Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

"A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro"

por

Cláudia Tartaglia Reis

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora principal: Prof.ª Dr.ª Mônica Silva Martins
Segundo orientador: Prof. Dr. Josué Laguardia

Rio de Janeiro, abril de 2013.

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta tese, intitulada

"A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro"

apresentada por

Cláudia Tartaglia Reis

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.ª Dr.ª Ana Maria Malik

Prof.ª Dr.ª Carla Simone Duarte de Gouvêa

Prof.ª Dr.ª Gina Torres Rego Monteiro

Prof.ª Dr.ª Enirtes Caetano Prates Melo

Prof.ª Dr.ª Mônica Silva Martins – Orientadora principal

Tese defendida e aprovada em 25 de abril de 2013.

Catalogação na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

R375 Reis, Claudia Tartaglia

A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. / Claudia Tartaglia Reis. Rio de Janeiro : s.n., 2013.

xiii, 203 f., il., tab., graf.

Orientador: Martins, Mônica Silva; Laguardia, Josué.

Tese (Doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

1. Segurança do paciente. 2. Qualidade da Assistência à Saúde. 3. Cultura organizacional. 4. Hospitais. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.104258

AGRADECIMENTOS

A vida não para para a realização de um curso de doutorado. As atividades cotidianas seguem o seu curso, conforme o planejado e o não planejado, e junto vem o crescimento, consequência dos momentos estimulantes, desafiadores, felizes da vida pessoal e acadêmica e também daqueles adversos, de muita tristeza, sofrimento e fragilidade pelos quais somos por vezes surpreendidos em nossa rotina diária. Agradeço às pessoas cujas contribuições foram essenciais ao longo da realização deste estudo:

- À minha orientadora Mônica Martins, o meu agradecimento especial pelos elogios motivadores, pelo conhecimento compartilhado, por sua habilidade, cuidado e "*timing*" na condução de cada etapa, pelo carinho e respeito. A você, toda a minha admiração.

- Ao meu co-orientador Josué Laguardia, por sua dedicação auxiliando-me nas diversas etapas metodológicas desse estudo, pelo carinho, pela atenção e respeito.

- À Profª Ana Glória Godoi Vasconcelos, pela acolhida e auxílio na condução e compreensão das análises fatoriais.

- Aos *experts* Priscilla Mouta Marques, Victor Grabois, Walter Vieira Mendes Júnior, Ana Tereza Cavalcanti de Miranda, Josué Laguardia e Mônica Martins pela enriquecedora participação no painel de especialistas.

- Ao corpo docente da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca pelo ensino de alta qualidade.

- À Coordenação da Pós-graduação da ENSP, em particular ao funcionário Joselmo, por sua eficiência e cordialidade na condução de nossas demandas acadêmicas.

- Ao Serviço de Gestão Acadêmica pelo apoio técnico-administrativo;

- Aos colegas de turma, em especial à Ângela, Deise, Adriano, Hayda e Carmen, pelas alegrias e angústias partilhadas ao longo desses quatro anos e que ficarão para sempre no meu coração.

- À minha cunhada Tânia, que em diversos trabalhos produzidos ao longo desse estudo, me auxiliou com sua *expertise* no inglês.

- Ao Ministério da Saúde e à Secretaria Municipal de Saúde de Cataguases, pela oportunidade e apoio para realização desta capacitação.

- Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro à realização deste estudo.

- Aos meus amores, José Marcelo, Murilo e Marcela, pela compreensão nos momentos em que estive ausente e não pude lhes dar a atenção que eu gostaria.

- Aos meus queridos pais, José (*in memorian*) e Celeste, que para mim serão sempre referência de força, determinação, humildade e generosidade.

- A Deus, por tudo, sempre.

Este estudo foi financiado pelo Ministério da Ciência e Tecnologia e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Edital Universal 14/2011, processo n^0 471764/2001-6.

RESUMO

A cultura de segurança do paciente tem recebido crescente atenção no campo das organizações de saúde. Os cuidados de saúde, cada vez mais complexos, elevam o potencial de ocorrência de incidentes, erros ou falhas, particularmente em hospitais. Uma cultura de segurança fortalecida no âmbito hospitalar emerge como um dos requisitos essenciais para melhorar a qualidade do cuidado de saúde. Avaliar o *status* da cultura de segurança no hospital permite identificar e gerir prospectivamente questões relevantes de segurança nas rotinas de trabalho. O objetivo central deste estudo foi realizar a adaptação transcultural do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) – instrumento de avaliação das características da cultura de segurança do paciente em hospitais – para a Língua Portuguesa e contexto brasileiro. Secundariamente, objetivou-se avaliar as características da cultura de segurança nos hospitais participantes. Adotou-se abordagem universalista para avaliar a equivalência conceitual, de itens e semântica. A análise de confiabilidade do instrumento foi realizada por meio da análise da consistência interna das dimensões, através do coeficiente alfa de Cronbach. A validade de constructo foi realizada por meio das Análises Fatorial Confirmatória e Exploratória. A cultura de segurança do paciente foi avaliada com a aplicação do questionário na população do estudo. A amostra foi composta por 322 profissionais que trabalham em dois hospitais de cuidados agudos. A aplicação do instrumento ocorreu entre os meses de março e maio de 2012. O questionário foi traduzido para o Português e sua versão final incluiu 42 itens. Nas etapas iniciais desta adaptação a população-alvo avaliou todos os itens como de fácil compreensão. A versão adaptada para Língua Portuguesa dos HSOPSC apresentou alfa de Cronbach total de 0,91. A Análise Fatorial Confirmatória não confirmou a estrutura dimensional de 12 fatores como no modelo original na amostra estudada. Após a exclusão de 4 itens, a Análise Fatorial Exploratória resultou em índices de ajustes adequados para um modelo com 10 fatores. Uma cultura punitiva frente aos erros, a inadequação de profissionais decorrente da sobrecarga de trabalho referida entre os respondentes e falhas na coordenação do trabalho em equipe entre as unidades do hospital foram as principais características da cultura de segurança do paciente evidenciadas na amostra do estudo. Recomenda-se que a versão adaptada do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* para o português seja testada em outras amostras no Brasil, para confirmar a sua validade e confiabilidade, avaliadas neste estudo.

Palavras-chave: Cultura organizacional; Cultura de segurança; Segurança do paciente; Tradução (processo); Validação de testes; Qualidade do cuidado de saúde; Hospital.

ABSTRACT

Patient safety culture has been receiving increasing attention in the field of health organizations. Health care is increasingly complex, raising the potential for incidents, mistakes or failures, particularly in hospitals. A stronger safety culture in hospitals emerge as one of the essential requirements to improve the quality of health care. Assessing the status of safety culture in hospitals allows one to identify and manage prospectively issues which are relevant to safety in work routines. The aim of this study was to conduct a cross-cultural adaptation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) - assessment instrument of the culture characteristics of patient's safety in hospitals - to the Portuguese language and Brazilian context. The secondary objective was to evaluate the characteristics of safety culture in the participating hospitals. Universalist approach was adopted to assess the conceptual, items and semantics equivalence. The reliability analysis of the instrument was performed by analyzing the internal consistency of the dimensions through the Cronbach alpha coefficient. