segurança do paciente geralmente leva à discussão sobre o problema.
29	In my unit, management puts safety at a higher level of importance that meeting the schedule and productivity.	Na minha unidade, a gestão coloca a segurança em um nível mais elevado de importância do que o cumprimento do cronograma ou da produtividade.	Na minha unidade, a gerência/ coordenação coloca a segurança em um nível mais elevado de importância do que o cumprimento do cronograma e da produtividade.
30	I have received sufficient training to enable me to address patient safety problems.	Eu recebi treinamento adequado para resolver problemas relacionados à segurança do paciente.	Eu tenho recebido treinamento adequado para abordar problemas relacionados à segurança do paciente.
31	My performance is evaluated against defined safety standards.	Meu desempenho é avaliado de acordo com os padrões estabelecidos para a segurança do paciente.	Meu desempenho é avaliado de acordo com padrões de segurança definidos.
33	Staff freely speak up if they see something that may negatively affect patient care.	Os funcionários manifestam-se com liberdade caso observem algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente.	A equipe manifesta-se com liberdade caso observe algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente.

Quadro 1: Descrição dos itens alterados após avaliação do comitê de e juízes. (continuação)

34	Whenever pressure builds up, management in my unit wants us to work faster, even if it means taking shortcuts that might negatively affect patient safety.	Sempre que a pressão aumenta, a administração da minha unidade quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso implique abreviar tarefas, o que pode afetar a segurança do paciente de forma negativa.	Sempre que a pressão aumenta, a gerência/coordenação da minha unidade quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso implique abreviar tarefas, o que pode afetar a segurança do paciente de forma negativa.
35	On my unit, we identify and fix safety problems before an incident actually occurs.	Na minha unidade, identificamos e resolvemos problemas de segurança antes que o incidente venha de fato a ocorrer.	Na minha unidade, identificamos e resolvemos problemas de segurança antes que o incidente de fato ocorra.
36	When I take time to communicate about patient safety problems there is appropriate follow up.	Quando dedico algum tempo para notificar os problemas relacionados à segurança do paciente, há um acompanhamento apropriado aos pacientes.	Quando dedico algum tempo para notificar os problemas relacionados à segurança do paciente, há um seguimento apropriado.
37	I am comfortable reporting safety concerns without fear of being punished by management.	Eu me sinto confortável em informar minhas preocupações em relação à segurança, sem medo de ser punido pelo gestor.	Eu me sinto confortável em informar minhas preocupações em relação à segurança, sem medo de ser punido pela gerência/ coordenação da minha unidade.
39	This facility devotes sufficient resources to follow up on identified safety problems.	Essa unidade dispõe de recursos suficientes para o acompanhamento dos problemas de segurança identificados.	Essa instituição dispõe de recursos suficientes para o acompanhamento dos problemas de segurança identificados.
41	In my unit, patient safety problems and errors are communicated to the right people so that the problem can be corrected.	Na minha unidade, os problemas e erros relacionados à segurança do paciente são comunicados às pessoas indicadas para que o problema seja corrigido.	Na minha unidade, os problemas e erros relacionados à segurança do paciente são comunicados às pessoas certas para que o problema seja corrigido.

Quadro 1: Descrição dos itens alterados após avaliação do comitê de juízes. (conclusão)

42	I will be blamed if I make an error.	Serei responsabilizado se eu cometer um erro.	Serei considerado culpado se eu cometer um erro.
46	I am: Senior management – department head or above; Supervisor, but not senior management; Not a supervisor.	Eu sou: Gerente Sênior – chefe de departamento ou superior; Supervisor, mas não gerente sênior; Não sou supervisor.	Eu sou: Administrador/Diretor da instituição; Gerente/Coordenador da unidade; Não ocupo nenhum dos cargos acima.
47	My position is: physician – staff, resident/ intern/ fellow, RN, RNP, LVN, nursing assistant, pharmacist, physician assistant, physical therapist, housekeeping aide, food technician, respiratory therapist, audiologist, psychologist, clinical lab technician, ward clinic clerk, patient travel/ escort, radiology technician, occupational therapist, speech pathologist, other	Meu cargo é: médico/equipe médica, residente/ interno/ cirurgião residente, enfermeira credenciada, enfermeira licenciada em clínica geral, enfermeira prática licenciada, auxiliar de enfermagem, farmacêutico, médico assistente, fisioterapeuta, ajudante de limpeza, técnico em nutrição, terapeuta respiratório, audiologista, psicólogo, técnico de laboratório clínico, auxiliar administrativo, acompanhante de paciente em transferência, técnico de radiologia, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, outros.	Meu cargo é: médico, residente, enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, assistente social, farmacêutico, odontologista, fisioterapeuta, auxiliar de limpeza, técnico em nutrição, nutricionista, psicólogo, técnico de laboratório, auxiliar administrativo, profissional do transporte de pacientes (escolta/ maqueiro), técnico de radiologia, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e outros.
48	Clinical work area: Amb care, ER, Urgent Care, ICU, OR, Labor & Delivery, PACU, Lab, Ward, Home care, Pharmacy, Non-Clinical.	Área de trabalho: ambulatório, sala de emergência, cuidado de urgência, unidade de terapia intensiva, centro cirúrgico, centro obstétrico e maternidade, recuperação pós-anestésica, laboratório, enfermaria, cuidado domiciliar, farmácia, áreas não clínicas.	Área de trabalho: ambulatório, pronto-socorro/unidade de emergência referenciada, Unidade de Terapia Intensiva, Centro de Material, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico e Maternidade, Recuperação Pós-Anestésica, Enfermaria/ Unidade de Internação, Farmácia, Laboratório, Cuidado Domiciliar e Áreas não clínicas

Após as modificações sugeridas pelo comitê de juízes, o pré-teste foi realizado em um hospital universitário com 40 profissionais, entre eles enfermeiros (12,5%), técnicos de enfermagem (45%), fisioterapeutas (2,5%), médicos residentes (17,5%), médicos docentes e assistentes (22,5%), cujas áreas de trabalho eram: ambulatório, unidade de emergência referenciada (UER), unidade de terapia intensiva (UTI), centro de material esterilizado (CME), centro-cirúrgico (CC), enfermaria/unidade de internação e de outras áreas. A maioria dos profissionais tinha entre 31 e 50 anos (72,5%), era do sexo feminino (62,5%), com mais de cinco anos de trabalho na instituição (70%).

O tempo médio de preenchimento do PSCHO foi de 15,3 minutos ($DP \pm 6$), sendo o mínimo de sete e o máximo de 34 minutos. Na avaliação da praticabilidade, embora 67,5% dos sujeitos tenham avaliado como de fácil preenchimento, alguns sugeriram alterar a formatação da coluna para assinalá-las, com o intuito de destacar as opções existentes e tornar o preenchimento mais rápido. Quanto às instruções e às questões do PSCHO, 85% assinalaram ser de fácil compreensão.

O item 40 “*Violações deliberadas dos procedimentos operacionais padrões são raras na minha unidade*” apresentou concordância de 100%, porém foi considerado por alguns sujeitos sem equivalência cultural pelo uso do termo “deliberadas”. Para alterar este item, optou-se por consultar novamente os juízes. Obteve-se o retorno da maioria, que concordou em subtrair o termo. Para o item 47, que trata das profissões, sugeriu-se alterar o enunciado “Meu cargo é” para “Minha função é”, uma vez que a questão 46 já trata sobre o cargo ou posição ocupada pelo profissional na instituição.

Com as alterações feitas após o pré-teste, obteve-se a versão brasileira do PSCHO, conforme descrição no Quadro 2.

Quadro 2: Versão brasileira do PSCHO. (continua)

CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE Parte I Este conjunto de afirmativas corresponde às suas experiências relacionadas à segurança do paciente na sua unidade de trabalho e na sua instituição atualmente, salvo as observações em contrário. Algumas afirmativas referem-se à “minha unidade”. Médicos e outros prestadores de cuidados que não estão alocados em uma única unidade devem respondê-las com base nas experiências adquiridas por meio de seus serviços prestados, tais como assistência clínica ou cirúrgica. Todos os outros profissionais devem responder a essas afirmativas segundo suas experiências na unidade de trabalho em que passam a maior parte do tempo, como em uma Unidade de Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico ou Ambulatório. DEFINIÇÃO: Segurança do Paciente - Ações para evitar, prevenir ou corrigir eventos adversos que podem ser decorrentes do processo de prestação de cuidados de saúde. INSTRUÇÕES: Para as afirmações a seguir, por favor, assinale se você “discorda totalmente”, “discorda”, “não concorda nem discorda”, “concorda” ou “concorda totalmente”. <u>Caso você queira alterar alguma resposta</u>, preencha o quadrado que corresponde à sua nova opção e faça um círculo em volta dele. 1. Existe um bom fluxo de comunicação entre os níveis hierárquicos, ascendente e descendente, sobre os assuntos relacionados à segurança do paciente. 2. Tenho à minha disposição recursos adequados (pessoal, orçamento e equipamento) para prestar cuidado seguro ao paciente. 3. A administração/direção da instituição apoia um clima que promove a segurança do paciente. 4. A administração/direção da instituição tem uma visão clara dos riscos associados ao cuidado do paciente. 5. Minha unidade empenha-se em identificar e avaliar os riscos para garantir a segurança do paciente. 6. Pedir ajuda é um sinal de incompetência. 7. A administração/direção da instituição tem conhecimento dos tipos de erros que realmente ocorrem nesta instituição. 8. Minha unidade faz um bom trabalho de gerenciamento de riscos para garantir a segurança do paciente. 9. Se eu cometer um erro que tenha consequências significativas e ninguém perceber, eu não revelo a ninguém sobre o ocorrido. 10. Minha unidade reconhece as conquistas individuais relacionadas à segurança por meio de recompensas e incentivos. 11. A administração/direção da instituição considera a segurança do paciente quando são discutidas mudanças nos processos internos. 12. Comparada com outras instituições na área, esta instituição preocupa-se mais com a qualidade do serviço que presta ao paciente. 13. Eu tenho aprendido como melhorar meu próprio trabalho ao tomar conhecimento dos erros cometidos pelos meus colegas.

Quadro 2: Versão brasileira do PSCHO. (continuação)

14. No último ano, eu presenciei um colega de trabalho fazer algo que me pareceu ser inseguro para o paciente.
15. Se as pessoas descobrirem que eu cometi um erro, eu serei punido.
16. Eu tenho tempo suficiente para realizar os cuidados ao paciente de forma segura.
17. Profissionais da assistência que cometem erros graves, geralmente são punidos.
18. Na minha unidade, há uma pressão significativa dos colegas para desencorajar práticas inseguras ao paciente.
19. Eu nunca presenciei um colega de trabalho fazer algo que me parecesse inseguro para o cuidado do paciente.
20. No último ano, eu fiz algo que não foi seguro para o paciente.
21. Eu sou recompensado(a) por agir rapidamente ao identificar um erro grave.
22. Minha unidade oferece treinamento sobre o trabalho em equipe, a fim de melhorar o desempenho no cuidado e segurança do paciente.
23. Em geral, o nível de segurança do paciente nesta instituição está melhorando.
24. As decisões relacionadas à segurança do paciente são tomadas pelas pessoas mais qualificadas, independentemente do cargo ou hierarquia.
25. A gerência/coordenação da minha unidade me ajuda a superar problemas que dificultam a prestação de cuidado seguro ao paciente.
26. Os erros têm levado a mudanças positivas em minha unidade/setor.
27. A equipe sente-se confortável para questionar as ações daqueles com maior autoridade quando a segurança do paciente está em risco.
28. Alertar a gerência/coordenação da minha unidade sobre problemas com a segurança do paciente geralmente leva à discussão sobre o problema.
29. Na minha unidade, a gerência/coordenação coloca a segurança em um nível mais elevado de importância do que o cumprimento do cronograma e da produtividade.
30. Eu tenho recebido treinamento adequado para abordar problemas relacionados à segurança do paciente.
31. Meu desempenho é avaliado de acordo com padrões de segurança definidos.
32. Na minha unidade, qualquer pessoa que intencionalmente viole os padrões ou regras de segurança é corrigida.
33. A equipe manifesta-se com liberdade caso observe algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente.
34. Sempre que a pressão aumenta, a gerência/coordenação da minha unidade quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso implique abreviar tarefas, o que pode afetar a segurança do paciente de forma negativa.
35. Na minha unidade, identificamos e resolvemos problemas de segurança antes que o incidente de fato ocorra.

Quadro 2: Versão brasileira do PSCHO. (conclusão)

36. Quando dedico algum tempo para notificar os problemas relacionados à segurança do paciente, há um seguimento apropriado.
37. Eu me sinto confortável em informar minhas preocupações em relação à segurança, sem medo de ser punido pela gerência/coordenação da minha unidade.
38. Nosso processo de investigação de acidentes e incidentes é efetivo na identificação das causas-raízes.
39. Essa instituição dispõe de recursos suficientes para o acompanhamento dos problemas de segurança identificados.
40. Violações dos procedimentos operacionais padrões são raras na minha unidade.
41. Na minha unidade, os problemas e erros relacionados à segurança do paciente são comunicados às pessoas certas para que o problema seja corrigido.
42. Serei considerado culpado se eu cometer um erro.
43. As pessoas duvidarão das minhas habilidades se eu fizer perguntas.
44. Meus colegas de trabalho perderão o respeito por mim se eles souberem que cometi um erro.
45. Eu me sinto envergonhado quando cometo um erro na frente dos meus colegas de trabalho.
Parte II Por favor, complete as seguintes informações. Lembre-se de que suas respostas são anônimas.
46. Eu sou: Administrador/Diretor da instituição; Gerente/Coordenador da unidade; Não ocupo nenhum dos cargos.
47. Minha função é: Médico; Residente; Enfermeiro; Aux. Enfermagem; Téc. Enfermagem; Terapeuta Ocupacional; Nutricionista; Auxiliar de limpeza; Assistente Social; Fonoaudiólogo; Técnico em nutrição; Técnico de radiologia; Farmacêutico; Odontologista; Técnico de laboratório; Auxiliar administrativo; Fisioterapeuta; Psicólogo; Profissional do transporte de pacientes (Escolta/Maqueiro); Outros.
48. Área de trabalho (Assinale apenas UMA, aquela que você passa a maior parte do tempo): Ambulatório; Centro de Material; Recuperação pós-anestésica; Cuidado domiciliar; Pronto-Socorro/ Unidade de Emergência Referenciada; Centro-cirúrgico; Centro Obstétrico e Maternidade; Farmácia; Unidade de terapia intensiva; Laboratório; Enfermaria/ Unidade de Internação; Áreas não clínicas.
49. Idade: 18 – 25 anos; 26 – 30 anos; 31 – 40 anos; 41 – 50 anos; 51 – 60 anos; + de 60 anos
50. Sexo: Feminino; Masculino.
51. Há quanto tempo você trabalha nesta instituição? 0 - 6 meses; 6 meses - 1 ano; 1 - 3 anos; 3 - 5 anos; 5 - 10 anos; + de 10 anos.

DISCUSSÃO

O processo de tradução, síntese e retrotradução do instrumento PSCHO para a cultura brasileira efetivou-se de forma sistemática, de acordo com a literatura⁽¹⁶⁾. Apesar de ser um processo já bem estabelecido, cada etapa possui características específicas, que devem ser detalhadas pelo pesquisador. A tradução do instrumento é o primeiro passo para um trabalho bem executado, por isso é relevante selecionar criteriosamente os profissionais que farão parte dessa fase⁽¹⁸⁾.

A síntese das traduções exige um profissional especialista em linguística, para garantir que a equivalência semântica dos conceitos do instrumento, tanto na língua de origem, quanto na de destino, seja respeitada. Dois aspectos devem ser considerados nesta fase, o significado referencial (denotativo) e o geral (conotativo). A correspondência literal entre uma palavra na sua língua original e a sua respectiva tradução confere significado denotativo, porém sob o ponto de vista conotativo, uma palavra pode ter um impacto diferente no contexto cultural da população alvo⁽¹⁸⁾.

Essa reflexão foi necessária no presente estudo, uma vez que na cultura de segurança do paciente a “punição” do profissional é compreendida como injusta e prejudicial, pois não analisa os fatores organizacionais para a ocorrência do erro⁽¹⁹⁾. O uso deste termo indiscriminadamente poderia inverter o significado do item do instrumento. Dessa forma, o termo “*corrected*” não assumiu o significado punitivo, mas sim de redirecionamento da ação, alinhando à cultura de aprendizagem⁽²⁰⁾.

Na avaliação das equivalências do PSCHO pelo comitê de juízes foi possível observar maior divergência com relação à equivalência semântica; por este motivo algumas palavras foram modificadas e alguns termos padronizados com o intuito de facilitar a compreensão pelos sujeitos e manter o significado original do item. A etapa de avaliação pelo comitê de juízes mostrou-se relevante, pois considerou a experiência e vivência de cada especialista na adequação dos itens à realidade brasileira. A presença de um profissional com experiência assistencial no país de origem do instrumento facilitou o consenso quando se discutiu a equivalência cultural entre as opções de profissões e setores (“*Minha função é*” e “*Área de trabalho*”,

respectivamente) do PSCHO. A análise das equivalências mostrou que as etapas de adaptação cultural foram adequadas.

Durante a seleção da amostra para o pré-teste optou-se por convidar sujeitos que representassem a população alvo deste estudo. Cada um deles contribuiu de forma qualitativa para melhor compreensão do instrumento. De maneira geral, os sujeitos avaliaram de forma positiva as opções de resposta, compreensão dos itens e instruções da versão brasileira do PSCHO. Dos 51 itens, apenas um foi descrito como de difícil compreensão, indicando um adequado processo de adaptação cultural.

O tempo médio de preenchimento aproximado de 15 minutos pode ter sido influenciado pelo *layout* das opções de resposta da escala. Uma parcela dos sujeitos sugeriu alterações sobre este aspecto, com o intuito de facilitar a leitura de cada item e a localização da opção de resposta. Esta sugestão foi acatada, considerando que melhorias neste sentido podem aperfeiçoar e facilitar o preenchimento da escala. Outra alteração sugerida e aprovada foi a substituição do enunciado do item "Meu cargo é" por "Minha função é", uma vez que cargo é uma posição, e não a profissão de alguém.

CONCLUSÃO

O processo de tradução e adaptação do PSCHO para a cultura brasileira seguiu as etapas recomendadas internacionalmente e apresentou resultados satisfatórios com relação a sua compreensão pelos sujeitos. Ressalta-se a importância da aplicação desta versão na população alvo, com o intuito de avaliar sua validade e confiabilidade.

A disponibilização do PSCHO permitirá a avaliação do clima de segurança do paciente e identificação de suas vulnerabilidades nas instituições. Portanto, espera-se que esta seja uma ferramenta útil para os gestores direcionarem mudanças que efetivamente reduzam a um mínimo aceitável os riscos da assistência.

REFERÊNCIAS

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. 3. ed. Washington: National Academy of Institute of Sciences; 2000.
2. Hartmann CW, Meterko M, Rosen AK, Shibe Zhao, Shokeen P, Singer S, et al. Relationship of hospital organizational culture to patient safety climate in the Veterans Health Administration. *Med Care Res Rev.* 2009; 66(3):320-38.
3. Hansen LO, Williams MV, Singer SJ. Perceptions of hospital safety climate and incidence of readmission. *Health Serv Res.* 2011; 46(2):596-616.
4. Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf.* 2011; 20(4):338-43.
5. Schwatka NV, Hecker S, Goldenhar LM. Defining and measuring safety climate: a review of the construction industry literature. *Ann Occup Hyg.* 2016; 60(5):537-50.
6. Hartmann CW, Rosen AK, Meterko M, Shokeen P, Zhao S, Singer S, et al. An overview of patient safety climate in the VA. *Health Serv Res.* 2008; 43(4):1263-84
7. Kadzielski J, McCormick F, Zurakowski D, Herndon JH. Patient safety climate among orthopaedic surgery residents. *J Bone Joint Surg Am.* 2011; 93(11): 621-6.
8. Kaafarani HM, Itani KM, Rosen AK, Zhao S, Hartmann CW, Gaba DM. How does patient safety culture in the operating room and post-anesthesia care unit compare to the rest of the hospital? *Am J Surg.* 2009; 198(1):70-5.
9. Singer SJ, Hartmann CW, Hanchate A, et al. Comparing safety climate between two populations of hospitals in the United States. *Health Serv Res.* 2009; 44(5 Pt 1):1563-1584.
10. Zhou P, Bundorf MK, Gu J, He X, Xue D. Survey on patient safety climate in public hospitals in China. *BMC Health Serv Res.* 2015; 15-53.
11. Benzer JK, Meterko M, Singer SJ. The patient safety climate in healthcare organizations (PSCHO) survey: short-form development. *J Eval Clin Pract.* 2017; 23(4):853-859.

12. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2011.
13. Gaba DM, Singer SJ, Sinaiko AD, Bowen JD, Ciavarelli AP. Differences in safety climate between hospital personnel and naval aviators. *Hum Factors*. 2003; 45(2):173-85.
14. Singer S, Meterko M, Baker L, Gaba D, Falwell A, Rosen A. Workforce perceptions of hospital safety culture: development and validation of the patient safety climate in healthcare organizations survey. *Health Serv Res*. 2007; 42(5):1999-2021.
15. Youngberg B. *The Patient Safety Handbook*. 2nd edition. Burlington: Jones and Bartlett Learning; 2013.
16. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures. *Am Acad Orthop Surg [Internet]*. 2007 [citado 2017 jun 20]: 3-13. Disponível em: <<http://www.dash.iwh.on.ca/translate2.htm>>
17. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health*. 2007; 30(4):459-67.
18. Reichenheim ME, Moraes CL. Operationalizing the cross-cultural adaptation of epidemiological measurement instruments. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(4): 665-673.
19. World Health Organization. The conceptual framework for the international classification for patient safety (v.1.1). The international classification for patient safety. Key concepts and preferred terms [cited 2017 Sep 2017]. Geneva: WHO; 2009. Available from: <http://www.who.int/entity/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf?ua=1>
20. Vincent C, Amalberti R. Cuidado de saúde mais seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado [Internet]. Rio de Janeiro: Proqualis, 2016 [citado em 2017 Set 10]. Disponível em: <<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Cuidado%20de%20Sa%C3%BAde%20mais%20Seguro%20-%20PDF.pdf>>

4.2. Manuscrito 2

VALIDAÇÃO DO *PATIENT SAFETY CLIMATE IN HEALTHCARE ORGANIZATIONS* NO BRASIL

RESUMO

Objetivos: avaliar a validade e confiabilidade da versão brasileira do *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations*. **Método:** consiste em estudo metodológico, conduzido para obtenção, organização e análise de dados confiáveis e válidos na língua portuguesa, desenvolvido com 283 profissionais, entre eles enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e médicos, de dois hospitais públicos do Estado de São Paulo. A validade de construto foi verificada pela análise fatorial confirmatória, pela análise convergente com a dimensão clima de segurança do *Safety Attitude Questionnaire* e por grupos conhecidos. A confiabilidade foi mensurada pelo alfa de *Cronbach* e pela confiabilidade composta. **Resultados:** a análise fatorial confirmatória resultou na exclusão de quatro itens do instrumento; foi obtida correlação de forte magnitude com a dimensão clima de segurança do SAQ e houve diferença significativa na avaliação do clima entre os hospitais pela maioria das dimensões do PSCHO. A confiabilidade composta mostrou-se satisfatória. **Conclusão:** a versão brasileira do PSCHO possui 38 itens e é um instrumento válido e confiável para mensurar o clima de segurança do paciente nas instituições hospitalares.

Palavras-chave: Enfermagem; Estudos de Validação; Segurança do Paciente; Psicometria.

INTRODUÇÃO

Passados mais de quinze anos da publicação do relatório “*To err is human*”, que evidenciou uma estimativa assustadora de mortes decorrentes de erros na assistência⁽¹⁾, estes ainda são os responsáveis pela terceira causa de morte nos Estados Unidos⁽²⁾.

Entre as iniciativas mais divulgadas no mundo, a Aliança Mundial para Segurança do Paciente tem buscado, desde 2004, definir e identificar prioridades na área da segurança do paciente. Com isso, metas internacionais foram estabelecidas e boas práticas têm sido incentivadas para o fortalecimento de uma cultura de segurança nas instituições de saúde⁽³⁻⁴⁾.

A cultura de segurança é um dos pilares para sistemas operacionais seguros e para o gerenciamento de uma organização sustentável. Entre os seus principais atributos estão a comunicação organizacional bem estabelecida, aprendizado coletivo e gestores comprometidos com a segurança⁽⁵⁻⁶⁾. Ela é definida como o produto de valores, percepções, competências e atitudes grupais e individuais que mostram um padrão de segurança da instituição⁽⁷⁾.

O clima de segurança fornece uma medida temporal da cultura de segurança a partir da percepção dos profissionais em relação ao comportamento e às ações que priorizam a segurança em seu ambiente de trabalho⁽⁸⁾. Uma das formas de se avaliar o desempenho e eficácia de uma organização é como ela se empenha na identificação dos riscos para o paciente por meio da mensuração do clima de segurança⁽⁹⁾.

Neste sentido, o instrumento *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations* (PSCHO) propõe avaliar o clima de segurança de organizações hospitalares pela percepção dos profissionais que atuam direta ou indiretamente com o paciente ou na administração. Seu desenvolvimento deu-se a partir de teoria relacionada às características de Organizações de Alta Confiabilidade (*High Reliability Organization*), as quais são capazes de gerenciar sistemas complexos, com um desempenho quase sem erros^(4,6,10-11). Assim, ele mensura o clima sob aspectos organizacionais, da unidade de trabalho e interpessoais^(4,12).

Várias instituições de saúde dos Estados Unidos da América, China e populações específicas aplicam o PSCHO com desempenho psicométrico satisfatório^(4,13-19). Tendo em vista que ele se encontra traduzido e adaptado para a cultura brasileira, e que o seu processo de adaptação seguiu rigorosamente as recomendações internacionais, o objetivo deste estudo foi analisar a validade e a confiabilidade do PSCHO - versão brasileira (Manuscrito 1).

MÉTODO

Consiste em um estudo metodológico, no qual foi desenvolvida a investigação de um método para obtenção, organização e análise de dados confiáveis e válidos na língua portuguesa⁽²⁰⁾, conduzido em duas instituições hospitalares públicas do interior do Estado de São Paulo. A instituição H1 é um hospital universitário de alta complexidade, de nível terciário e quaternário. A instituição H2 trabalha com atendimento secundário e terciário e se destaca pelas certificações conquistadas pela Organização Nacional de Acreditação (nível 3) e Acreditação Internacional Canadense (*Canadian Council for Health Services Accreditation* – CCHSA), além de possuir o título de Hospital Amigo da Criança.

Os profissionais de saúde convidados a participar do estudo atuam na assistência direta ao paciente e alguns exercem posições gerenciais, entre eles: enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e médicos (docentes, assistentes e residentes). Os critérios de inclusão foram os seguintes: a) experiência profissional na atual unidade de trabalho maior ou igual a seis meses e b) exercer carga horária de, no mínimo, vinte horas semanais. Os sujeitos de férias ou licença foram excluídos.

O cálculo amostral contou com a assessoria de um estatístico, exigindo como aceitável, no mínimo, a proporção de cinco sujeitos para cada variável estudada, com o intuito de realizar a análise fatorial, totalizando 210 sujeitos⁽²¹⁾. A partir deste cálculo, optou-se por selecionar o número de sujeitos proporcionalmente ao número de profissionais de cada instituição. Dessa forma, a amostra foi composta por um número maior de profissionais de H1 (população n=2725) do que de H2 (população n=931).

Para a coleta de dados, os participantes receberam o PSCHO - versão brasileira (Manuscrito 1) e o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) - versão brasileira⁽²²⁾. O PSCHO tem o objetivo de mensurar o clima de segurança no ambiente hospitalar. Foi desenvolvido em 2003 por Gaba et al.⁽¹³⁾; sofreu modificações em 2007 por Singer et al.⁽⁴⁾ e sua versão mais recente possui 51 itens^(12,14). Em 2017, foi realizada a tradução e adaptação para a cultura brasileira (Manuscrito 1). Do total de itens, seis questões abordam as características demográficas e profissionais e as demais se referem ao

clima de segurança do paciente. Das 45 afirmativas, 42 representam 12 dimensões que mensuram aspectos da instituição, da unidade de trabalho e interpessoais sobre o clima de segurança.

Os aspectos institucionais são medidos pelas dimensões: engajamento da administração da instituição (itens 1, 3, 4, 7, 11 e 24), recursos organizacionais para segurança (itens 2, 16, 30, 39) e ênfase geral na segurança do paciente (itens 12 e 23)^(12,14). Os aspectos relacionados à unidade de trabalho englobam as dimensões: apoio dos gerentes da unidade (itens 25, 29 e 34), normas de segurança na unidade (itens 5, 8, 18, 32 e 40), reconhecimento da unidade e apoio à dedicação em relação à segurança (itens 10, 21, 22 e 31), aprendizado coletivo (itens 26, 35, 38 e 41), segurança psicológica (itens 27, 33 e 37), responsividade aos problemas (itens 28 e 36)^(12,14).

A categoria interpessoal é representada pelas dimensões: medo do constrangimento (itens 6, 9, 43 e 44) e medo de culpabilização e punição (itens 15, 17 e 42). A dimensão prestação de cuidado seguro (itens 14 e 19) não foi agrupada nos demais aspectos, mas foi mantida pelos autores no modelo teórico por representar uma importante característica do clima de segurança^(12,14).

A escala de resposta é do tipo *Likert* com cinco pontos, com as seguintes opções: discordo totalmente (1), discordo (2), não concordo nem discordo (3), concordo (4) e concordo totalmente (5). O profissional pode ainda considerar a opção não se aplica (6). Os autores recomendam que para uso deste instrumento seja feito o cálculo da porcentagem média das respostas problemáticas (respostas 1 e 2) para cada item e dimensão entre todos os respondentes^(12,14). A pontuação dos itens com conotação negativa (6, 9, 14, 15, 17, 34, 42, 43 e 44) deve ser invertida para análise.

Os itens classificados como “não se aplica” foram considerados “*missings*” e, assim, não fizeram parte do cálculo. Além disso, foram excluídos os sujeitos que não apresentaram 50% de respostas válidas. Tais exclusões foram feitas separadamente, tendo por base os escores por dimensão e total, o que implicou tamanhos amostrais diferentes para cada análise.

A versão brasileira do SAQ tem como finalidade avaliar as percepções dos profissionais em relação as suas atitudes de segurança. Contém 41 itens, que abordam oito dimensões: clima de trabalho em equipe, clima de segurança, satisfação no trabalho, percepção do estresse, percepção da gerência do hospital, percepção da gerência da unidade, condições de trabalho e comportamento seguro⁽²²⁾. A pontuação é dada por meio de uma escala do tipo Likert, que varia de discorda totalmente a concorda totalmente, com um ponto neutro. Além disso, há a opção “não se aplica” em cada questão, à qual não se agrega pontuação⁽²²⁾.

O escore de cada dimensão é obtido pela soma das pontuações dividido pelo número de questões respondidas, excluindo-se aquelas com resposta “não se aplica”. A pontuação final varia de 0 a 100, sendo que 100 representa a melhor percepção de segurança. Acima de 75 pontos classifica-se como um valor positivo. Neste estudo, considerou-se para a análise apenas a dimensão clima de segurança (itens 7 a 13), pois ela mensura atitudes que demonstram forte comprometimento organizacional com a segurança do paciente⁽²³⁾.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp, conforme número do CAAE: 54036116.0.0000.5404. A própria pesquisadora realizou a coleta de dados no período de junho a julho de 2017, após ciência das respectivas chefias dos hospitais selecionados. Os sujeitos que atenderam ao critério de inclusão foram convidados a participar do estudo e, após anuência, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As propriedades de medida do PSCHO mensuradas foram a validade (construto estrutural, convergente e por grupos conhecidos) e a confiabilidade. Primeiramente, realizou-se a validade de construto estrutural pela análise fatorial confirmatória. Foram utilizados modelos de equações estruturais com base no *Partial Least Squares* (PLS), ou mínimos quadrados parciais. Para a implementação dessas análises foi utilizado o *software Smart PLS 3.2.1*.

A análise fatorial compreendeu duas etapas: análise da validade convergente e discriminante do modelo proposto. Para a análise da validade convergente do modelo fatorial, avaliaram-se os resultados obtidos de variância média extraída (*Average*

Variance Extracted - AVE) para cada um dos fatores do modelo, em que valores superiores a 0,50 indicam que o modelo converge a um resultado satisfatório. Posteriormente, analisaram-se os valores obtidos de carga fatorial entre os itens e os seus respectivos fatores. Itens com cargas inferiores a 0,50 foram excluídos⁽²¹⁾.

A validade discriminante deu-se por meio do critério de Fornell-Larcker, que compara as raízes quadradas das AVEs com os valores de correlação entre os fatores⁽²⁵⁾. O modelo apresenta este tipo de validade se as raízes quadradas das AVEs forem maiores do que as correlações entre os fatores. Depois, procedeu-se à análise das cargas cruzadas, com as quais se observou se a carga fatorial de um determinado item era mais elevada no fator em que fora inicialmente alocado, do que nos demais fatores do modelo.

A validade de construto convergente e por grupos conhecidos foram feitas com o auxílio do *software* estatístico *Statistical Analysis System* (SAS) versão 9.4. Para a validade por grupos conhecidos, desenvolveu-se o cálculo de um escore total e por dimensão e, para a validade de construto convergente, desenvolveu-se o cálculo de um escore total do instrumento a partir da média dos itens. Com base no fato de que esse escore varia de um a cinco pontos, estabeleceu-se que valores superiores a três indicam melhor avaliação do clima.

Na validação de construto convergente, verificou-se a correlação entre o escore total do instrumento PSCHO e o escore da dimensão clima de segurança do SAQ, por meio do coeficiente de correlação de *Spearman*, em que valores maiores ou iguais a 0,50 significam forte correlação⁽²⁶⁾. Na validação de construto por grupos conhecidos considerou-se que os profissionais da instituição H2, certificada internacionalmente, avaliariam positivamente o clima de segurança do paciente. Para as comparações entre os hospitais, em relação aos escores dos domínios do PSCHO, aplicou-se o teste não paramétrico de *Mann-Whitney*. O nível de significância adotado foi de 5% para todos os testes estatísticos.

A confiabilidade foi mensurada pelo coeficiente alfa de *Cronbach* e pela confiabilidade composta, em que valores acima de 0,70 foram considerados como satisfatórios⁽²⁴⁾.

RESULTADOS

A amostra constituiu-se por 283 sujeitos (taxa de resposta de 87%), 215 da instituição H1 (taxa de resposta de 89,6%) e 68 de H2 (taxa de resposta de 87%). Para as análises foram excluídos aqueles que não completaram 50% de respostas válidas. Empregou-se esse critério na avaliação da validade convergente e por grupos conhecidos. Para a AFC, o número amostral teve de ser reduzido, pois não é possível realizar este tipo de análise na presença de “*missings*”, como é o caso das respostas “não se aplica”. Portanto, para a validade estrutural, foram considerados 202 sujeitos (taxa de perda de 28,6%).

Características dos profissionais

Participaram deste estudo 40 enfermeiros (14%), 95 técnicos de enfermagem (34%), 30 auxiliares de enfermagem (11%), 8 fisioterapeutas (3%), 67 médicos (24%), 43 médicos residentes (15%), de áreas clínicas (terapia intensiva, pronto-socorro/unidade de emergência referenciada, centro-cirúrgico, enfermaria, ambulatório, centro de material e laboratório) e não clínicas dos hospitais. Entre todos os profissionais, 262 não ocupavam posição gerencial (93%). A faixa etária predominante foi entre 31 e 60 anos ($n=199$), com a maioria do sexo feminino ($n=181$). Com relação à experiência na instituição, 120 sujeitos (42%) apresentavam um tempo menor que cinco anos, 95 mais de dez anos (34%) e 68 entre cinco e dez anos (24%).

Validade de construto estrutural e confiabilidade

A análise fatorial do modelo resultou em valores de AVE inferiores a 0,50 para as dimensões: engajamento da administração da instituição, recursos organizacionais para a segurança, normas de segurança na unidade e medo do constrangimento. Para ajuste do modelo, excluíram-se os itens 6, 18, 24 e 39 das respectivas dimensões.

Os valores obtidos para AVE e consistência interna (confiabilidade composta e alfa de *Cronbach*) para as dimensões do PSCHO, antes e após a exclusão dos itens, estão apresentados na Tabela 1.

Após a exclusão dos itens observaram-se valores de AVE e confiabilidade adequados. As dimensões normas de segurança na unidade e reconhecimento da unidade e apoio à dedicação em relação à segurança apresentaram valores de AVE iguais a 0,49. Uma vez que esses resultados são muito próximos do mínimo exigido, optou-se por não excluir qualquer outro item dessas dimensões. No modelo final, algumas dimensões indicaram valores de alfa de *Cronbach* inferiores a 0,70, porém todas apresentaram valores de confiabilidade composta superiores a este valor.

No segundo momento da análise, que correspondeu à avaliação da validade discriminante do modelo fatorial, obtiveram-se os valores das raízes quadradas de AVE (em destaque) e as correlações entre as dimensões (Critério de Fornell-Larcker) (Tabela 2). Os valores das raízes quadradas de AVE mostraram-se maiores do que as correlações entre as dimensões. Na análise das cargas cruzadas, verificou-se que as cargas fatoriais dos itens foram mais elevadas na dimensão a qual pertencem em comparação com as cargas nas demais.

Tabela 1: Validade convergente do modelo fatorial da versão brasileira do *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations*. Campinas, SP, 2017.

Dimensões - PSCHO	Modelo inicial			Modelo final		
	AVE*	Confiabilidade Composta	Alfa de Cronbach	AVE*	Confiabilidade Composta	Alfa de Cronbach
Engajamento da administração da instituição	0,46	0,84	0,77	0,52	0,84	0,77
Recursos organizacionais para a segurança	0,47	0,78	0,63	0,53	0,77	0,59
Ênfase geral na segurança do paciente	0,69	0,81	0,54	0,69	0,81	0,54
Apoio dos gerentes da unidade	0,53	0,77	0,56	0,53	0,77	0,56
Normas de segurança na unidade	0,40	0,75	0,60	0,49	0,79	0,65
Reconhecimento da unidade e apoio à dedicação em relação à segurança	0,49	0,79	0,66	0,49	0,79	0,66
Aprendizado coletivo	0,53	0,82	0,70	0,53	0,82	0,70
Segurança psicológica	0,62	0,83	0,70	0,62	0,83	0,70
Responsividade aos problemas	0,67	0,81	0,52	0,67	0,81	0,52
Medo do constrangimento	0,47	0,77	0,61	0,58	0,81	0,63
Medo de culpabilização e punição	0,62	0,83	0,69	0,62	0,83	0,69
Prestação de cuidado seguro	0,77	0,87	0,71	0,77	0,87	0,71

* *Average Variance Extracted*

Tabela 2: Validade discriminante do modelo fatorial da versão brasileira do *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations* por meio do critério de Fornell-Larcker*. Campinas, SP, 2017.

Dimensões	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Engajamento da administração da instituição	0,72											
2. Recursos organizacionais para a segurança	0,59	0,73										
3. Ênfase geral na segurança do paciente	0,59	0,50	0,83									
4. Apoio dos gerentes da unidade	0,52	0,64	0,46	0,73								
5. Normas de segurança na unidade	0,66	0,60	0,51	0,58	0,70							
6. Reconhecimento da unidade e apoio à dedicação em relação à segurança	0,63	0,64	0,49	0,61	0,59	0,70						
7. Aprendizado coletivo	0,61	0,59	0,58	0,63	0,66	0,61	0,73					
8. Segurança psicológica	0,48	0,48	0,38	0,51	0,51	0,47	0,60	0,79				
9. Responsividade aos problemas	0,50	0,52	0,48	0,63	0,52	0,52	0,65	0,54	0,82			
10. Medo do constrangimento	0,10	0,15	0,05	0,29	0,18	0,06	0,15	0,32	0,20	0,76		
11. Medo de culpabilização e punição	-0,05	-0,02	-0,05	0,00	-0,13	-0,17	-0,10	0,08	-0,02	0,36	0,79	
12. Prestação de cuidado seguro	0,34	0,31	0,20	0,30	0,43	0,29	0,36	0,23	0,15	0,06	-0,10	0,88

* Valores da raiz quadrada de AVE em destaque.

Validade de construto convergente e por grupos conhecidos

A validade de construto convergente foi observada pela correlação do escore total do PSCHO com o escore da dimensão clima de segurança do SAQ, em uma amostra de 278 sujeitos. O coeficiente de correlação de *Spearman* foi igual a 0,72 ($p < 0,0001$), o que representa uma correlação positiva de grau forte.

Na análise por grupos conhecidos, os resultados do teste de *Mann-Whitney* estão listados na Tabela 3, na qual se observa diferença significativa entre os hospitais com relação aos escores das dimensões e total do PSCHO, exceto para as dimensões medo do constrangimento e medo de culpabilização e punição.

Tabela 3: Validade de construto por grupos conhecidos para cada dimensão e escore total do *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations*. Campinas, SP, 2017.

Dimensões	Hospital	n	Mediana	Q1 - Q3	p-valor*
Engajamento da administração da instituição	1	215	3,40	2,80 - 3,80	< 0,0001
	2	68	4,00	3,60 - 4,30	
Recursos organizacionais para a segurança	1	211	3,00	2,33 - 3,33	< 0,0001
	2	68	3,67	3,00 - 4,00	
Ênfase geral na segurança do paciente	1	210	3,50	3,00 - 4,00	< 0,0001
	2	67	4,00	3,50 - 4,50	
Apoio dos gerentes da unidade	1	212	3,00	2,33 - 3,58	< 0,0001
	2	68	3,67	3,00 - 4,00	
Normas de segurança na unidade	1	210	3,25	2,75 - 3,75	< 0,0001
	2	68	3,75	3,50 - 4,25	
Reconhecimento da unidade e apoio à dedicação em relação à segurança	1	210	2,25	2,00 - 3,00	< 0,0001
	2	67	3,25	2,50 - 3,50	
Aprendizado coletivo	1	211	3,25	2,75 - 3,67	< 0,0001
	2	68	3,75	3,50 - 4,00	
Segurança psicológica	1	210	3,33	2,67 - 4,00	0,0005
	2	67	4,00	3,33 - 4,00	
Responsividade aos problemas	1	188	3,00	2,50 - 4,00	< 0,0001
	2	65	4,00	3,00 - 4,00	
Medo do constrangimento	1	213	4,33	3,67 - 4,67	0,7911
	2	67	4,33	3,67 - 4,67	
Medo de culpabilização e punição	1	211	3,00	2,33 - 3,67	0,3659
	2	68	3,00	2,00 - 4,00	
Prestação de cuidado seguro	1	192	2,00	1,50 - 3,00	0,0140
	2	62	2,50	2,00 - 3,50	
PSCHO - Escore total	1	211	3,12	2,83 - 3,47	< 0,0001
	2	67	3,61	3,29 - 3,89	

Q1: primeiro quartil; Q3: terceiro quartil; *teste de *Mann-Whitney* (p-valor < 0,05)

DISCUSSÃO

A taxa de resposta do presente estudo mostrou-se superior à maioria dos trabalhos que utilizaram o PSCHO^(15-17,27-28). A forma com que se deu a coleta de dados pode ter contribuído para esses números, levando-se em conta que a abordagem dos sujeitos foi feita presencialmente pela pesquisadora e por ter sido oferecido o instrumento impresso para preenchimento.

Embora a amostra tenha sido por conveniência, é possível identificar que se priorizou a participação de parcelas representativas de cada área profissional da população alvo. O número pequeno de fisioterapeutas é justificado, pois ambas as instituições possuem um número menor desses profissionais.

O processo de validação do PSCHO evidenciou que o instrumento é válido e confiável. Inicialmente, a análise fatorial confirmatória mostrou, por meio das variâncias médias, que quatro dimensões necessitavam ser revisadas quanto aos itens mais representativos. Apesar de a dimensão reconhecimento da unidade e apoio à dedicação em relação à segurança tenha apresentado AVE de 0,49, nenhum dos seus itens foi excluído, pois se considera um valor muito próximo do mínimo aceitável. Uma das justificativas para esse achado deve-se ao fato de não existir a cultura nessas instituições de reconhecimento por recompensas e valorização dos colaboradores.

Na dimensão engajamento da administração da instituição, o item 24 *“As decisões relacionadas à segurança do paciente são tomadas pelas pessoas mais qualificadas, independentemente do cargo ou hierarquia”* foi excluído para o ajuste do modelo. A baixa carga fatorial desta afirmativa pode ser explicada por algumas controvérsias sobre a tomada de decisão descentralizada. Trata-se de uma ação necessária em situações emergenciais, recomendada pelas HROs⁽¹⁰⁾, porém pode ser considerada, do ponto de vista gerencial, não eficaz quando se deseja implementar mudanças que garantam a segurança do paciente em processos de trabalho que envolvam sistemas complexos.

Na dimensão recursos organizacionais para a segurança, o item 39 *“Essa instituição dispõe de recursos suficientes para o acompanhamento dos problemas de segurança identificados”* apresentou baixa carga fatorial. Sua exclusão pode ser justificada pela presença de outros três itens que representam este construto, os quais exploram aspectos relacionados aos recursos humanos, treinamento, orçamento, equipamentos e de carga de trabalho para a prestação do cuidado de forma segura.

Quanto à normas de segurança na unidade, o item 18 *“Na minha unidade, há uma pressão significativa dos colegas para desencorajar práticas inseguras ao paciente”* foi retirado do modelo e, após revisão deste dimensão, verificou-se que o item 32 *“Na minha unidade, qualquer pessoa que intencionalmente viole os padrões ou regras de segurança é corrigida”* também aborda situações que previnem atos inseguros.

Na dimensão medo do constrangimento, a exclusão do item 6 *“Pedir ajuda é um sinal de incompetência”* não descaracteriza o construto mensurado, uma vez que este aspecto já se encontra representado nos itens 43 *“As pessoas duvidarão das minhas habilidades se eu fizer perguntas”* e 44 *“Meus colegas de trabalho perderão o respeito por mim se eles souberem que cometi um erro”*.

Dessa forma, a AFC fundamentou as 12 dimensões mensuradas pela versão brasileira do PSCHO, por meio de 38 itens válidos e confiáveis para a mensuração do clima de segurança, o que corrobora os dados de confiabilidade de outros estudos que utilizaram o mesmo instrumento^(12,15). Neste estudo, a mensuração da confiabilidade composta revelou-se importante, já que é atestada como um indicador de precisão mais robusto⁽²³⁾, uma vez que o coeficiente alfa de Cronbach pode subestimar a consistência interna⁽²¹⁾.

O modelo apresentou adequada validade discriminante segundo o critério de Fornell-Larcker, uma vez que as raízes quadradas das AVEs foram maiores do que as correlações entre as dimensões. Na análise das cargas cruzadas, esta propriedade também foi demonstrada a partir das cargas fatoriais

dos itens, as quais foram mais elevadas nas dimensões ao qual pertencem em comparação com as cargas nas demais dimensões.

O uso da dimensão clima de segurança do SAQ na análise de validade de construto convergente apresentou forte correlação com o escore total do PSCHO. A avaliação do comportamento do instrumento em grupos conhecidos também assegurou que ele consegue diferenciar os atributos de cada instituição. Apesar de os profissionais da instituição H2 (organização certificada) relatarem melhor clima de segurança, o aspecto interpessoal, mensurado pelas dimensões medo do constrangimento e medo da culpabilização e punição foi comum às duas instituições. Este dado reforça o fato de que uma cultura livre de culpa ainda precisa ser desenvolvida na área da saúde⁽²⁹⁾.

Os resultados deste estudo sugerem que o PSCHO pode ser utilizado em outras instituições de saúde para comparações. Uma limitação que deve ser considerada é que ele foi validado para profissionais de apenas uma região do Brasil. Ressalta-se a importância de evidenciar dados de validade e confiabilidade do instrumento com outras populações e de outras regiões do país.

CONCLUSÃO

A versão brasileira do *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations* demonstrou ser uma ferramenta válida e confiável para se mensurar o clima de segurança do paciente em instituições hospitalares. A validação do instrumento foi constatada pela análise fatorial confirmatória, que evidenciou um modelo ajustado composto por 38 itens. A confiabilidade do instrumento mostrou-se satisfatória após o ajuste.

A correlação do escore total do PSCHO com o escore da subescala clima de segurança do SAQ revelou adequada validade de construto convergente. Quando aplicado em grupos conhecidos, ele também foi considerado válido, pois foi sensível ao reconhecer que uma instituição com certificação internacional de qualidade apresentava uma avaliação melhor do clima de segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. 3. ed. Washington: National Academy of Institute of Sciences; 2000.
2. Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. BMJ. 2016; 353: i2139.
3. World Health Organization. Small research grants for patient safety [Internet]. Geneva: WHO; 2008 [cited 2014 Apr 4]. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/research/grants/Smallgrants_summary_A4English.pdf>
4. Singer S, Meterko M, Baker L, Gaba D, Falwell A, Rosen A. Workforce perceptions of hospital safety culture: development and validation of the patient safety climate in healthcare organizations survey. Health Serv Res. 2007; 42(5):1999-2021.
5. Sorensen JN. Safety culture: a survey of the state-of-the-art. Reliability Engineering & System Safety. 2002; 76 (2): 189-204.
6. Youngberg B. The Patient Safety Handbook. 2nd edition. Burlington: Jones and Bartlett Learning; 2013.
7. Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. (Prepared by Westat, under Contract No. 290-96-0004). AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004.
8. Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM. Measuring safety climate in health care. Qual Saf Health Care. 2006; 15(2):109-15.

9. Schwatka NV, Hecker S, Goldenhar LM. Defining and measuring safety climate: a review of the construction industry literature. *Ann Occup Hyg.* 2016; 60(5):537-50.
10. Lekka C. High reliability organisations: a review of the literature. Derbyshire, United Kingdom: Health and Safety Executive Books; 2011.
11. Sutcliffe KM. High reliability organizations (HROs). *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2011; 25(2):133-44.
12. Benzer JK, Meterko M, Singer SJ. The patient safety climate in healthcare organizations (PSCHO) survey: short-form development. *J Eval Clin Pract.* 2017; 23(4):853-859.
13. Gaba DM, Singer SJ, Sinaiko AD, Bowen JD, Ciavarelli AP. Differences in safety climate between hospital personnel and naval aviators. *Hum Factors.* 2003; 45(2):173-85.
14. Singer SJ, Hartmann CW, Hanchate A, et al. Comparing safety climate between two populations of hospitals in the united states. *Health Serv Res.* 2009; 44(5 Pt 1):1563-1584
15. Hartmann CW, Rosen AK, Meterko M, Shokeen P, Zhao S, Singer S, et al. An overview of patient safety climate in the VA. *Health Serv Res.* 2008; 43(4):1263-84.
16. Hartmann CW, Meterko M, Rosen AK, Shibe Z, Shokeen P, Singer S, Gaba DM. Relationship of hospital organizational culture to patient safety climate in the Veterans Health Administration. *Med Care Res Rev.* 2009; 66(3):320-38.
17. Kaafarani HM, Itani KM, Rosen AK, Zhao S, Hartmann CW, Gaba DM. How does patient safety culture in the operating room and post-anesthesia care unit compare to the rest of the hospital? *Am J Surg.* 2009; 198(1):70-5.

18. Kadzielski J, McCormick F, Zurakowski D, Herndon JH. Patient safety climate among orthopaedic surgery residents. *J Bone Joint Surg Am.* 2011; 93(11): 621-6.
19. Janssen SJ, Teunis T, Guitton TG, Ring D, Herndon JH. Orthopaedic surgeons' view on strategies for improving patient safety. *J Bone Joint Surg Am.* 2015; 97(14):1173-86.
20. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2011.
21. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Análise multivariada de dados. 6. ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
22. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Questionário atitudes de segurança: adaptação transcultural do safety attitudes questionnaire – short form 2006 para o Brasil. *Rev. Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2012 [citado 4 Jul 2017]; 20(3): 8 telas. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a20v20n3.pdf>
23. Sexton JB, Helmreich R, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, Roberts PR, Thomas EJ. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research.* 2006; 6 (44): 1-10.
24. Hair JF, Hult GTM, Ringle CM, Sarstedt M. A primer on partial least squares structural equation modeling (PLSSEM). Los Angeles: SAGE, 2014.
25. Fornell C, Larcker DF. Evaluating structural equation models with unobservable variable and measurement error. *J Mark Res.* 1981; (18):39-50.
26. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2. ed. New York: Psychology Press; 1988.

27. Hansen LO, Williams MV, Singer SJ. Perceptions of hospital safety climate and incidence of readmission. *Health Serv Res.* 2011; 46(2):596-616.
28. Zhou P, Bundorf MK, Gu J, He X, Xue D. Survey on patient safety climate in public hospitals in China. *BMC Health Serv Res.* 2015; 15-53.
29. Organização Mundial da Saúde. Guia curricular de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde: edição multiprofissional. Rio de Janeiro: Autografia; 2016. 270 p.

4.3. Manuscrito 3

Clima de segurança do paciente em hospitais públicos brasileiros: perspectivas da equipe de enfermagem e médica

RESUMO

Objetivos: avaliar o clima de segurança do paciente e verificar se difere entre instituições e equipe de enfermagem e médica. **Métodos:** estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, desenvolvido em duas instituições hospitalares públicas de ensino do Estado de São Paulo. Para a coleta de dados, foi utilizada a versão brasileira do *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations* aplicada aos enfermeiros, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e médicos. Para a análise, estimou-se a porcentagem de respostas problemáticas (PRP) e, para comparação entre as instituições e categorias profissionais, realizou-se o teste de *Mann-Whitney*. **Resultados:** o clima de segurança do paciente apresentou PRP média de 34,5% na instituição H1 e de 20,6% na H2. De maneira geral, H2 apontou melhores resultados sobre o clima de segurança. A equipe de enfermagem observa o clima de segurança como melhor, quando comparado à equipe médica nas duas instituições. **Conclusão:** a avaliação do clima de segurança nas duas instituições registrou taxas elevadas de PRP, indicando que o hospital com certificação de qualidade mostrou um clima melhor. A equipe de enfermagem destacou uma percepção mais positiva do clima, quando comparada à equipe médica.

Palavras-chave: Enfermagem; Segurança do Paciente; Cultura Organizacional; Hospitais Públicos.

INTRODUÇÃO

O oferecimento de um cuidado seguro constitui uma preocupação mundial e, por isso, metas internacionais têm sido estabelecidas para o

fortalecimento da cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde, considerada um ponto chave para redução de erros na assistência⁽¹⁾.

Verifica-se que a cultura de segurança é fator relevante para o gerenciamento de uma organização sustentável, por meio de atitudes e estrutura organizacional, as quais permitem que os profissionais tenham ações e percepções apropriadas para as questões de segurança⁽²⁾. Trata-se de um fenômeno complexo, que envolve o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e coletivos⁽³⁻⁴⁾.

O clima de segurança consiste em um dos componentes mensuráveis deste fenômeno, uma vez que ele fornece uma medida temporal da cultura, a partir da percepção dos profissionais em relação ao comportamento e ações que priorizam a segurança em seu ambiente de trabalho⁽⁵⁾. Organizações com clima de segurança positivo apresentam menores taxas de readmissão do paciente⁽⁶⁾ e melhores resultados quanto aos indicadores de segurança, tais como lesão por pressão, infecção de corrente sanguínea e complicações anestésicas⁽⁷⁾.

Estudos que investigam as causas dos erros evidenciam que, mesmo com processos de trabalho complexos e situações de risco, algumas organizações apresentam uma porcentagem mínima de eventos adversos, conhecidas como organizações de alta confiabilidade (*High Reliability Organizations*). Essas instituições possuem como características processos organizacionais estruturados com flexibilidade e com tomada de decisão descentralizada, com gestores conscientes do que ocorre na organização e que priorizam a confiança nos processos sobre a eficiência⁽⁸⁾.

No Brasil, a maioria dos estudos que avaliam o clima de segurança nas organizações hospitalares descreve características sobre o trabalho em equipe, estresse, relação com a gerência da unidade e da instituição e condições de trabalho de uma forma geral⁽⁹⁻¹²⁾, porém não desenvolve uma análise pontual das situações problemáticas que interferem na percepção do clima.

Um dos instrumentos que mensuram clima de segurança do paciente é o *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations* (PSCHO), cuja construção apoia-se nas características das organizações conhecidas como de alta confiabilidade⁽¹³⁾. Os resultados obtidos com a aplicação do PSCHO indicam as características que representam as maiores dificuldades para se alcançar um clima positivo de segurança do paciente. Esta forma de interpretação facilita o uso desses dados pelos gerentes e administradores para intervenções específicas.

Nesse aspecto, o presente estudo tem como objetivo avaliar o clima de segurança do paciente e verificar se difere entre instituições e equipe de enfermagem e médica.

MÉTODO

Estudo quantitativo, transversal e descritivo, realizado em dois hospitais públicos de ensino do interior do Estado de São Paulo, denominados H1 e H2. A coleta de dados ocorreu de junho a julho de 2017. A instituição H1 é um hospital de ensino de nível terciário e quaternário e a instituição H2 de atendimento secundário e terciário, destacando-se por possuir certificação internacional de qualidade.

A amostra por conveniência teve a participação de profissionais que atuam na assistência direta ao paciente ou que exercem posições gerenciais, entre eles enfermeiros, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e médicos. Como critério de inclusão, selecionaram-se os sujeitos com experiência na atual unidade de trabalho maior ou igual a seis meses, exercendo, no mínimo, uma carga horária de vinte horas semanais. Aqueles que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados deu-se no próprio ambiente de trabalho, após anuência dos gerentes.

Para a coleta de dados, foi utilizado o PSCHO, traduzido e validado para a cultura brasileira, cuja finalidade é mensurar o clima de segurança do paciente (Manuscrito 1 e 2). Possui 38 afirmativas, que avaliam o clima de segurança sob o aspecto organizacional, da unidade e interpessoal, por meio de 12 dimensões: engajamento da administração da instituição, recursos organizacionais para a segurança, ênfase geral na segurança do paciente, apoio dos gerentes da unidade, normas de segurança na unidade, reconhecimento da unidade e apoio à dedicação em relação à segurança, aprendizado coletivo, segurança psicológica, responsividade aos problemas, medo do constrangimento, medo de culpabilização e punição e prestação de cuidado seguro.

A escala de resposta é do tipo *Likert* de cinco pontos (discordo totalmente a concordo totalmente), com um ponto neutro (não concordo, nem discordo) e a opção “não se aplica”. O escore é obtido de forma que se dê destaque às respostas que se opõem à segurança (discordo e discordo totalmente), chamadas de respostas problemáticas. A pontuação é obtida para os itens, dimensões e para o clima de segurança geral. Primeiro é calculada a porcentagem média das respostas problemáticas para cada item entre todos os respondentes, depois a média de todas as médias dos itens em uma dimensão e a média de todos os itens no instrumento. Uma média baixa indica melhor percepção do clima de segurança na instituição⁽¹³⁾.

O PSCHO possui também seis itens que abordam questões demográficas e profissionais (cargo, profissão, área de trabalho, faixa etária, sexo e tempo de trabalho na instituição).

Os dados foram analisados no programa SPSS (Pacote Estatístico para as Ciências Sociais) *for Windows* versão 17.0. Para as variáveis categóricas, obteve-se a frequência absoluta (n) e percentual (%) e, para as variáveis contínuas, medidas de posição (mediana) e de dispersão (quartis).

A análise do clima de segurança do paciente foi realizada de acordo com as recomendações do autor do instrumento, baseada na porcentagem de

respostas problemáticas⁽¹³⁾. Entretanto, para a comparação entre instituições e entre as categorias profissionais estabeleceu-se que valores superiores a três, numa escala de cinco pontos, indicam melhor avaliação do clima. Os itens classificados como “não se aplica” foram considerados “*missings*” e, desse modo, não fizeram parte do cálculo.

Para análise, utilizou-se o teste não paramétrico de *Mann-Whitney* e aplicada a correção de *Bonferroni* no nível de significância, uma vez que as comparações foram realizadas para cada categoria profissional e para cada hospital⁽¹⁴⁾. O nível de significância adotado compreendeu 2,5% e a consistência interna foi demonstrada por meio do cálculo do alfa de *Cronbach*.

O estudo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp (nº 1.511.805/ CAAE: 54036116.0.0000.5404), garantiu a todos os sujeitos o seu anonimato.

RESULTADOS

Participaram do estudo 209 profissionais da instituição H1 e 66 de H2, totalizando 275 sujeitos, cujas características pessoais e profissionais estão apresentadas na Tabela 1. A taxa de resposta registrou 83,4%.

Tabela 1: Características demográficas e profissionais por hospital (n=275). Campinas, SP, 2017.

Variáveis	H1		H2	
Profissional	n	%	n	%
Médico	48	23,0	19	28,8
Residente	39	18,7	4	6,0
Enfermeiro	34	16,2	6	9,1
Técnico de Enfermagem	83	39,7	12	18,2
Auxiliar de Enfermagem	5	2,4	25	37,9
Administrador/ Gerente				
Sim	18	8,6	2	3,0
Não	191	91,4	66	97,0
Idade				
18 – 30 anos	55	26,3	17	25,8
31 – 60 anos	146	69,9	47	71,2
> 60 anos	8	3,8	2	3,0
Sexo				
Feminino	132	63,2	43	65,2
Masculino	79	36,8	23	34,8
Unidade				
Ambulatório	33	15,8	6	9,1
PS/UER	45	21,5	9	13,6
UTI	39	18,7	17	25,8
CME	9	4,3	6	9,1
CC	32	15,3	15	22,7
Enfermaria	31	14,8	12	18,2
Áreas não clínicas	19	9,1	1	1,5
Laboratório	1	0,5	0	0,0
Tempo de experiência na instituição				
< 5 anos	79	37,8	39	57,6
5 – 10 anos	52	24,9	13	19,7
> 10 anos	78	37,3	15	22,7
TOTAL	209	100	66	100

Para a análise do clima de segurança, os médicos e residentes foram agrupados em equipe médica e os enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem em equipe de enfermagem. A Tabela 2 mostra as porcentagens médias de respostas problemáticas por item e dimensão das instituições e por categoria profissional. O alfa de *Cronbach* variou de 0,53 a 0,76 entre as dimensões do PSCHO.

Tabela 2: Porcentagem média de respostas problemáticas por item e dimensões nas instituições e por equipe médica e de enfermagem (n=275). Campinas, SP, 2017. (continua)

Dimensões e itens do PSCHO (α de Cronbach)	Porcentagem de Respostas Problemáticas					
	H1 (n=209)			H2 (n=66)		
	Total	Equipe Médica	Equipe de Enfermagem	Total	Equipe Médica	Equipe de Enfermagem
Engajamento da administração da instituição (0,76)	27,2	27,5	27,0	10,0	13,0	8,4
Existe um bom fluxo de comunicação entre os níveis hierárquicos, ascendente e descendente, sobre os assuntos relacionados à segurança do paciente.	33,7	37,2	31,1	13,6	13,0	14,0
A administração/direção da instituição apoia um clima que promove a segurança do paciente.	25,5	29,1	23,0	6,1	13,0	2,3
A administração/direção da instituição tem uma visão clara dos riscos associados ao cuidado do paciente.	19,1	20,7	18,0	3,0	8,7	0
A administração/direção da instituição tem conhecimento dos tipos de erros que realmente ocorrem nesta instituição.	35,9	33,3	37,7	18,2	21,7	16,3
A administração/direção da instituição considera a segurança do paciente quando são discutidas mudanças nos processos internos.	22	17,4	25,2	9,2	8,7	9,5
Recursos organizacionais para a segurança (0,56)	43,3	42,9	43,7	21,8	36,8	14,0
Tenho à minha disposição recursos adequados (pessoal, orçamento e equipamento) para prestar cuidado seguro ao paciente.	39,2	36,8	41,0	21,2	34,8	14,0
Eu tenho tempo suficiente para realizar os cuidados ao paciente de forma segura.	46	40,7	50,0	25,8	34,8	20,9
Eu tenho recebido treinamento adequado para abordar problemas relacionados à segurança do paciente.	44,8	51,2	40,2	18,5	40,9	7,0

Tabela 2: Porcentagem média de respostas problemáticas por item e dimensões nas instituições e por equipe médica e de enfermagem (n=275). Campinas, SP, 2017. (continuação)

Ênfase geral na segurança do paciente (0,55)	19,7	15,9	22,3	6,9	6,6	7,0
Comparada com outras instituições na área, esta instituição preocupa-se mais com a qualidade do serviço que presta ao paciente.	24,3	21,2	26,4	7,7	4,5	9,3
Em geral, o nível de segurança do paciente nesta instituição está melhorando.	15,0	10,6	18,2	6,1	8,7	4,7
Apoio dos gerentes da unidade (0,57)	36,2	39,5	33,9	21,8	25,0	15,6
A gerência/coordenação da minha unidade me ajuda a superar problemas que dificultam a prestação de cuidado seguro ao paciente.	28,9	32,6	26,3	15,4	27,3	9,3
Na minha unidade, a gerência/coordenação coloca a segurança em um nível mais elevado de importância do que o cumprimento do cronograma e da produtividade.	49,8	52,3	47,9	24,2	17,4	27,9
Sempre que a pressão aumenta, a gerência/coordenação da minha unidade quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso implique abreviar tarefas, o que pode afetar a segurança do paciente de forma negativa. *	30,0	33,7	27,4	25,8	30,4	9,5
Normas de segurança na unidade (0,66)	29,4	30,3	28,7	14,7	15,2	14,4
Minha unidade empenha-se em identificar e avaliar os riscos para garantir a segurança do paciente.	14,0	14,9	13,3	3,0	8,7	0
Minha unidade faz um bom trabalho de gerenciamento de riscos para garantir a segurança do paciente.	23,9	22,1	25,2	7,6	13,0	4,7
Na minha unidade, qualquer pessoa que intencionalmente viole os padrões ou regras de segurança é corrigida.	36,8	39,3	35,0	15,2	13,0	16,3
Violações dos procedimentos operacionais padrões são raras na minha unidade.	42,8	44,7	41,4	32,8	26,1	36,6

Tabela 2: Porcentagem média de respostas problemáticas por item e dimensões nas instituições e por equipe médica e de enfermagem (n=275). Campinas, SP, 2017. (continuação)

Reconhecimento da unidade e apoio à dedicação em relação à segurança (0,63)	61,8	62,7	61,6	35,3	45,5	30,0
Minha unidade reconhece as conquistas individuais relacionadas à segurança por meio de recompensas e incentivos.	74,7	73,3	75,9	49,2	50,0	48,8
Eu sou recompensado(a) por agir rapidamente ao identificar um erro grave.	73,6	64,6	80,0	51,6	40,9	57,1
Minha unidade oferece treinamento sobre o trabalho em equipe, a fim de melhorar o desempenho no cuidado e segurança do paciente.	50,2	58,1	44,4	18,5	43,5	4,8
Meu desempenho é avaliado de acordo com padrões de segurança definidos.	48,7	54,8	46,1	21,9	47,6	9,3
Aprendizado coletivo (0,71)	28,8	29,2	28,6	9,5	16,4	5,9
Os erros têm levado a mudanças positivas em minha unidade/setor.	18,3	14,0	21,6	4,6	4,3	4,8
Na minha unidade, identificamos e resolvemos problemas de segurança antes que o incidente de fato ocorra.	29,3	33,3	26,3	13,6	21,7	9,3
Nosso processo de investigação de acidentes e incidentes é efetivo na identificação das causas-raízes.	37,7	34,5	40,2	6,3	13,6	2,4
Na minha unidade, os problemas e erros relacionados à segurança do paciente são comunicados às pessoas certas para que o problema seja corrigido.	29,9	34,9	26,3	13,6	26,1	7,0

Tabela 2: Porcentagem média de respostas problemáticas por item e dimensões nas instituições e por equipe médica e de enfermagem (n=275). Campinas, SP, 2017. (continuação)

Segurança psicológica (0,69)	27,3	31,0	24,6	11,8	13,2	11,1
A equipe sente-se confortável para questionar as ações daqueles com maior autoridade quando a segurança do paciente está em risco	36,1	42,5	31,4	10,8	13,0	9,5
A equipe manifesta-se com liberdade caso observe algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente.	23,4	27,1	20,7	13,8	17,4	11,9
Eu me sinto confortável em informar minhas preocupações em relação à segurança, sem medo de ser punido pela gerência/coordenação da minha unidade.	22,4	23,5	21,6	10,9	9,1	11,9
Responsividade aos problemas (0,53)	29,0	26,0	31,4	13,3	15,6	12,0
Alertar a gerência/coordenação da minha unidade sobre problemas com a segurança do paciente geralmente leva à discussão sobre o problema.	27,5	23,5	30,3	15,4	13,0	16,7
Quando dedico algum tempo para notificar os problemas relacionados à segurança do paciente, há um seguimento apropriado.	30,6	28,4	32,4	11,1	18,2	7,3
Medo do constrangimento (0,65)	6,6	7,3	6,0	9,3	7,3	0,3
Se eu cometer um erro que tenha consequências significativas e ninguém perceber, eu não revelo a ninguém sobre o ocorrido*	1,4	2,3	0,8	3,1	4,3	2,4
As pessoas duvidarão das minhas habilidades se eu fizer perguntas.*	11,1	11,5	10,7	16,9	13,0	19,0
Meus colegas de trabalho perderão o respeito por mim se eles souberem que cometi um erro*	7,3	8,2	6,6	7,8	4,5	9,5

Tabela 2: Porcentagem média de respostas problemáticas por item e dimensões nas instituições e por equipe médica e de enfermagem (n=275). Campinas, SP, 2017. (conclusão)

Medo de culpabilização e punição (0,68)	34,4	31,9	36,1	35,6	14,6	47,3
Se as pessoas descobrirem que eu cometi um erro, eu serei punido.*	32,5	27,1	36,4	31,2	9,1	42,9
Profissionais da assistência que cometem erros graves, geralmente são punidos.*	30,2	22,6	35,6	37,2	21,7	46,5
Serei considerado culpado se eu cometer um erro.*	40,4	45,9	36,4	38,5	13,0	52,4
Prestação de cuidado seguro (0,74)	70,7	79,5	61,0	57,1	76,6	46,9
No último ano, eu presenciei um colega de trabalho fazer algo que me pareceu ser inseguro para o paciente.*	64,7	74,4	51,1	50,0	71,4	39,0
Eu nunca presenciei um colega de trabalho fazer algo que me parecesse inseguro para o cuidado do paciente.	76,6	84,5	70,9	64,1	81,8	54,8
Escore médio total	34,5	35,3	33,7	20,6	23,8	17,7

* Itens com pontuação invertida

Os resultados obtidos pela comparação do clima de segurança do paciente entre as instituições estão apresentados na Tabela 3. A comparação da percepção do clima entre as equipes médica e de enfermagem de cada instituição está exposta na Tabela 4.

Tabela 3: Percepção do clima de segurança entre instituições (n=275). Campinas, SP, 2017.

Dimensões do PSCHO	Hospital	n	Mediana	Q1 – Q3	p-valor*
Engajamento da administração da instituição	1	209	3,40	2,80 – 3,80	< 0,0001
	2	66	4,00	3,60 – 4,20	
Recursos organizacionais para a segurança	1	205	3,00	2,33 – 3,33	< 0,0001
	2	66	3,67	3,00 – 4,00	
Ênfase geral na segurança do paciente	1	204	3,50	3,00 – 4,00	< 0,0001
	2	65	4,00	3,50 – 4,50	
Apoio dos gerentes da unidade	1	206	3,00	2,33 – 3,50	< 0,0001
	2	66	3,67	3,00 – 4,00	
Normas de segurança na unidade	1	204	3,25	2,75 – 3,75	< 0,0001
	2	66	3,75	3,50 – 4,25	
Reconhecimento da unidade e apoio à dedicação em relação à segurança	1	204	2,25	2,00 – 2,88	< 0,0001
	2	65	3,25	2,50 – 3,50	
Aprendizado coletivo	1	205	3,25	2,75 – 3,67	< 0,0001
	2	66	3,88	3,50 – 4,00	
Segurança psicológica	1	204	3,33	2,67 – 4,00	0,0005
	2	65	4,00	3,33 – 4,00	
Responsividade aos problemas	1	182	3,00	2,50 – 4,00	< 0,0001
	2	63	4,00	3,00 – 4,00	
Medo do constrangimento	1	207	4,33	3,67 – 4,67	0,8491
	2	65	4,33	3,67 – 4,67	
Medo de culpabilização e punição	1	205	3,00	2,33 – 3,67	0,4525
	2	66	3,00	2,00 – 4,00	
Prestação de cuidado seguro	1	187	2,00	1,50 – 3,00	0,0151
	2	60	2,50	1,75 – 3,50	
PSCHO - Escore total	1	205	3,13	2,83 – 3,47	< 0,0001
	2	65	3,61	3,29 – 3,87	

* p-valor < 0,025 (teste de *Mann-Whitney*)

Tabela 4: Percepção do clima de segurança entre equipe médica e de enfermagem por hospital (n=275). Campinas, SP, 2017.

Dimensões	Profissional	H1			H2		
		n	Mediana	p-valor*	n	Mediana	p-valor*
Engajamento da administração da instituição	Médicos	87	3,20	0,3908	23	4,00	0,6159
	Enfermagem	122	3,40		43	4,00	
Recursos organizacionais para a segurança	Médicos	87	3,00	0,9273	23	3,00	0,0021
	Enfermagem	118	3,00		43	4,00	
Ênfase geral na segurança do paciente	Médicos	84	3,50	0,9529	22	4,00	0,6718
	Enfermagem	120	3,50		43	4,00	
Apoio dos gerentes da unidade	Médicos	87	3,00	0,0731	23	3,33	0,2052
	Enfermagem	119	3,00		43	3,67	
Normas de segurança na unidade	Médicos	85	3,25	0,3877	23	3,75	0,1137
	Enfermagem	119	3,25		43	4,00	
Reconhecimento da unidade e apoio à dedicação em relação à segurança	Médicos	86	2,25	0,8525	22	2,63	0,0012
	Enfermagem	118	2,25		43	3,25	
Aprendizado coletivo	Médicos	87	3,00	0,1160	23	3,50	0,0005
	Enfermagem	118	3,25		43	4,00	
Segurança psicológica	Médicos	86	3,33	0,0095	23	3,67	0,1981
	Enfermagem	118	3,67		42	4,00	
Responsividade aos problemas	Médicos	79	3,00	0,8954	22	3,50	0,0290
	Enfermagem	103	3,00		41	4,00	
Medo do constrangimento	Médicos	86	4,33	0,5163	23	4,33	0,1705
	Enfermagem	121	4,33		42	4,00	
Medo de culpabilização e punição	Médicos	85	3,00	0,2302	23	3,33	0,0302
	Enfermagem	120	3,00		43	2,67	
Prestação de cuidado seguro	Médicos	82	2,00	0,0041	20	2,00	0,0058
	Enfermagem	105	2,00		40	3,00	
PSCHO - Escore total	Médicos	87	3,08	0,1532	23	3,47	0,0489
	Enfermagem	118	3,13		42	3,68	

* p-valor < 0,025 (teste de *Mann-Whitney*)

DISCUSSÃO

Na amostra, obteve-se maior participação dos profissionais da enfermagem, que não ocupavam posições gerenciais, com idade entre 31 e 60 anos e do sexo feminino. Na instituição H1, os profissionais participantes possuíam, em sua maioria, tempo de experiência na organização menor que cinco ou maior que dez anos. Em H2, os profissionais relataram um tempo menor, tendo, em sua maioria, menos que cinco anos de experiência na instituição.

A taxa de resposta neste estudo foi superior aos que avaliaram clima de segurança em outros países^(6,13,15-17) e uma das justificativas para esta taxa elevada deve-se ao fato de a coleta ter sido realizada pela própria pesquisadora.

A confiabilidade do instrumento foi considerada aceitável para a maioria das dimensões do instrumento. Assim como em um estudo que comparou duas redes hospitalares dos Estados Unidos, o coeficiente alfa de *Cronbach* foi menor nas dimensões ênfase geral na segurança do paciente (0,55) e apoio dos gerentes da unidade (0,57)⁽¹³⁾. As dimensões recursos organizacionais para a segurança (0,56) e responsividade aos problemas (0,53) foram as únicas que apresentaram coeficientes menores que todos os outros estudos que mediram as mesmas dimensões do instrumento^(13,15-16).

Destaca-se que este é o primeiro estudo que compara o clima de segurança do paciente sob o modelo teórico do PSCHO em instituições hospitalares brasileiras. De maneira geral, na análise descritiva do clima, a instituição H2 apresentou uma avaliação melhor que na H1. A PRP do total de itens do PSCHO foi de 20,6% em H2 e de 34,5% em H1. Trata-se de um dado preocupante, uma vez que, segundo a teoria que fundamenta as HROs, organizações com PRPs maiores que 10% têm maior probabilidade de erros e danos⁽¹⁶⁾. Esses resultados foram superiores a estudos que utilizaram o mesmo instrumento^(13,15-19).

A dimensão com maior PRP foi o de “prestação de cuidado seguro”, o que chama a atenção para o risco de erros e danos para o paciente, pois a

maioria dos profissionais destas instituições já presenciaram ações inseguras para o paciente. Tais resultados se assemelham aos encontrados nos Estados Unidos e China^(13,15-16).

A instituição H2 apresentou PRP por dimensão menor que H1 em 10 das 12 dimensões do PSCHO, o que mostra que o processo de certificação de qualidade de uma instituição traz benefícios para a percepção dos profissionais quanto à segurança no cuidado do paciente.

De forma análoga à China⁽¹⁵⁾, a equipe de enfermagem das duas organizações em estudo indicou uma PRP menor na maioria das dimensões, entre elas: engajamento da administração da instituição, apoio dos gerentes da unidade, normas de segurança na unidade, reconhecimento da unidade e apoio à dedicação em relação à segurança, aprendizado coletivo, segurança psicológica, medo do constrangimento e prestação de cuidado seguro.

A análise para comparação do clima de segurança evidenciou diferenças significantes entre as instituições: em 10 das 12 dimensões do PSCHO, a instituição H2 apresentou melhor avaliação do clima, o que corrobora a análise das PRPs. Pela análise da dispersão dos dados, observou-se que mais de 75% (Q3) dos sujeitos que reponderam à pesquisa consideraram o clima de segurança ruim na instituição H1, no que se refere às dimensões “reconhecimento da unidade e apoio à dedicação em relação à segurança” e “prestação do cuidado seguro”.

Na comparação entre equipes, H1 mostrou diferença entre a percepção da equipe médica e de enfermagem quanto à “segurança psicológica” e “prestação de cuidado seguro”, e os profissionais de enfermagem relataram um clima mais positivo nas duas dimensões. Isso demonstra que a equipe de enfermagem sente-se mais confortável em relatar e questionar ações e atitudes que possam prejudicar o paciente.

Embora os profissionais da instituição H2 tenham assinalado um clima de segurança melhor que os profissionais da instituição H1, notaram-se diferenças

entre as percepções da equipe médica e de enfermagem. A equipe de enfermagem de H2 apontou um clima melhor no que se refere aos recursos organizacionais para a segurança, reconhecimento da unidade e apoio à dedicação em relação à segurança, aprendizado coletivo e prestação do cuidado seguro. Uma das justificativas para estes resultados pode estar na falta de engajamento da equipe médica nos processos de trabalhos que visam à busca da qualidade, como ocorre nos sistemas de notificação de eventos adversos. Sabe-se que, no cenário hospitalar, a notificação de tais eventos ainda tem sido uma atividade quase exclusiva da equipe de enfermagem⁽²⁰⁾.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo comprovaram que o clima de segurança em ambas as instituições apresenta altas taxas de PRP quando comparadas a de outros países. A instituição H2, que possui certificação de qualidade, foi avaliada com clima de segurança melhor que H1.

A comparação dos resultados entre as equipes médica e de enfermagem também evidenciou que essas categorias diferem quanto as suas percepções, pois a enfermagem descreveu um clima de segurança mais positivo. Esses resultados podem auxiliar os gerentes e administradores a refletirem sobre os processos de trabalho e intervenções necessárias para melhorar o clima de segurança do paciente em suas instituições.

LIMITAÇÕES

As limitações deste estudo estão relacionadas ao tamanho amostral e ao fato de ter se considerado apenas instituições de uma mesma região brasileira. Neste sentido, recomenda-se a avaliação do clima de segurança em diferentes populações para se identificar as características de cada instituição e, assim, traçar metas pertinentes a cada uma delas.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Small research grants for patient safety [Internet]. Geneva: WHO; 2008 [cited 2014 Apr 4]. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/research/grants/Smallgrants_summary_A4English.pdf>
2. Sorensen JN. Safety culture: a survey of the state-of-the-art. Reliability Engineering & System Safety. 2002; 76 (2): 189-204.
3. Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. (Prepared by Westat, under Contract No. 290-96-0004). AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004.
4. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is patient safety culture? A review of the literature. J Nurs Scholarsh. 2010; 42(2):156-65.
5. Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM. Measuring safety climate in health care. Qual Saf Health Care. 2006; 15(2):109-15.
6. Hansen LO, Williams MV, Singer SJ. Perceptions of hospital safety climate and incidence of readmission. Health Serv Res. 2011; 46(2):596-616.
7. Singer S, Lin S, Falwell A, Gaba D, Baker L. Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. Health Serv Res. 2009; 44(2 Pt 1):399-421.
8. Youngberg B. The Patient Safety Handbook. 2nd edition. Burlington: Jones and Bartlett Learning; 2013.
9. Carvalho REFL, Arruda LP, Nascimento NKP, Sampaio RL, Cavalcante MLSN, Costa ACP. Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2017 [citado 2017 Set 28]; 25:e2849. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100310&lng=pt.> Acesso em: 20 jun 2017.

10. Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza AIJ, Macedo TR. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2015 [citado 2017 Abr 15]; 24(1): 161-169. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100161&lng=pt<http://dx.doi.org/10.1590/01040707201500049004>>
11. Santiago THR, Turrini RNT. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. Rev Esc Enferm USP. 2015; 49(Esp): 123-130.
12. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2012; 25(5):728-35.
13. Singer SJ, Hartmann CW, Hanchate A, et al. Comparing safety climate between two populations of hospitals in the United States. Health Serv Res. 2009; 44(5 Pt 1):1563-1584.
14. Johnson RA, Wichern DW. The Bonferroni method of multiple comparison. In: Johnson RA, Wichern DW, eds. Applied multivariate statistical analysis. New York: Prentice-Hall International Inc, 1992:197-9.
15. Zhou P, Bundorf MK, Gu J, He X, Xue D. Survey on patient safety climate in public hospitals in China. BMC Health Serv Res. 2015; 15:53.
16. Hartmann CW, Rosen AK, Meterko M, Shokeen P, Zhao S, Singer S, et al. An overview of patient safety climate in the VA. Health Serv Res. 2008; 43(4):1263-84.
17. Kaafarani HM, Itani KM, Rosen AK, Zhao S, Hartmann CW, Gaba DM. How does patient safety culture in the operating room and post-anesthesia care unit compare to the rest of the hospital? Am J Surg. 2009; 198(1):70-5.

18. Kadzielski J, McCormick F, Zurakowski D, Herndon JH. Patient safety climate among orthopaedic surgery residents. *J Bone Joint Surg Am.* 2011; 93(11): 621-6.
19. Janssen SJ, Teunis T, Guitton TG, Ring D, Herndon JH. orthopaedic surgeons' view on strategies for improving patient safety. *J Bone Joint Surg Am.* 2015; 97(14):1173-86.
20. Mitchell I, Schuster A, Smith K, Pronovost P, Wu A. Patient safety incident reporting: a qualitative study of thoughts and perceptions of experts 15 years after 'To Err is Human'. *BMJ Qual Saf.* 2016; 25(2):92-9.

5. DISCUSSÃO

5.1. Discussão Geral

O objetivo deste estudo foi realizar a adaptação cultural e a validação do instrumento *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations* para a cultura brasileira. A primeira etapa desse intuito está descrita no Manuscrito 1.

Os processos de tradução, síntese e retrotradução do PSCHO deram-se de forma sistemática e seguiram recomendações internacionais⁽³⁶⁾. Cada etapa constituiu-se de uma detalhada tarefa pelo pesquisador, haja vista que, para um trabalho bem executado, a tradução deve ser desempenhada por profissionais criteriosamente selecionados⁽⁵⁰⁾.

Na etapa de síntese, a presença de uma especialista em linguística foi imprescindível para garantir a equivalência semântica dos conceitos do instrumento, tanto na língua de origem, quanto na de destino. Os termos que apresentaram maiores discrepâncias nesta etapa foram “*disciplined*”, “*punished*” e “*corrected*”, pois assumiram o mesmo significado de punição. Ressalta-se que o uso indiscriminado desse termo poderia inverter o significado da afirmativa no questionário. Dessa forma, o termo “*corrected*” não assumiu o significado punitivo, mas sim de redirecionamento da ação, alinhando à cultura de aprendizagem⁽⁵¹⁾.

Outro aspecto relevante do processo de adaptação cultural é a avaliação de equivalências das versões do instrumento por um comitê de juízes, pois considera a experiência e vivência de cada especialista na adequação dos itens à realidade brasileira. A presença de um juiz com experiência assistencial no país de origem do instrumento facilitou o consenso quando se discutiu a equivalência cultural entre as opções de profissões e setores (“Minha função é” e “Área de trabalho”, respectivamente) do PSCHO. Ao término dessa etapa, observou-se adequada validade de conteúdo do instrumento.

O pré-teste foi realizado com profissionais de saúde, entre eles enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, médicos e residentes. Na avaliação de sua praticabilidade, o PSCHO mostrou-se de fácil compreensão quanto aos itens, instruções e opções de resposta.

O tempo médio de preenchimento aproximado foi em torno de quinze minutos, o que pode ter sido influenciado pelo *layout* das opções de resposta da escala. As sugestões feitas pelos participantes sobre esse aspecto foram acatadas, com o intuito de facilitar o preenchimento da escala. Outra alteração sugerida e consentida foi em relação à substituição do enunciado do item "Meu cargo é" por "Minha função é", considerando que cargo é uma posição e não a profissão de alguém.

A avaliação das propriedades de medida da versão brasileira do PSCHO está descrita no Manuscrito 2. O instrumento foi aplicado numa amostra composta por enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e médicos (docentes, assistentes e residentes) de dois hospitais públicos. A coleta de dados foi efetuada pela própria pesquisadora e com o instrumento impresso para o preenchimento, o que possibilitou uma taxa de resposta superior à maioria dos trabalhos que utilizaram o PSCHO^(19-20,28,31,34).

As análises das propriedades de medida do PSCHO comprovaram que o instrumento é válido e confiável. A validação do instrumento foi demonstrada pela análise fatorial confirmatória, validade de construto convergente e por grupos conhecidos. A análise fatorial indicou que as dimensões engajamento da administração da instituição, recursos organizacionais para a segurança, normas de segurança na unidade e medo do constrangimento deveriam ser revistas. Isto resultou na exclusão dos itens com menores cargas fatoriais (24, 39, 18 e 6, respectivamente), o que evidenciou, em seguida, um modelo ajustado. A confiabilidade do instrumento também se mostrou satisfatória após o ajuste, confirmando os dados de confiabilidade de outros estudos que utilizaram o mesmo instrumento⁽²⁸⁻²⁹⁾.

A dimensão reconhecimento da unidade e apoio à dedicação em relação à segurança apresentou uma AVE próxima do mínimo aceitável, e por isso nenhum dos seus itens foi excluído. A ausência de uma cultura nessas instituições que reconheça e valorize os colaboradores pode ser uma das justificativas para esse dado.

O modelo apresentou validade discriminante, segundo o critério de Fornell-Larcker, uma vez que as raízes quadradas das AVEs foram maiores do que as correlações entre as dimensões. Na análise das cargas cruzadas, esta propriedade também foi demonstrada a partir das cargas fatoriais dos itens, as quais foram mais elevadas nas dimensões às quais pertencem em comparação com as cargas nas demais dimensões. Com a AFC, a versão brasileira do PSCHO fundamentou-se em 12 dimensões, mensuradas a partir de 38 afirmativas válidas e confiáveis.

A avaliação da correlação do escore total do PSCHO com o escore da dimensão clima de segurança do SAQ demonstrou validade de construto convergente. Quando aplicado em grupos conhecidos, o instrumento foi sensível ao reconhecer que uma instituição com certificação internacional de qualidade apresentava uma avaliação melhor do clima de segurança do paciente, demonstrando, portanto, ser válido sob este aspecto.

Os resultados da aplicação do PSCHO na amostra selecionada para o estudo foram descritos no Manuscrito 3. Na análise descritiva do clima de segurança do paciente, a instituição com certificação de qualidade (H2) apresentou menores taxas de PRP. Entretanto, em ambos os hospitais o escore médio total (H1=34,5%; H2=20,6%) foi superior a estudos que utilizaram o mesmo instrumento^(28,30-34).

Assim como os resultados encontrados nos Estados Unidos e China^(28,30-31), a dimensão prestação de cuidado seguro revelou a maior PRP nas duas instituições avaliadas, o que chama atenção para o risco de erros e danos

para o paciente, uma vez que os itens que representam este fator revelam que a maioria dos profissionais já presenciaram ações inseguras para o paciente.

Evidenciaram-se, na análise da comparação do clima entre os profissionais das duas instituições, diferenças significantes, em que a instituição H2 apresentou uma avaliação do clima de segurança melhor em 10 das 12 dimensões do PSCHO, o que corrobora a análise das PRPs.

Na comparação entre equipes de uma mesma instituição, verificou-se em H1 que há diferenças entre as suas percepções do ponto de vista da segurança psicológica e de prestação de cuidado seguro, em que os profissionais de enfermagem relatam uma percepção melhor do clima. Quanto à instituição H2, houve diferença entre as percepções das equipes no que se referem às dimensões recursos organizacionais para a segurança; reconhecimento da unidade e apoio à dedicação em relação à segurança; aprendizado coletivo; e prestação do cuidado seguro. Nesse caso, a enfermagem também apontou um clima mais positivo em relação à equipe médica.

Embora o objetivo principal deste estudo tenha sido disponibilizar um instrumento válido e confiável para uso no Brasil, a análise dos resultados do PSCHO possibilitou compreender melhor a sua finalidade, além de ser uma forma de dar um significado prático à participação das instituições e de seus profissionais. Esses resultados podem ser usados pelos respectivos hospitais para que se estabeleçam estratégias de melhorias.

5.2. Limitações do estudo

A amostra do presente estudo foi selecionada em duas instituições de uma mesma região brasileira, restrita para a avaliação das propriedades de medida, portanto, os resultados sobre o clima de segurança não podem ser necessariamente generalizados para outros contextos. De fato, os dados apresentados sugerem que novas medidas sejam feitas em instituições com características semelhantes para avaliar as possíveis falhas nesses ambientes.

6. CONCLUSÃO

Os procedimentos de adaptação cultural e de validação de conteúdo do PSCHO foram concluídos com sucesso, de acordo com o recomendado pela literatura. As equivalências semânticas, idiomáticas, culturais e conceituais entre a versão original e a traduzida do instrumento foram alcançadas após a avaliação pelo comitê de juízes. Além disso, o instrumento mostrou-se prático, com itens, instruções e opções de resposta de fácil compreensão, podendo ser preenchido em aproximadamente quinze minutos.

A versão brasileira do PSCHO possui 38 itens e demonstrou ser confiável, por meio da adequada consistência interna, e válida, de acordo com os métodos de validação estrutural, de construto convergente e por grupos conhecidos.

O clima de segurança em ambos os hospitais avaliados registrou taxas de respostas problemáticas elevadas, quando comparados a instituições de outros países, atestando que o hospital com certificação de qualidade apresentou um clima melhor. A comparação dos resultados entre categorias profissionais também indicou diferenças, uma vez que a equipe de enfermagem referiu uma percepção mais positiva do clima, quando comparada à equipe médica.

Os dados referentes a este estudo trazem contribuições à literatura nacional, pois disponibilizam uma ferramenta com evidências de confiabilidade e validade para avaliação do clima de segurança do paciente em instituições hospitalares, segundo a percepção dos profissionais de saúde da área assistencial e gerencial. O uso do PSCHO pode fornecer informações importantes sobre as características no clima de segurança na instituição e em suas unidades e, com isso, identificar as lacunas que precisam ser preenchidas para se alcançar um melhor resultado para o paciente.

7. REFERÊNCIAS

1. Nightingale F. Notes on hospitals. 3rd ed. London: Longmans; 1863.
2. Feldman LB, Gatto MAF, Cunha ICKO. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. Acta Paul Enferm. 2005; 18(2): 213-219.
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. 3 Ed. Washington: National Academy of Institute of Sciences; 2000.
4. Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. BMJ. 2016; 353:i2139.
5. Stelfox HT, Palmisani S, Scurlock C, Orav EJ, Bates DW. The "To Err is Human" report and the patient safety literature. Qual Saf Health Care. 2006; 15(3): 174-8.
6. Mitchell I, Schuster A, Smith K, Pronovost P, Wu A. Patient safety incident reporting: a qualitative study of thoughts and perceptions of experts 15 years after 'To Err is Human'. BMJ Qual Saf. 2016; 25(2): 92-9.
7. World Health Organization. Small research grants for patient safety [Internet]. Geneva: WHO; 2008 [cited 2014 Apr 4]. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/research/grants/Smallgrants_summary_A4English.pdf>
8. Singer S, Meterko M, Baker L, Gaba D, Falwell A, Rosen A. Workforce perceptions of hospital safety culture: development and validation of the patient safety climate in healthcare organizations survey. Health Serv Res. 2007; 42(5):1999-2021.

9. Youngberg B. The patient safety handbook. 2nd edition. Burlington: Jones and Bartlett Learning; 2013.
10. Sorensen JN. Safety culture: a survey of the state-of-the-art. Reliability Engineering & System Safety. 2002; 76 (2): 189-204.
11. Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. (Prepared by Westat, under Contract No. 290-96-0004). AHRQ Publication No. 04-00. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004.
12. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is patient safety culture? A review of the literature. J Nurs Scholarsh. 2010; 42(2):156-65.
13. Cooper MD. Towards a model of safety culture. Safety Science. 2000; 36(2), 111-136.
14. Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM. Measuring safety climate in health care. BMJ Qual Saf. 2006; 15(2):109-15.
15. Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. BMJ Qual Saf. 2011; 20(4):338-43.
16. Braithwaite J, Greenfield D, Westbrook J, Pawsey M, Westbrook M, Gibberd R, et al. Health service accreditation as a predictor of clinical and organisational performance: a blinded, random, stratified study. BMJ Qual Saf. 2010; 19(1):14-21.
17. Schwatka NV, Hecker S, Goldenhar LM. Defining and measuring safety climate: a review of the construction industry literature. Ann Occup Hyg. 2016; 60(5):537-50.
18. The Joint Commission. Improving patient and worker safety: opportunities for synergy, collaboration and innovation [Internet]. Oakbrook Terrace: The Joint Commission; 2012 [acesso em 4 Abr 2014]. Disponível em:

<https://www.jointcommission.org/assets/1/18/TJC-improvingPatientAndWorkerSafety-Monograph.pdf>

19. Hartmann CW, Meterko M, Rosen AK, Shibe Z, Shokeen P, Singer S, et al. Relationship of hospital organizational culture to patient safety climate in the Veterans Health Administration. *Med Care Res Rev.* 2009; 66(3):320-38.
20. Hansen LO, Williams MV, Singer SJ. Perceptions of hospital safety climate and incidence of readmission. *Health Serv Res.* 2011; 46(2):596-616.
21. Reis CT, Laguardia J, Martins M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. *Cad Saúde Pública.* 2012; 28(11): 2199-2210.
22. Sexton JB, Helmreich R, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res.* 2006; 6(44): 1-10.
23. Reis CT, Laguardia J, Vasconcelos AG, Martins M. Reliability and validity of the brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. *Cad Saúde Pública.* [Internet] 2016 [citado 2017 jul 4]; 32(11):e00115614. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n11/1678-4464-csp-32-11-e00115614.pdf>
24. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Questionário atitudes de segurança: adaptação transcultural do safety attitudes questionnaire – short form 2006 para o Brasil. *Rev. Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2012 [citado 2017Jul 4]; 20(3): 8 telas. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a20v20n3.pdf>
25. Lekka C. High reliability organisations: a review of the literature. Derbyshire: Health and Safety Executive Books; 2011.
26. Sutcliffe KM. High reliability organizations (HROs). *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2011; 25(2):133-44.

27. Gaba DM, Singer SJ, Sinaiko AD, Bowen JD, Ciavarelli AP. Differences in safety climate between hospital personnel and naval aviators. *Hum Factors*. 2003; 45(2):173-85.
28. Hartmann CW, Rosen AK, Meterko M, Shokeen P, Zhao S, Singer S, et al. An overview of patient safety climate in the VA. *Health Serv Res*. 2008; 43(4):1263-84.
29. Benzer JK, Meterko M, Singer SJ. The patient safety climate in healthcare organizations (PSCHO) survey: short-form development. *J Eval Clin Pract*. 2017; 23(4):853-859.
30. Singer SJ, Hartmann CW, Hanchate A, et al. Comparing safety climate between two populations of hospitals in the United States. *Health Serv Res*. 2009; 44(5 Pt 1): 1563-1584.
31. Zhou P, Bundorf MK, Gu J, He X, Xue D. Survey on patient safety climate in public hospitals in China. *BMC Health Serv Res*. 2015; 15: 53.
32. Kadzielski J, McCormick F, Zurakowski D, Herndon JH. Patient safety climate among orthopaedic surgery residents. *J Bone Joint Surg Am*. 2011; 93(11): 621-6.
33. Janssen SJ, Teunis T, Guitton TG, Ring D, Herndon JH. Orthopaedic surgeons' view on strategies for improving patient safety. *J Bone Joint Surg Am*. 2015; 97(14):1173-86.
34. Kaafarani HM, Itani KM, Rosen AK, Zhao S, Hartmann CW, Gaba DM. How does patient safety culture in the operating room and post-anesthesia care unit compare to the rest of the hospital? *Am J Surg*. 2009; 198(1):70-5.
35. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2011.

36. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures. *Am Acad Orthop Surg.* 2007; 3-13. Disponível em: <<http://www.dash.iwh.on.ca/translate2.htm>> Acesso em 15 jun 2017.
37. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health.* 2007; 30(4):459-67.
38. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc saúde coletiva.* 2011; 16(7): 3061-3068.
39. Coluci MZO, Alexandre NMC. Development of a questionnaire to evaluate the usability of assessment instruments. *Rev enferm UERJ.* 2009; 17(3):378-82.
40. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, et al. The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *J Clin Epidemiol.* 2010; 63(7):737-45.
41. Polit DF. Assessing measurement in health: beyond reliability and validity. *Int J Nurs Stud.* 2015; 52(11):1746-53.
42. Hair JF, Anderson RE, Tathan RL, Black WC. *Análise multivariada de dados.* 6. ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
43. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta paul enferm.* 2012; 25(5): 728-735.
44. Ringle CM, Wende S, Becker JM. *SmartPLS 3* [Internet]. Boenningstedt: SmartPLS GmbH; 2015 [acesso em 20 jul 2016]. Disponível em: <<http://www.smartpls.com>>

45. Hair JF, Hult GTM, Ringle CM, Sarstedt M. A primer on partial least squares structural equation modeling (PLSSEM). Los Angeles: SAGE; 2014.
46. Fornell C, Larcker DF. Evaluating structural equation models with unobservable variable and measurement error. J Mark Res. 1981; (18):39-50.
47. Pagano M, Gauvreau K. Princípios de bioestatística. São Paulo: Ed. Thomson; 2004.
48. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2. ed. New York: Psychology Press; 1988.
49. Johnson RA, Wichern DW. The Bonferroni method of multiple comparison. In: Johnson RA, Wichern DW, eds. Applied multivariate statistical analysis. New York: Prentice-Hall International Inc; 1992:197-9.
50. Reichenheim ME, Moraes CL. Operationalizing the cross-cultural adaptation of epidemiological measurement instruments. Rev Saúde Pública. 2007; 41(4): 665-673.
51. Vincent C, Amalberti R. Cuidado de saúde mais seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado [Internet]. Rio de Janeiro: Proqualis, 2016 [citado em 2017 Set 10]. Disponível em: <<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Cuidado%20de%20Sa%C3%BAde%20mais%20Seguro%20-%20PDF.pdf>>

8. APÊNDICES

Apêndice 1

INSTRUÇÕES PARA ANÁLISE DO INSTRUMENTO

PATIENT SAFETY CLIMATE IN HEALTHCARE ORGANIZATIONS

Prezada Senhora _____

A Sra. foi escolhida para participar do processo de avaliação de equivalência do instrumento *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations* (PSCHO) no estudo de sua adaptação cultural para a língua portuguesa do Brasil. Sua contribuição será de grande importância uma vez que a Sra. possui reconhecida competência na área.

O estudo envolvido tem como objetivo adaptar culturalmente o instrumento “*Patient Safety Climate in Healthcare Organizations*” para a língua portuguesa e avaliar suas qualidades psicométricas. Trata-se de um projeto de doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas.

O PSCHO foi desenvolvido por Singer et al. (2007) com a finalidade de mensurar as percepções dos profissionais sobre o clima de segurança do paciente no ambiente hospitalar em três categorias: organizacional, unidade de trabalho e interpessoal. Dos 51 itens, 45 são afirmações sobre o clima de segurança, 38 estão divididos em 12 dimensões e 6 itens não agrupados que se referem a fatores individuais (itens 13, 20, 42, 43, 44 e 45).

- 1) Engajamento da alta direção: itens 1, 3, 4, 7, 11, 24.
- 2) Recursos organizacionais para segurança: itens 2, 16, 30, 39.
- 3) Ênfase geral para a segurança do paciente: itens 12 e 23.
- 4) Apoio dos gestores da unidade: itens 25, 29, 34.
- 5) Normas de segurança da unidade: itens 5, 8, 18, 32, 40.
- 6) Reconhecimento e apoio da unidade em relação aos esforços de segurança: itens 10, 21, 22, 31.
- 7) Aprendizado coletivo: itens 26, 35, 38, 41.

- 8) Segurança psicológica: itens 27, 33, 37.
- 9) Problemas relacionados à capacidade de resposta/receptividade: itens 28 e 36.
- 10) Medo de passar vergonha: itens 6 e 9.
- 11) Medo de culpa e punição: itens 15 e 17.
- 12) Prestação de atenção segura: itens 14 e 19.

A segunda parte do instrumento possui seis itens, que abordam características pessoais e profissionais. A escala de medida é do tipo Likert de 5 pontos, que varia de “concordo fortemente” à “discordo fortemente”, com um ponto neutro. Quanto maior a pontuação, maior a percepção do indivíduo sobre o clima de segurança na sua instituição (Singer et al., 2007).

Destacamos que, no presente estudo, para a avaliação das propriedades psicométricas, a versão brasileira do instrumento PSCHO será aplicada junto aos auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas e médicos de instituições hospitalares públicas.

Solicitamos sua colaboração na avaliação das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual dos itens. Informamos que posteriormente serão realizados procedimentos para avaliação da confiabilidade e validade do PSCHO adaptado à cultura brasileira.

Agradecemos sua atenção e disponibilidade em participar desse processo, e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos.

Para realizar a avaliação das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual do instrumento ***Patient Safety Climate in Healthcare Organizations (PSCHO)*** o (a) Sr. (a) receberá uma planilha com as afirmações da versão original do instrumento (VO) e da versão síntese (T12). Logo após, estão apresentadas para consulta as versões traduzidas (T1 e T2) e as retrotraduções (RT1 e RT2).

Considere as seguintes orientações para a análise das equivalências:

I. Equivalência semântica: refere-se ao significado das palavras. Para isso, deve-se observar se as palavras traduzidas têm o mesmo significado empregado na versão original.

II. Equivalência idiomática: nesse tipo de equivalência o item traduzido para a língua portuguesa deve preservar o sentido da expressão na versão original.

III. Equivalência cultural: refere-se à adequação de situações ou atividades abordadas que correspondem às situações vivenciadas no contexto cultural do Brasil.

IV. Equivalência conceitual: refere-se à análise de palavras com diferentes conceitos entre as culturas.

Após a leitura das versões de cada afirmação, você deverá avaliá-las individualmente com relação a sua equivalência, considerando as características acima descritas, atribuindo a seguinte pontuação:

- 1** = não equivalente.
- 2** = impossível avaliar a equivalência sem que o item seja revisto.
- 3** = equivalente, mas necessita de alterações menores.
- 4** = absolutamente equivalente.

Para todo item avaliado com escore de 1, 2 ou 3, solicitamos que faça o comentário pertinente à sua avaliação ou sugestão de modificação no local designado abaixo do item.

Pedimos que sua avaliação seja devolvida via e-mail (panunto@gmail.com) à pesquisadora Marcia Raquel Panunto.

Desde já agradecemos pela valiosa colaboração.

Ficamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

MARCIA R. PANUNTO DIAS CUNHA EDINÊIS DE BRITO GUIARDELLO

Pesquisadora
Mestre em Enfermagem
Doutoranda em Enfermagem pela
Faculdade de Enfermagem da UNICAMP

Orientadora
Professora Associada da Faculdade de
Enfermagem da UNICAMP

AVALIAÇÃO DAS EQUIVALÊNCIAS

LEGENDAS	ANÁLISE DA EQUIVALÊNCIA
VO: Versão original	1 = não equivalente.
T12: Versão síntese	2 = impossível avaliar a equivalência sem que o item seja revisto.
T1: Versão traduzida 1	3 = equivalente, mas necessita de alterações menores.
T2: Versão traduzida 2	4 = absolutamente equivalente.
RT1: Retrotradução 1	
RT2: Retrotradução 2	

TÍTULO				
VO	Patient Safety Climate in Healthcare Organizations			
T12	Clima de Segurança do Paciente em Instituições de Saúde			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Clima de Segurança do Paciente em Instituições de Saúde			
T2	Clima Relacionado à Segurança do Paciente em Organizações de Saúde			
RT1	Patient Safety Climate in Health Institutions			
RT2	Patient Safety Climate in Health Institutions			

INSTRUÇÕES	
VO	For the following statements, please answer if you "strongly disagree", "disagree", "neither agree nor disagree", "agree" or "strongly agree ". If you wish to change an answer, fill in the square for your preferred answer and circle it.
T12	Por favor, responda se você “discorda totalmente”, “discorda”, “não concorda nem discorda”, “concorda” ou “concorda totalmente” com cada uma das afirmativas descritas a seguir. Caso você queira alterar alguma resposta, preencha o quadrado que corresponde à sua nova opção e faça um círculo em volta dele.

Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Para as afirmações a seguir, por favor responda se você “discorda totalmente”, “discorda”, “não concorda nem discorda”, “concorda” ou “concorda totalmente”. Se você quiser alterar uma resposta, preencha o quadrado correspondente à nova opção de resposta e faça um círculo em volta dele.			
T2	Por favor responda se você “discorda totalmente”, “discorda”, “não concorda nem discorda”, “concorda”, ou “concorda totalmente” com as seguintes afirmações. Se desejar mudar a resposta, preencha o quadrado de sua preferência e circule-o.			
RT1	Please answer if you "completely disagree", "disagree", "neither agree nor disagree", "agree" or "completely agree" with each of the following statements. If you want to change an answer, fill in the box that corresponds to your new option and make a circle around it.			
RT2	Please answer if you "strongly disagree", "disagree", "neither agree nor disagree", "agree" or "strongly agree" with each of the statements described below. If you want to change an answer, fill in the box that corresponds to your new option and circle it.			

SEÇÃO I	
VO	This set of statements relates to your experiences regarding patient safety in your unit and at your facility as of today, unless otherwise noted. Some statements refer to “my unit”. Physicians and other care providers who are not unit-based should respond to these statements based on their experiences in their service, such as medicine or surgery. All others should respond to these statements based on their experiences in the work unit where they spend the majority of their time, such as ICU, 6 South, or Ambulatory Care Blue Team.

T12	Este conjunto de afirmativas corresponde às suas recentes experiências relacionadas à segurança do paciente na sua unidade de trabalho e na sua instituição, salvo as observações em contrário. Algumas afirmativas referem-se à “minha unidade”. Médicos e outros prestadores de cuidados que não estão alocados em uma única unidade devem respondê-las com base nas experiências adquiridas através de seus serviços prestados, tais como assistência clínica ou cirúrgica. Todos os outros profissionais devem responder essas afirmativas segundo suas experiências na unidade de trabalho em que passam a maior parte do tempo, como em uma Unidade de Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico ou no Atendimento Ambulatorial de Urgências.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Este conjunto de afirmações corresponde às suas experiências relacionadas à segurança do paciente na sua unidade de trabalho e na sua instituição no momento atual, salvo as observações contrárias. Algumas afirmações referem-se à “minha unidade”. Profissionais médicos e outros profissionais da saúde que não estão alocados em uma única unidade devem responder essas afirmações com base em suas experiências nas suas áreas de atuação, como por exemplo na assistência clínica ou na assistência cirúrgica. Todos os outros profissionais devem responder essas afirmações segundo suas experiências na unidade de trabalho em que passam a maior parte do tempo, como em uma Unidade de Terapia Intensiva, Ala 6 Sul, ou Equipe Azul do Ambulatório.			
T2	Esta lista de afirmações se refere às suas experiências com segurança do paciente na sua unidade e na sua instituição como é hoje, a menos que seja instruído (a) de outra forma. Algumas afirmações se referem à “minha unidade”. Médicos e outros profissionais de saúde que não têm uma unidade específica devem responder às estas afirmações com base em suas experiências nos serviços em que atuam, como por exemplo medicina ou cirurgia. Todos os outros devem responder estas afirmações com base em suas experiências na unidade de trabalho onde ficam a maior parte do tempo como por exemplo UTI, 6 south, ou Equipe ambulatorial de emergência.			

RT1	This set of statements corresponds to your recent experiences related to patient safety in your work unit and your facility, except where otherwise noted. Some statements refer to "my unit". Physicians and other care providers that are not based in a single unit should respond to them on the basis of experience gained through their services provided, such as clinical or surgical care. All other professionals should respond to these statements according to their experiences in the work unit where they spend most of their time, as in an Intensive Care Unit, Surgical Center or Outpatient Emergency Service.
RT2	This set of statements corresponds to your recent experiences related to patient safety at your workplace and its facilities, except where otherwise noted. Some statements refer to "my workplace". Doctors and other care workers who are not allocated to just one centre should answer them based on experiences gained from services they have provided, such as medical or surgical care. All other professionals should answer these statements according to their experiences at the workplace where they spend most of the time, such as in an Intensive Care Unit, Surgical Centre or Outpatient Emergency Service.

DEFINIÇÃO				
VO	Patient Safety – Activities to avoid, prevent, or correct adverse patient outcomes which may result from the delivery of healthcare.			
T12	Segurança do paciente - Ações para evitar, prevenir ou corrigir eventos adversos que podem ser decorrentes do processo de prestação de cuidados de saúde.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Segurança do paciente - Atividades para evitar, prevenir ou corrigir desfechos adversos ao paciente que podem ser resultados do processo de prestação de assistência à saúde.			
T2	Segurança do Paciente – Atividades que evitam, previnem ou corrigem resultados adversos para o paciente e que podem ser um resultado da prestação de cuidados à saúde.			
RT1	Patient safety - Actions to avoid, prevent or correct adverse events that may result from the process of providing health care.			
RT2	Patient safety - Actions to avoid, prevent or correct adverse events that may result from the process of providing health care.			

OPÇÕES				
VO	Not applicable; Strongly agree; Agree; Neither agree nor disagree; Strongly disagree			
T12	Não se aplica; Concordo totalmente; Concordo; Não concordo nem discordo; Discordo; Discordo totalmente			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Não se aplica; Concordo totalmente; Concordo; Não concordo nem discordo; Discordo; Discordo totalmente			
T2	Não aplicável; Concorda totalmente; Concorda; Não concorda, nem discorda; Discorda; Discorda totalmente			
RT1	Non applicable; Completely agree; Agree; Neither agree nor disagree; Disagree; Completely disagree			
RT2	Not applicable; I strongly agree; I agree; I neither agree nor disagree; I disagree; I strongly disagree			

ITEM 1				
VO	Good communication flow exists up and down the chain of command regarding patient safety issues.			
T12	Existe um bom fluxo de comunicação entre os níveis hierárquicos, ascendente e descendente, sobre os assuntos relacionados à segurança do paciente.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Existe um bom fluxo de comunicação sobre temas relacionados à segurança do paciente na hierarquia de comando tanto de cima para baixo quanto de baixo para cima.			
T2	Existe bom fluxo de comunicação de cima para baixo na cadeia de comando em relação às questões de segurança do paciente.			
RT1	Good communication flow exists up and down hierarchical levels regarding patient safety issues.			
RT2	There is a good flow of communication between hierarchical levels, high and low, on issues related to patient safety.			

ITEM 2				
VO	I am provided with adequate resources (personnel, budget, and equipment) to provide safe patient care.			
T12	Tenho à minha disposição recursos adequados (pessoal, orçamento e equipamento) para prestar assistência segura ao paciente.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Eu tenho disponibilidade de recursos adequados (pessoal, equipamentos e orçamento) para oferecer cuidado seguro ao paciente.			
T2	Eu tenho recursos adequados (pessoal, orçamento e equipamento) para prestar assistência segura ao paciente.			
RT1	I have at my disposal adequate resources (personnel, budget and equipment) to provide safe patient care.			
RT2	I have adequate resources (staff, budget and equipment) at my disposal to provide safe patient care.			

ITEM 3				
VO	Senior management supports a climate that promotes patient safety.			
T12	A alta administração apoia um ambiente que promove a segurança do paciente.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	A gerência sênior gera um clima que promove a segurança do paciente.			
T2	A alta administração apoia um clima que promove a segurança do paciente.			
RT1	Senior management supports an environment that promotes patient safety.			
RT2	Senior management supports an environment that encourages patient safety.			

ITEM 4				
VO	Senior management has a clear picture of the risks associated with patient care.			
T12	A alta administração tem uma visão clara dos riscos associados à segurança do paciente.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	A gerência sênior tem clareza quanto aos riscos associados à segurança do paciente.			
T2	A alta administração tem uma visão clara dos riscos associados à segurança do paciente.			
RT1	Senior management has a clear view of the risks associated with patient safety.			
RT2	Senior management has a clear vision of the risks associated to patient safety.			

ITEM 5				
VO	My unit takes the time to identify and assess risks to ensure patient safety.			
T12	Minha unidade empenha-se em identificar e analisar os riscos para garantir a segurança do paciente.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Minha unidade toma o tempo necessário para identificar e avaliar riscos de forma a garantir a segurança do paciente.			
T2	Minha unidade se empenha em identificar e avaliar riscos para assegurar a segurança do paciente.			
RT1	My unit strives to identify and analyze the risks to ensure patient safety.			
RT2	My centre endeavours to identify and analyse risks to ensure patient safety.			

ITEM 6				
VO	Asking for help is a sign of incompetence.			
T12	Pedir ajudar é um sinal de incompetência.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Pedir ajuda é um sinal de incompetência.			
T2	Pedir ajudar é um sinal de incompetência.			
RT1	Asking for help is a sign of incompetence.			
RT2	Asking for help is a sign of incompetence.			

ITEM 7				
VO	Senior management has a good idea of the kinds of mistakes that actually occur in this facility.			
T12	A alta administração tem conhecimento dos tipos de erros que realmente ocorrem nesta instituição.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	A gerência sênior tem uma boa ideia dos tipos de erros que de fato ocorrem nesse serviço.			
T2	A alta administração tem uma boa ideia dos tipos de erros que realmente ocorrem nesta instituição.			
RT1	Senior management is aware of the types of errors that actually occur in this facility.			
RT2	Senior management is aware of the types of errors that actually occur in this facility.			

ITEM 8				
VO	My unit does a good job managing risks to ensure patient safety.			
T12	Minha unidade faz um bom trabalho de gerenciamento de riscos para garantir a segurança do paciente.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Minha unidade faz um bom trabalho de gerenciamento de riscos para garantir a segurança do paciente.			
T2	Minha unidade faz um bom trabalho gerenciando riscos para assegurar a segurança do paciente.			
RT1	My unit does a good job of risk management to ensure patient safety.			
RT2	My centre handles risk management well to ensure patient safety.			

ITEM 9				
VO	If I make a mistake that has significant consequences and nobody notices, I do not tell anyone about it.			
T12	Se eu cometer um erro que tenha consequências significativas e ninguém perceber, eu não irei revelar a ninguém sobre o ocorrido.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Se eu cometo um erro que tenha consequências significativas e ninguém percebe, eu não conto a ninguém sobre o ocorrido.			
T2	Se eu cometer um erro que tem consequências significantes mas ninguém nota, eu não conto à ninguém.			
RT1	If I make a mistake that has significant consequences and no one notices, I will not tell anyone about what happened.			
RT2	If I make a mistake that has significant consequences and no one notices, I will not tell anyone about what happened.			

ITEM 10				
VO	My unit recognizes individual safety achievement through rewards and incentives.			
T12	Minha unidade reconhece as conquistas individuais relacionadas à segurança por meio de prêmios e incentivos.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Minha unidade reconhece as conquistas individuais relacionadas à segurança do paciente por meio de prêmios e incentivos.			
T2	Minha unidade reconhece conquistas individuais relacionada à segurança através de recompensas e incentivos.			
RT1	My unit recognizes individual achievements related to patient safety through awards and incentives.			
RT2	My centre recognizes individual achievements related to patient safety by awards and incentives.			

ITEM 11				
VO	Senior management considers patient safety when program changes are discussed.			
T12	A alta administração considera a segurança do paciente quando são discutidas mudanças no programa.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	A gerência sênior considera a segurança do paciente quando são discutidas mudanças na programação.			
T2	A alta administração considera a segurança do paciente quando são discutidas mudanças no programa.			
RT1	Senior management considers patient safety when changes in the program are discussed.			
RT2	Senior management considers patient safety when changes are discussed in the program.			

ITEM 12				
VO	Compared to other facilities in the area, this facility care more about the quality of patient care it provides.			
T12	Comparada com outras instituições na área, esta instituição é a que mais se preocupa com a qualidade do serviço que presta ao paciente.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Comparada a outras instituições desta área, esta unidade preocupa-se mais com a qualidade do cuidado prestado.			
T2	Comparada com outras instituições na área, esta instituição é mais preocupada com a qualidade do serviço que presta ao paciente.			
RT1	Compared to other institutions in the area, this institution is the one that cares more about the quality of service provided to the patient.			
RT2	Compared to other institutions in the area, this institution is the one that cares more about the quality of service provided to patients.			

ITEM 13				
VO	I have learned how to do my own job better by learning about mistakes made by my coworkers.			
T12	Eu aprendi como melhorar meu próprio trabalho ao tomar conhecimento dos erros cometidos pelos meus colegas.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Eu aprendi como melhorar meu próprio trabalho ao tomar conhecimento dos erros cometidos pelos meus colegas.			
T2	Eu aprendi como fazer meu serviço melhor aprendendo com os erros dos meus colegas de trabalho.			
RT1	I learned how to improve my own work by becoming aware of the mistakes made by my colleagues.			
RT2	I learned how to improve my own work by becoming aware of the mistakes made by my colleagues.			

ITEM 14				
VO	In the last year, I have witnessed coworker do something appeared to me to be unsafe for the patient.			
T12	No último ano, eu presenciei um colega de trabalho fazer algo que me pareceu ser inseguro para o paciente.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Neste último ano, eu presenciei um colega fazendo algo que, para mim, parecia ser inseguro para o paciente.			
T2	No último ano eu presenciei um (a) colega de trabalho fazer algo que me pareceu ser inseguro para o paciente.			
RT1	In the last year, I witnessed a coworker doing something that seemed to be unsafe for the patient.			
RT2	Last year, I witnessed a colleague doing something that seemed to me to be unsafe for the patient.			

ITEM 15				
VO	If people find out that I made a mistake, I will be disciplined.			
T12	Se as pessoas descobrirem que eu cometi um erro, eu serei punido.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Se as pessoas descobrirem que eu cometi um erro, eu serei punido.			
T2	Se as pessoas descobrissem que eu cometi um erro, eu seria disciplinado(a).			
RT1	If people find out that I made a mistake, I will be punished.			
RT2	If people found out that I had made a mistake, I would be punished.			

ITEM 16				
VO	I have enough time to complete patient care tasks safely.			
T12	Eu tenho tempo suficiente para realizar procedimentos com o paciente de forma segura.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Eu tenho tempo suficiente para finalizar, de forma segura, as tarefas relacionadas ao cuidado do paciente.			
T2	Eu tenho tempo suficiente para finalizar procedimentos com o paciente de forma segura.			
RT1	I have enough time to perform procedures with the patient safely.			
RT2	I have enough time to follow procedures with the patient in a safe manner.			

ITEM 17				
VO	Clinicians who make serious mistakes are usually punished.			
T12	Profissionais da área clínica que cometem erros graves, geralmente são punidos.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Profissionais que lidam diretamente com pacientes e que cometem erros sérios geralmente são punidos.			
T2	Normalmente profissionais que cometem erros sérios são punidos.			
RT1	Clinicians who commit serious mistakes are usually punished.			
RT2	Professionals from the clinical area who make serious mistakes are often punished.			

ITEM 18				
VO	In my unit, there is significant peer pressure to discourage unsafe patient care.			
T12	Há uma pressão significativa dos colegas na minha unidade para desencorajar práticas que não sejam seguras ao paciente.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Na minha unidade, há uma pressão significativa dos colegas para desencorajar práticas que não são seguras ao paciente.			
T2	Existe na minha unidade uma pressão significante da parte dos colegas para desencorajar a prestação de serviços insegura.			
RT1	There is significant pressure from colleagues in my unit to discourage practices that are not safe for the patient.			
RT2	There is significant pressure from colleagues in my centre to discourage practices that are unsafe to the patient.			

ITEM 19				
VO	I have never witnessed a coworker do something that appeared to me to be unsafe patient care.			
T12	Eu nunca presenciei um colega de trabalho fazer algo que não me parecesse seguro para o cuidado do paciente.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Eu nunca presenciei um colega de trabalho fazendo algo que parecia, para mim, uma prática insegura ao paciente.			
T2	Eu nunca presenciei um(a) colega de trabalho fazer algo que não fosse seguro para o paciente.			
RT1	I have never witnessed a coworker doing something that did not seem to be safe patient care.			
RT2	I have never witnessed a colleague doing something that did not seem to me safe for the patient's care.			

ITEM 20				
VO	In the last year, I have done something that was not safe for the patient.			
T12	No último ano eu fiz algo que não foi seguro para o paciente.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	No último ano, eu fiz algo que não foi seguro para o paciente.			
T2	No último ano eu fiz algo que não era seguro para o paciente.			
RT1	In the last year I did something that was not safe for the patient.			
RT2	Last year, I did something that was not safe for the patient.			

ITEM 21				
VO	I am rewarded for taking quick action to identify a serious mistake.			
T12	Eu sou recompensado (a) pela rápida intervenção ao identificar um erro grave.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Eu sou recompensado por agir rápido em identificar um erro sério			
T2	Eu sou recompensado(a) por agir rapidamente para identificar um erro grave.			
RT1	I am rewarded for quick intervention to identify a serious mistake.			
RT2	I am rewarded for quick intervention when identifying a serious mistake.			

ITEM 22				
VO	My unit provides training on teamwork in order to improve patient care performance and safety.			
T12	Minha unidade oferece treinamento focando o trabalho em equipe, a fim de melhorar o desempenho no cuidado e segurança do paciente.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Minha unidade oferece treinamento para a equipe de saúde para melhorar o desempenho do cuidado ao paciente e a segurança.			
T2	Minha unidade dá treinamento focando no trabalho em equipe com o objetivo de melhorar o desempenho da atenção prestada ao paciente e a segurança.			
RT1	My unit provides training focusing on teamwork in order to improve performance in care and patient safety.			
RT2	My centre provides training focusing on teamwork in order to improve performance in care and patient safety.			

ITEM 23				
VO	Overall, the level of patient safety at this facility is improving.			
T12	Em geral, o nível de segurança do paciente nesta unidade está melhorando.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	De uma forma geral, o nível de segurança do paciente nesta unidade está melhorando.			
T2	Em geral, o nível da segurança do paciente nesta instituição está melhorando.			
RT1	In general, the level of patient safety in this unit is improving.			
RT2	In general, the level of patient safety in this centre is improving.			

ITEM 24				
VO	Patient safety decisions are made by the most qualified people, regardless of rank or hierarchy.			
T12	As decisões relacionadas à segurança do paciente são tomadas pelas pessoas mais qualificadas, independentemente da posição ou hierarquia.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Decisões relacionadas à segurança do paciente são feitas pelas pessoas mais qualificadas para tal, independentemente do cargo ou hierarquia.			
T2	Decisões relacionadas à segurança do paciente são feitas pelas pessoas mais qualificadas independente da posição ou hierarquia.			
RT1	Decisions related to patient safety are made by the most qualified people, regardless of position or hierarchy.			
RT2	Decisions related to patient safety are made by the most qualified people, regardless of position or hierarchy.			

ITEM 25				
VO	Management in my unit helps me overcome problems that make it hard for me to provide safe patient care.			
T12	O gestor de minha unidade me ajuda a superar problemas que dificultam a prestação de cuidado de forma segura ao paciente.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	A gerência da minha unidade me ajuda a superar problemas que, para mim, dificultam a prestação de cuidado seguro ao paciente.			
T2	A administração da minha unidade me ajuda a superar problemas que me atrapalham na prestação de atenção segura ao paciente.			
RT1	The management in my unit helps me to overcome problems that hinder giving care to the patient safely.			
RT2	The manager in my centre helps me overcome problems that make it difficult to provide care to the patient in a safe manner.			

ITEM 26				
VO	Mistakes have led to positive changes in my unit.			
T12	Os erros ocorridos em minha unidade têm levado à mudanças positivas no setor.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Erros levaram a mudanças positivas na minha unidade.			
T2	Erros têm levado à mudanças positivas na unidade.			
RT1	The errors that have occurred in my unit have led to positive changes in the sector.			
RT2	Errors that have occurred in my centre have led to positive changes in the sector.			

ITEM 27				
VO	Staff fell comfortable questioning the actions of those with more authority when patient safety is at risk.			
T12	A equipe sente-se confortável para questionar as ações daqueles com maior autoridade quando a segurança do paciente está em risco.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	A equipe sente-se confortável em questionar as ações de outros profissionais com maior autoridade quando a segurança do paciente está em risco.			
T2	A equipe se sente confortável para questionar as ações daqueles com mais autoridade quando a segurança do paciente está em risco.			
RT1	The team feels comfortable to question the actions of those with greater authority when patient safety is at risk.			
RT2	The team feels comfortable to question the actions of those who have more authority when the patient's safety is at risk.			

ITEM 28				
VO	Bringing patient safety problems to management's attention usually results in the problem being addressed.			
T12	Alertar o gestor sobre problemas com a segurança do paciente geralmente leva à resolução do problema.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Levar questões relacionadas à segurança do paciente para ciência da gerência geralmente resulta na resolução do problema.			
T2	Levar problemas relacionados à segurança do paciente à atenção da administração normalmente resulta no problema sendo abordado.			
RT1	Alerting the manager about problems with patient safety often leads to resolution of the problem.			
RT2	Alerting the manager about problems concerning patient safety often leads to solving the problem.			

ITEM 29				
VO	In my unit, management puts safety at a higher level of importance that meeting the schedule and productivity.			
T12	Na minha unidade, a gestão coloca a segurança em um nível mais elevado de importância do que o cumprimento do cronograma ou da produtividade.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Na minha unidade, a chefia coloca a segurança em um nível maior de importância do que o cumprimento de metas de produtividade ou programação.			
T2	Para a administração da minha unidade a segurança tem mais importância do que cumprir com o cronograma ou com a produtividade.			
RT1	In my unit, the management puts safety at a higher level of importance than the fulfillment of the schedule or productivity.			
RT2	In my centre, management puts safety at a higher level of importance than keeping to the schedule or productivity.			

ITEM 30				
VO	I have received sufficient training to enable me to address patient safety problems.			
T12	Eu recebi treinamento adequado para resolver problemas relacionados à segurança do paciente.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Eu recebi treinamento suficiente para permitir que eu resolvesse problemas relacionados à segurança do paciente.			
T2	Eu recebi treinamento suficiente que me possibilita abordar problemas de segurança do paciente.			
RT1	I received adequate training to solve patient safety-related problems.			
RT2	I received adequate training to solve problems related to patient safety.			

ITEM 31				
VO	My performance is evaluated against defined safety standards.			
T12	Meu desempenho é avaliado de acordo com os padrões estabelecidos para a segurança do paciente.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Meu desempenho é avaliado segundo padrões definidos de segurança do paciente.			
T2	Meu desempenho é avaliado em relação à padrões de segurança definidos.			
RT1	My performance is evaluated according to the standards established for patient safety.			
RT2	My performance is evaluated according to the standards established for patient safety.			

ITEM 32				
VO	In my unit, anyone found to intentionally violate standards or safety rules are corrected.			
T12	Na minha unidade, qualquer pessoa que intencionalmente viole os padrões ou regras de segurança é punida.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Na minha unidade, alguém que intencionalmente viola os padrões ou regras de segurança e é descoberto, é corrigido.			
T2	Qualquer um na minha unidade que violar deliberadamente os padrões ou regras de segurança é corrigido.			
RT1	In my unit, any person who knowingly violates the standards or safety rules is punished.			
RT2	In my centre, any person who intentionally violates the standards or safety rules is punished.			

ITEM 33				
VO	Staff freely speak up if they see something that may negatively affect patient care.			
T12	Os funcionários manifestam-se com liberdade caso observem algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	A equipe manifesta-se livremente caso veja algo que afeta negativamente o cuidado ao paciente.			
T2	A equipe fala livremente se vê algo que pode afetar negativamente a atenção prestada ao paciente.			
RT1	Employees express themselves freely if they see something that may negatively affect patient care.			
RT2	Workers freely express themselves if they observe something that may negatively affect patient care.			

ITEM 34				
VO	Whenever pressure builds up, management in my unit wants us to work faster, even if it means taking shortcuts that might negatively affect patient safety.			
T12	Sempre que a pressão aumenta, a administração da minha unidade quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso implique em abreviar tarefas, o que pode afetar a segurança do paciente de forma negativa.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Sempre que existe aumento da pressão no ambiente da unidade, a gerência quer que o trabalho seja mais rápido, mesmo que isso signifique tomar atalhos que podem afetar negativamente a segurança do paciente.			
T2	Sempre que a pressão aumenta, a administração da minha unidade quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique tomar caminhos que possam afetar a segurança do paciente de forma negativa.			
RT1	Whenever the pressure increases, the management of my unit wants us to work faster, even if it means taking shortcuts, which can negatively affect the safety of the patient.			
RT2	When pressure mounts, the management at my centre wants us to work faster, even if it means shortening tasks, which can affect patient safety negatively.			

ITEM 35				
VO	On my unit, we identify and fix safety problems before an incident actually occurs.			
T12	Na minha unidade, identificamos e resolvemos problemas de segurança antes que o incidente venha de fato a ocorrer.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Na minha unidade, nós identificamos e resolvemos problemas de segurança antes que um incidente de fato ocorra.			
T2	Na minha unidade identificamos e resolvemos problemas de segurança antes que o incidente chegue à ocorrer.			
RT1	In my unit, we identify and solve security problems before the incident will in fact occur.			
RT2	In my centre, we identify and solve safety problems before the incident actually occurs.			

ITEM 36				
VO	When I take time to communicate about patient safety problems there is appropriate follow up.			
T12	Quando dedico algum tempo para notificar os problemas relacionados à segurança do paciente, há um acompanhamento apropriado aos pacientes.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Quando eu tenho tempo para comunicar problemas relacionados à segurança do paciente, há um seguimento apropriado.			
T2	Quando eu tenho o trabalho de comunicar sobre os problemas de segurança do paciente há acompanhamento adequado.			
RT1	When I devote time to notify about patient safety-related problems, there is an appropriate follow-up for patients.			
RT2	When I devote some time to relating problems concerning patient safety, there is an appropriate follow-up for patients.			

ITEM 37				
VO	I am comfortable reporting safety concerns without fear of being punished by management.			
T12	Eu me sinto confortável em informar minhas preocupações em relação à segurança, sem medo de ser punido pelo gestor.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Eu me sinto confortável em informar minhas preocupações em relação à segurança sem medo de ser punido pela gerência.			
T2	Eu me sinto confortável em comunicar preocupações com segurança do paciente sem medo de ser punido pela administração.			
RT1	I feel comfortable to report my concerns regarding safety, without fear of being punished by the manager.			
RT2	I feel comfortable to report my concerns about safety, without being afraid of being punished by the manager.			

ITEM 38				
VO	Our process of accident and incident investigation is effective at identifying root causes.			
T12	Nosso processo de investigação de acidentes e incidentes é efetivo na identificação das causas-raízes.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Nosso processo de investigação de acidentes é efetivo em identificar as causas principais.			
T2	Nosso processo de investigação de acidentes e incidentes é efetivo na identificação da raiz das causas.			
RT1	Our process of investigation of accidents and incidents is effective in identifying the root causes.			
RT2	Our process of investigating accidents and incidents is effective in identifying the root causes.			

ITEM 39				
VO	This facility devotes sufficient resources to follow up on identified safety problems.			
T12	Essa unidade dispõe de recursos suficientes para o acompanhamento dos problemas de segurança identificados.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Essa instituição dedica recursos suficientes para o seguimento dos problemas de segurança identificados.			
T2	Esta instituição devota recursos suficientes para o seguimento de problemas de segurança identificados.			
RT1	This unit has sufficient resources to follow-up on identified safety problems.			
RT2	This centre has sufficient resources to monitor the safety issues identified.			

ITEM 40				
VO	Deliberate violations of standard operating procedures are rare in my unit.			
T12	Violações deliberadas dos procedimentos operacionais padrões são raras na minha unidade.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Violações deliberadas dos procedimentos operacionais padrões são raros na minha unidade.			
T2	Violações deliberadas de procedimentos padrão são raros na minha unidade.			
RT1	Deliberate violations of standard operating procedures are rare in my unit.			
RT2	Deliberate violations of standard operating procedures are rare in my centre.			

ITEM 41				
VO	In my unit, patient safety problems and errors are communicated to the right people so that the problem can be corrected.			
T12	Na minha unidade, os problemas e erros relacionados à segurança do paciente são comunicados às pessoas indicadas para que o problema seja corrigido.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Na minha unidade, problemas de segurança do paciente e erros são comunicados para as pessoas certas de forma que o problema possa ser resolvido.			
T2	Na minha unidade, os problemas e erros relacionados à segurança do paciente são comunicados às pessoas certas para que o problema seja corrigido.			
RT1	In my unit, problems and patient safety-related errors are reported to the right people for the problem to be corrected.			
RT2	In my centre, problems and errors related to patient safety are reported to the people recommended so that the problem is corrected.			

ITEM 42				
VO	I will be blamed if I make an error.			
T12	Serei responsabilizado se eu cometer um erro.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Eu serei culpado caso cometa um erro.			
T2	Eu serei considerado culpado se cometer um erro.			
RT1	I will be blamed if I make a mistake.			
RT2	I will be blamed if I make a mistake.			

ITEM 43				
VO	People will doubt my abilities if I ask a question.			
T12	As pessoas duvidarão das minhas habilidades se eu fizer perguntas.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	As pessoas duvidarão das minhas habilidades se eu fizer perguntas.			
T2	As pessoas irão duvidar das minhas habilidades se eu fizer perguntas.			
RT1	People will doubt my abilities if I ask questions.			
RT2	People would doubt my abilities if I ask questions.			

ITEM 44				
VO	My coworkers will lose respect for me if they know I've made a mistake.			
T12	Meus colegas de trabalho perderão o respeito por mim se eles souberem que cometi um erro.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Meus colegas de trabalho perderão o respeito por mim se souberem que eu cometi um erro.			
T2	Meus colegas de trabalho perderão o respeito por mim se eles souberem que cometi um erro.			
RT1	My coworkers would lose respect for me if they knew I made a mistake.			
RT2	My colleagues would lose respect for me if they knew I had made a mistake.			

ITEM 45				
VO	I feel embarrassed when I make a mistake in front my coworkers.			
T12	Eu me sinto envergonhado quando cometo um erro na frente dos meus colegas de trabalho.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Eu me sinto envergonhado quando cometo um erro na frente dos meus colegas de trabalho.			
T2	Eu fico envergonhado quando cometo um erro na presença dos meus colegas de trabalho.			
RT1	I feel embarrassed when I make a mistake in front of my coworkers.			
RT2	I feel embarrassed when I make a mistake in front of my colleagues.			

SEÇÃO II				
VO	Please the following information. Remember, your answers are anonymous.			
T12	Por favor, complete as seguintes informações. Lembre-se de que suas respostas são anônimas.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Por favor complete as seguintes informações. Lembre-se de que suas respostas são anônimas.			
T2	Por favor, complete as seguintes informações. Lembre-se, suas respostas são anônimas.			
RT1	Please complete the following information. Remember that your answers are anonymous.			
RT2	Please complete the following information. Remember that your answers are anonymous.			

ITEM 46				
VO	I am: Senior management – department head or above. Supervisor, but not senior management. Not a supervisor.			
T12	Eu sou: Gerente Sênior – chefe de departamento ou superior. Supervisor, mas não gerente sênior. Não sou supervisor.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Eu sou: Gerente sênior (chefe de departamento ou acima); Supervisor, mas não gerente sênior; Não sou supervisor.			
T2	Eu sou: Gerente Sênior – chefe de departamento ou superior; Supervisor mas não gerente sênior; Não sou supervisor.			
RT1	I am: Senior Manager - head of department or higher; Supervisor, but not senior manager; Not a supervisor.			
RT2	I am: Senior Manager - Head of Department or higher; Supervisor, but not Senior Manager; I am not a supervisor.			

ITEM 47					
VO	T12	T1	T2	RT1	RT2
My position is:	Meu cargo é:	Meu cargo é:	Minha posição é:	My position is:	My position is:
Physician – staff	Médico/equipe e médica	Médico	Médico(a) – equipe	Physician/medical staff	Doctor/Medical team
Resident/Intern/Fellow	Residente/Interno/Cirurgião residente	Residente/interno/ <i>fellow</i>	Residente/interno/ <i>fellow</i>	Resident/intern/surgical resident	Resident/intern/resident surgeon
RN	Enfermeira Credenciada	Enfermeira Registrada	Enfermeiro(a)	Accredited nurse	Accredited nurse
RNP	Enfermeira Licenciada em clínica geral Técnico de Enfermagem	Enfermeira Registrada <i>Practitioner</i>	---	Licensed nurse in general practice	Registered general practice nurse
LVN	Enfermeira Prática licenciada	Enfermeira Prática licenciada	---	Licensed Practical Nurse	Registered practical nurse
Nursing Assistant	Auxiliar de Enfermagem	Auxiliar de Enfermagem	Assistente de enfermagem	Nursing assistant	Nursing assistant
Pharmacist	Farmacêutico	Farmacêutico	Farmacêutico(a)	Pharmaceutical	Pharmacist
Physician Assistant	Médico assistente	Médico assistente	Médico(a) assistente	Physician assistant	Doctor's assistant
Physical Therapist	Fisioterapeuta	Fisioterapeuta	Médico(a) terapeuta	Physiotherapist	Physiotherapist
Housekeeping Aide	Ajudante de limpeza	Ajudante de limpeza	Ajudante de limpeza	Cleaning aide	Cleaning assistant
Food Technician	Técnico em nutrição	Técnico em nutrição	Tecnólogo(a) de alimentos	Nutrition technician	Nutrition technician
Respiratory Therapist	Terapeuta respiratório	Terapeuta respiratório	Terapeuta respiratório	Respiratory therapist	Respiratory therapist
Audiologist	Audiologista	Audiologista	Audiólogo	Audiologist	Audiologist
Psychologist	Psicólogo	Psicólogo	Psicólogo	Psychologist	Psychologist
Clinical Lab Technician	Técnico de laboratório clínico	Técnico de laboratório clínico	Técnico(a) de laboratório clínico	Clinical laboratory technician	Clinical laboratory technician

Ward Clerk	Clinic	Auxiliar administrativo	Auxiliar administrativo	Recepcionista da ala/clínica	Administrative assistant	Administrative assistant
Patient Travel/ Escort		Acompanhante de paciente em transferência Escolta	Acompanhante de paciente em transferência	Acompanhante de paciente	Accompanying party of patient in transfer	Caregiver in transference
Radiology Technician		Técnico de radiologia	Técnico de radiologia	Técnico radiologista	Radiology technician	Radiology technician
Occupational Therapist		Terapeuta ocupacional	Terapeuta ocupacional	Terapeuta ocupacional	Occupational therapist	Occupational therapist
Speech Pathologist		Fonoaudiólogo	Fonoaudiólogo	Fonoaudiólogo	Speech-language pathologist	Speech therapist
Other		Outros	Outros	Outro	Others	Other
Equivalência		Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()	
Observações/ Considerações						

ITEM 48					
VO	T12	T1	T2	RT1	RT2
Clinical work area:	Área de trabalho:	Área de trabalho:	Área clínica	Area of work:	Workplace:
Amb care	Ambulatório	Ambulatório	Atenção ambulatorial	Outpatient clinic	Clinic
ER	Sala de emergência	Sala de emergência	Pronto socorro	Emergency room	Emergency room
Urgent Care	Cuidado de Urgência	Cuidado de Urgência	Atenção urgente	Emergency care	Emergency care
ICU	Unidade de terapia intensiva	Unidade de terapia intensiva	UTI	Intensive care unit	Intensive Care Unit
OR	Centro cirúrgico	Centro cirúrgico	Sala de operações	Surgery center	Surgical centre
Labor Delivery &	Centro Obstétrico e Maternidade	Centro Obstétrico e Maternidade	Sala de parto	Obstetric and maternity center	Obstetrics and Maternity centre
PACU	Recuperação pós-anestésica	Recuperação pós-anestésica	Sala de recuperação pós anestesia	Post-anesthetic recovery	Post-anaesthetic recovery

Lab	Laboratório	Laboratório	Laboratório	Laboratory	Laboratory
Ward	Enfermaria	Enfermaria	Ala hospitalar	Infirmery	Ward
Home Care	Cuidado domiciliar	Cuidado domiciliar	Atendimento domiciliar	Home care	Home care
Pharmacy	Farmácia	Farmácia	Farmácia	Pharmacy	Pharmacy
Non-Clinical	Áreas não-clínicas	Áreas não-clínicas	Área não-clínica	Non-clinical areas	Non-clinical areas
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()	
Observações/ Considerações					

ITEM 49						
VO	Age: 18 - 25 26 – 30 31- 40 41 – 50 51 - 60 > 60					
T12	Idade: 18 – 25 26 – 30 31- 40 41 – 50 51 - 60 + de 60					
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()		Conceitual ()	
Observações/ Considerações						
Versões para Consulta						
T1	Idade: 18 – 25	26 – 30	31 – 40	41 – 50	51 – 60	> 60
T2	Idade: 18 – 25	26 – 30	31 – 40	41 – 50	51 – 60	> 60
RT1	Age: 18 – 25	26 – 30	31 – 40	41 – 50	51 – 60	+ 60
RT2	Age: 18 – 25	26 – 30	31 – 40	41 – 50	51 – 60	More than 60

ITEM 50				
VO	Gender: Female; Male			
T12	Sexo: Feminino; Masculino			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Sexo: Feminino; Masculino			

T2	Gênero: Feminino; Masculino
RT1	Sex: Female; Male
RT2	Gender: Female; Male

ITEM 51				
VO	How long have you been at this facility? 0 - 6 months; 6 months - 1 year; 1 - 3 years; 3 - 5 years; 5 - 10 years; > 10 years			
T12	Há quanto tempo você trabalha nesta instituição? 0 - 6 meses; 6 meses - 1 ano; 1 - 3 anos; 3 - 5 anos; 5 - 10 anos; + de 10 anos			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Há quanto tempo você trabalha nesta instituição? 0 - 6 meses; 6 meses-1 ano; 1 - 3 anos; 3-5 anos; 5 -10 anos; > 10 anos			
T2	Há quanto tempo você trabalha nesta instituição? 0 - 6 meses; 6 meses-1 ano; 1 - 3 anos; 3-5 anos; 5 -10 anos; > 10 anos			
RT1	How long have you been in this institution? 0 - 6 months; 6 months - 1 year; 1 - 3 years; 3 - 5 years; 5 - 10 years; + 10 years			
RT2	How long have you been in this institution? 0 - 6 months; 6 months - 1 year; 1 - 3 years; 3 - 5 years; 5 - 10 years; more than 10 years			

AGRADECIMENTO				
VO	Thank you for your participation.			
T12	Obrigado por sua participação.			
Equivalência	Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Observações/ Considerações				
Versões para Consulta				
T1	Obrigado por sua participação.			
T2	Obrigado por sua participação.			
RT1	Thank you for your participation.			
RT2	Thank you for participating.			

INSTRUÇÕES: Para as afirmações a seguir, por favor, assinale se você "discorda totalmente", "discorda", "não concorda nem discorda", "concorda" ou "concorda totalmente".

Caso você queira alterar alguma resposta, preencha o quadrado que corresponde à sua nova opção e faça um círculo em volta dele.

PREENCHIMENTO CORRETO



	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica
26. Os erros têm levado a mudanças positivas em minha unidade/ setor.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. A equipe sente-se confortável para questionar as ações daqueles com maior autoridade quando a segurança do paciente está em risco.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28. Alertar a gerência/ coordenação da minha unidade sobre problemas com a segurança do paciente geralmente leva à discussão sobre o problema.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29. Na minha unidade, a gerência/ coordenação coloca a segurança em um nível mais elevado de importância do que o cumprimento do cronograma e da produtividade.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30. Eu tenho recebido treinamento adequado para abordar problemas relacionados à segurança do paciente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31. Meu desempenho é avaliado de acordo com padrões de segurança definidos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32. Na minha unidade, qualquer pessoa que intencionalmente viole os padrões ou regras de segurança é corrigida.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
33. A equipe manifesta-se com liberdade caso observe algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
34. Sempre que a pressão aumenta, a gerência/coordenação da minha unidade quer que trabalhe mais rápido, mesmo que isso implique em abreviar tarefas, o que pode afetar a segurança do paciente de forma negativa.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
35. Na minha unidade, identificamos e resolvemos problemas de segurança antes que o incidente de fato ocorra.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
36. Quando dedico algum tempo para notificar os problemas relacionados à segurança do paciente, há um seguimento apropriado.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
37. Eu me sinto confortável em informar minhas preocupações em relação à segurança, sem medo de ser punido pela gerência/coordenação da minha unidade.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
38. Nosso processo de investigação de acidentes e incidentes é efetivo na identificação das causas-raízes.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
39. Essa instituição dispõe de recursos suficientes para o acompanhamento dos problemas de segurança identificados.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
40. Violações dos procedimentos operacionais padrões são raras na minha unidade.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
41. Na minha unidade, os problemas e erros relacionados à segurança do paciente são comunicados às pessoas certas para que o problema seja corrigido.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
42. Serei considerado culpado se eu cometer um erro.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
43. As pessoas duvidarão das minhas habilidades se eu fizer perguntas.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
44. Meus colegas de trabalho perderão o respeito por mim se eles souberem que cometi um erro.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
45. Eu me sinto envergonhado quando cometo um erro na frente dos meus colegas de trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

PARTE II

Por favor, complete as seguintes informações. Lembre-se de que suas respostas são anônimas.

46. Eu sou: ☐ Administrador/ Diretor da instituição. ☐ Gerente/ Coordenador da unidade. ☐ Não ocupo nenhum dos cargos.

47. Minha função é:

☐ Médico	☐ Aux. Enfermagem	☐ Terapeuta Ocupacional	☐ Nutricionista	☐ Auxiliar de limpeza
☐ Residente	☐ Assistente Social	☐ Fonoaudiólogo	☐ Técnico em nutrição	☐ Técnico de radiologia
☐ Enfermeiro	☐ Farmacêutico	☐ Odontologista	☐ Técnico de laboratório	☐ Auxiliar administrativo
☐ Téc. Enfermagem	☐ Fisioterapeuta	☐ Psicólogo	☐ Profissional do transporte de pacientes (Escolta/ Maqueiro)	☐ Outros

48. Área de trabalho (Assinale apenas UMA, aquela que você passa a maior parte do tempo)

☐ Ambulatório	☐ Centro de Material	☐ Recuperação pós-anestésica	☐ Cuidado domiciliar
☐ Pronto-Socorro/ Unidade de Emergência	☐ Centro cirúrgico	☐ Centro Obstétrico e Maternidade	☐ Farmácia
☐ Referenciada	☐ Laboratório	☐ Enfermaria/ Unidade de Internação	☐ Áreas não-clínicas
☐ Unidade de terapia intensiva			

49. Idade ☐ 18 – 25 anos ☐ 26 – 30 anos ☐ 31 – 40 anos ☐ 41 – 50 anos ☐ 51 – 60 anos ☐ + de 60 anos

50. Sexo ☐ Feminino ☐ Masculino

51. Há quanto tempo você trabalha nesta instituição? ☐ 0 - 6 meses ☐ 6 meses - 1 ano ☐ 1 - 3 anos ☐ 3 - 5 anos ☐ 5 - 10 anos ☐ + de 10 anos

Obrigada por sua participação.

Apêndice 3**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES DE MEDIDA DO INSTRUMENTO PATIENT
SAFETY CLIMATE IN HEALTHCARE ORGANIZATIONS**

Pesquisadora responsável: Marcia Raquel Panunto Dias Cunha

Orientadora: Edinêis de Brito Guirardello

Número do CAAE: 54036116.0.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos: Você está sendo convidado a participar de um estudo que tem como objetivo disponibilizar a versão brasileira de um instrumento que mensura a percepção do clima de segurança do paciente em instituições de saúde.

Procedimentos: Participando do estudo você responderá dois questionários: a versão brasileira do *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations* (45 itens), que aborda a sua percepção sobre o clima de segurança do paciente na instituição em que trabalha; e o *Safety Attitudes Questionnaire* (36 itens), que indaga a sua percepção sobre as atitudes de segurança do paciente. Para preservar o sigilo das informações, os instrumentos serão identificados apenas com uma numeração para controle do pesquisador. A duração do preenchimento

aproximada é de 15 minutos. Após, eles deverão ser entregues ao pesquisador dentro do envelope com lacre que você recebeu.

Desconfortos e riscos: Sua participação é voluntária e, mesmo que você concorde em participar da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento, sem constrangimentos. O momento para preenchimento dos questionários poderá ser acordado anteriormente de modo a não causar modificação na sua rotina de trabalho ou prejudicar o atendimento ao paciente. Os dados preenchidos serão mantidos em confidencialidade e, para assegurar o sigilo do estudo, você deverá entregar os formulários à pesquisadora no envelope fornecido com lacre. Você não deve participar deste estudo se sentir desconfortável com as questões abordadas.

Benefícios: Ao participar desta pesquisa, você não receberá benefícios diretos. Esperamos que este estudo traga informações sobre instrumento que está sendo validado e sobre o clima de segurança do paciente da instituição em que você trabalha. Você não receberá qualquer ajuda financeira para participar do estudo.

Sigilo e privacidade: Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento: A sua participação na pesquisa não envolve qualquer tipo de custo e por isso não haverá ressarcimento de despesas. O estudo será feito de acordo com seu horário de trabalho e o preenchimento do questionário será programado para não alterar sua rotina.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com os pesquisadores:

- **Marcia Raquel Panunto Dias Cunha:** Colégio Técnico de Campinas – COTUCA/Unicamp, Rua Jorge de Figueiredo Corrêa, 735, Taquaral,

9. ANEXOS

Anexo 1



**PATIENT SAFETY CLIMATE
IN HEALTHCARE ORGANIZATIONS**



INSTRUCTIONS

For the following statements, please answer if you "strongly disagree," "disagree," "neither agree nor disagree," "agree," or "strongly agree." If you wish to change an answer, fill in the square for your preferred answer and circle it.

CORRECT MARKS ☒ ☒ ☐ ☐
 INCORRECT MARKS ☒ ☐ ☐ ☐

SECTION I

This set of statements relates to your experiences regarding patient safety in your unit *and* at your facility as of today, unless otherwise noted.

Some statements refer to "my unit." Physicians and other care providers who are not unit-based should respond to these statements based on their experiences in their service, such as medicine or surgery. All others should respond to these statements based on their experiences in the work unit where they spend the majority of their time, such as ICU, 6 South, or Ambulatory Care Blue Team.

Definition: Patient Safety – Activities to avoid, prevent, or correct adverse patient outcomes which may result from the delivery of healthcare.

	Strongly Disagree	Disagree	Neither Agree nor Disagree	Agree	Strongly Agree	Not Applicable
1. Good communication flow exists up and down the chain of command regarding patient safety issues	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. I am provided with adequate resources (personnel, budget, and equipment) to provide safe patient care	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Senior management supports a climate that promotes patient safety	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Senior management has a clear picture of the risks associated with patient care	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. My unit takes the time to identify and assess risks to ensure patient safety	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Asking for help is a sign of incompetence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Senior management has a good idea of the kinds of mistakes that actually occur in this facility	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. My unit does a good job managing risks to ensure patient safety	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. If I make a mistake that has significant consequences and nobody notices, I do not tell anyone about it	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. My unit recognizes individual safety achievement through rewards and incentives	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Senior management considers patient safety when program changes are discussed	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Compared to other facilities in the area, this facility cares more about the quality of patient care it provides	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. I have learned how to do my own job better by learning about mistakes made by my coworkers	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. In the last year, I have witnessed a coworker do something that appeared to me to be unsafe for the patient	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. If people find out that I made a mistake, I will be disciplined	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. I have enough time to complete patient care tasks safely	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Clinicians who make serious mistakes are usually punished	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. In my unit, there is significant peer pressure to discourage unsafe patient care	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. I have never witnessed a coworker do something that appeared to me to be unsafe patient care	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. In the last year, I have done something that was not safe for the patient	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. I am rewarded for taking quick action to identify a serious mistake	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. My unit provides training on teamwork in order to improve patient care performance and safety	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. Overall, the level of patient safety at this facility is improving	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. Patient safety decisions are made by the most qualified people, regardless of rank or hierarchy	☐	☐	☐	☐	☐	☐

A

	Strongly Disagree	Disagree	Neither Agree nor Disagree	Agree	Strongly Agree	Not Applicable
25. Management in my unit helps me overcome problems that make it hard for me to provide safe patient care	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. Mistakes have led to positive changes in my unit	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. Staff feel comfortable questioning the actions of those with more authority when patient safety is at risk	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28. Bringing patient safety problems to management's attention usually results in the problem being addressed	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29. In my unit, management puts safety at a higher level of importance than meeting the schedule and productivity	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30. I have received sufficient training to enable me to address patient safety problems	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31. My performance is evaluated against defined safety standards	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32. In my unit, anyone found to intentionally violate standards or safety rules is corrected	☐	☐	☐	☐	☐	☐
33. Staff freely speak up if they see something that may negatively affect patient care	☐	☐	☐	☐	☐	☐
34. Whenever pressure builds up, management in my unit wants us to work faster, even if it means taking shortcuts that might negatively affect patient safety	☐	☐	☐	☐	☐	☐
35. On my unit, we identify and fix safety problems before an incident actually occurs	☐	☐	☐	☐	☐	☐
36. When I take time to communicate about patient safety problems there is appropriate follow up	☐	☐	☐	☐	☐	☐
37. I am comfortable reporting safety concerns without fear of being punished by management	☐	☐	☐	☐	☐	☐
38. Our process of accident and incident investigation is effective at identifying root causes	☐	☐	☐	☐	☐	☐
39. This facility devotes sufficient resources to follow up on identified safety problems	☐	☐	☐	☐	☐	☐
40. Deliberate violations of standard operating procedures are rare in my unit	☐	☐	☐	☐	☐	☐
41. In my unit, patient safety problems and errors are communicated to the right people so that the problem can be corrected	☐	☐	☐	☐	☐	☐
42. I will be blamed if I make an error	☐	☐	☐	☐	☐	☐
43. People will doubt my abilities if I ask a question	☐	☐	☐	☐	☐	☐
44. My coworkers will lose respect for me if they know I've made a mistake	☐	☐	☐	☐	☐	☐
45. I feel embarrassed when I make a mistake in front of my coworkers	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SECTION II

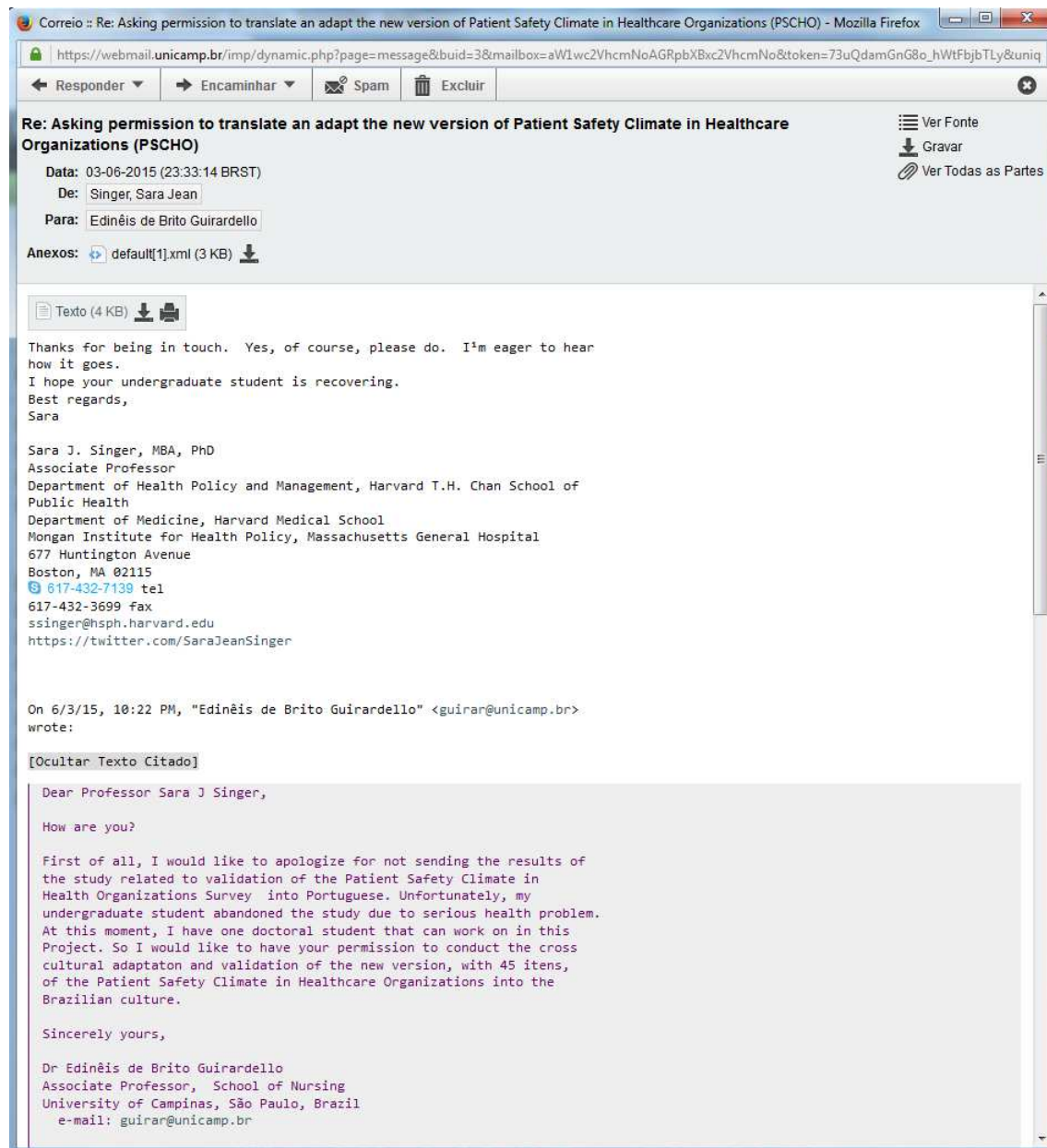
Please complete the following information. Remember, your answers are anonymous.

46. I am: ☐ Senior Management - department head or above ☐ Supervisor, but not senior management ☐ Not a supervisor
47. My position is:
- | | | | |
|---|--|--|---|
| ☐ Physician - staff | ☐ Pharmacist | ☐ Respiratory Therapist | ☐ Patient Travel/Escort |
| ☐ Resident/intern/fellow | ☐ Physician Assistant | ☐ Audiologist | ☐ Radiology Technician |
| ☐ RN | ☐ Physical Therapist | ☐ Psychologist | ☐ Occupational Therapist |
| ☐ RNP | ☐ Housekeeping Aide | ☐ Clinical Lab Technician | ☐ Speech Pathologist |
| ☐ LVN | ☐ Food Technician | ☐ Ward/Clinic Clerk | ☐ Other |
| ☐ Nursing Assistant | | | |
48. Clinical work area:
- | | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|---|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Amb Care | ☐ Urgent Care | ☐ OR | ☐ PACU | ☐ Ward | ☐ Pharmacy |
| ☐ ER | ☐ ICU | ☐ Labor & Delivery | ☐ Lab | ☐ Home Care | ☐ Non-clinical |
49. Age: ☐ 18 - 25 ☐ 26 - 30 ☐ 31 - 40 ☐ 41 - 50 ☐ 51 - 60 ☐ > 60
50. Gender: ☐ Female ☐ Male
51. How long have you been at this facility?
- ☐ 0 - 6 months ☐ 6 months - 1 year ☐ 1 - 3 years ☐ 3 - 5 years ☐ 5 - 10 years ☐ > 10 years

Thank you for your participation.

IM23107-Questar/60087C/Short Version A-PFI-54321

Anexo 2



Anexo 3

Nº _____

Data: __/__/____

Avaliação da Praticabilidade do
Patient Safety Climate in Healthcare Organizations

Início do preenchimento: ____h____

Término do

preenchimento: ____h____

Considerando o instrumento *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations* que você acabou de preencher, por favor, circule o número que representa melhor a sua resposta quanto às seguintes afirmações:

1. Eu achei fácil entender as instruções do questionário.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Não tenho opinião	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente

Sugestões:

2. Eu achei fácil entender as questões do questionário.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Não tenho opinião	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente

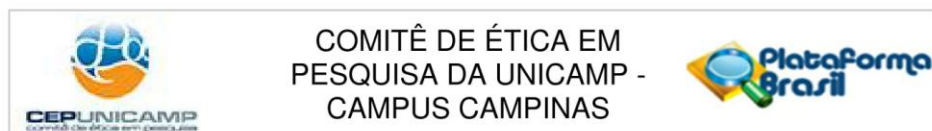
Sugestões:

3. Eu achei fácil assinalar as respostas do questionário.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Não tenho opinião	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente

Sugestões:

Anexo 5



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ADAPTAÇÃO CULTURAL E AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES DE MEDIDA DO INSTRUMENTO PATIENT SAFETY CLIMATE IN HEALTHCARE ORGANIZATIONS

Pesquisador: Marcia Raquel Panunto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54036116.0.0000.5404

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da UNICAMP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.511.805

Apresentação do Projeto:

Com o intuito de mensurar as iniciativas para o desenvolvimento da cultura de segurança, o presente estudo tem por objetivo disponibilizar o instrumento PSCHO em uma versão adaptada para a cultura brasileira. Trata-se de um estudo metodológico, em que será realizada a tradução e adaptação cultural do instrumento por meio das etapas de tradução, síntese das traduções, tradução de volta para o idioma original, avaliação por um grupo de especialistas e pré-teste. Trata-se de um instrumento de 45 itens, com escala do tipo Likert, que avalia 12 dimensões do clima de segurança, distribuídas em categorias relacionadas às contribuições do hospital, da unidade de trabalho e dos fatores interpessoais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:- Disponibilizar o instrumento Patient Safety Climate in Healthcare Organizations em uma versão adaptada para a cultura brasileira.

Objetivo Secundário:- Avaliar a confiabilidade do instrumento, por meio da consistência interna.- Avaliar a validade do PSCHO, por meio da validade de construto do tipo convergente e por grupos contrastados.- Avaliar a validade de construto por meio da análise fatorial confirmatória.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não há riscos previsíveis.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 1.511.805

Benefícios: Os sujeitos não receberão qualquer ajuda financeira e não haverá benefícios diretos com participação no estudo, no entanto, a sua participação é fundamental para a avaliação da confiabilidade e validade do instrumento Patient Safety Climate of Healthcare Organizations para a nossa cultura.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Critério de Inclusão:

- a) Experiência profissional na atual unidade de trabalho maior ou igual a três meses.
- b) Exercer carga horária de, no mínimo, 20 horas semanais.

Critério de Exclusão:

Os sujeitos que estiverem de férias ou licença serão excluídos

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Projeto inserido adequadamente na Plataforma Brasil. Folha de rosto adequada. Cronograma adequado. TCLE adequado. Orçamento descrito e de responsabilidade da pesquisadora. Questionários anexados. Carta de autorização da autora anexada.

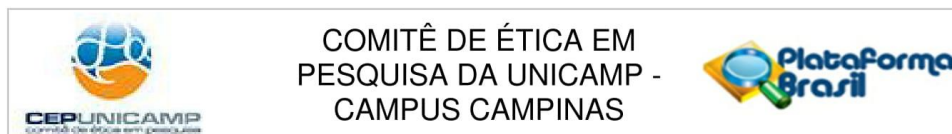
- AtestadoMatricula.pdf : Período de Ingresso 2S/2013.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A relatoria anterior solicitou que a pesquisadora citasse os locais/ambulatórios dos hospitais em questão onde serão feitas as coletas, e que anexasse os documentos de autorização. "Informo que a coleta de dados será realizada em dois hospitais de ensino: Hospital de Clínicas (HC) da Unicamp e Hospital Estadual de Sumaré (HES). Após revisão do presente projeto, estabeleceu-se que a coleta de dados será realizada junto aos profissionais médicos, de enfermagem e fisioterapia dos respectivos hospitais (página 7 do projeto). Serão considerados os profissionais de todos os serviços de assistência à saúde (Ambulatórios, Centro-Cirúrgico, Central de Materiais, Unidade de Emergência, Unidades de Internação e Unidades de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrico), tanto os que exercem assistência direta quanto os de posição gerencial. A carta de anuência do HC está representada em anexo pela folha de rosto assinada pelo Coordenador de Assistência, Dr. Antonio Gonçalves de Oliveira Filho, e pelas autorizações dos respectivos responsáveis pelos serviços médico, de enfermagem e de fisioterapia (anexo "Autorizações_HC"). A autorização do HES está representada pelo parecer do Centro de Ensino e Pesquisa da referida instituição e pelo seu superintendente, Dr. Luis Roberto Lopes (anexo "Autorizações_HES")."

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 1.511.805

TCLE:

1) Em procedimentos foram identificados os dois instrumentos que serão utilizados: a versão brasileira do Patient Safety Climate in Healthcare Organizations (45 itens), que aborda a percepção sobre o clima de segurança do paciente na instituição em que trabalha; e o Safety Attitudes Questionnaire (36 itens), que indaga a percepção sobre as atitudes de segurança do paciente. Foi esclarecido também que os instrumentos serão identificados apenas com uma numeração para controle do pesquisador, para preservar o sigilo das informações do sujeito.

2) Nos dados de contato com as pesquisadoras, incluir qual o horário que as mesmas podem ser localizadas. "Foram incluídos os respectivos horários em que as pesquisadoras estarão disponíveis pelos telefones."

3) Segundo parágrafo do TCLE - "Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo." SE não houver identificação do participante nos questionários não há como retirá-los se o participante resolver sair da pesquisa. Para atender ao critério de que o participante poderá retirar sua autorização a qualquer momento, será incluída nos instrumentos uma numeração para controle do pesquisador.

Todas as pendências foram solucionadas.

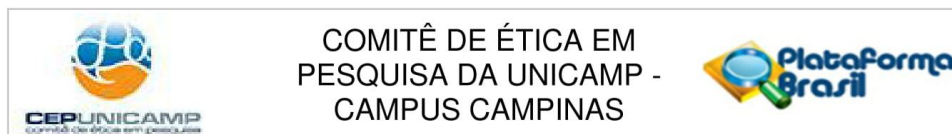
Considerações Finais a critério do CEP:

- O sujeito de pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 1.511.805

aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, “cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento”.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_676107.pdf	19/04/2016 09:13:37		Aceito
Outros	Autorizacoes_HES.pdf	19/04/2016 09:10:50	Marcia Raquel Panunto	Aceito
Outros	Autorizacoes_HC.pdf	19/04/2016 09:10:26	Marcia Raquel Panunto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_alteracoes.pdf	19/04/2016 09:03:05	Marcia Raquel Panunto	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE_alteracoes.pdf	19/04/2016	Marcia Raquel	Aceito

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

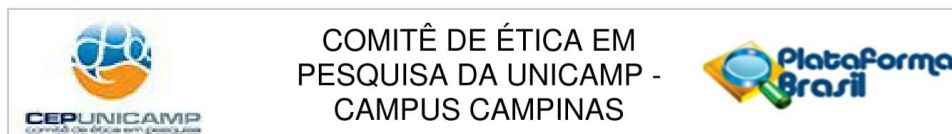
UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 1.511.805

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_alteracoes.pdf	09:02:32	Panunto	Aceito
Outros	Cartaresposta_MarciaRaquelPanunto.pdf	19/04/2016 09:01:52	Marcia Raquel Panunto	Aceito
Outros	AtestadoMatricula.pdf	10/03/2016 16:49:58	Marcia Raquel Panunto	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	09/03/2016 23:10:32	Marcia Raquel Panunto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Doutorado_CEP.pdf	09/03/2016 06:21:11	Marcia Raquel Panunto	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	08/03/2016 22:13:39	Marcia Raquel Panunto	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	08/03/2016 21:38:33	Marcia Raquel Panunto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/03/2016 21:02:00	Marcia Raquel Panunto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 25 de Abril de 2016

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br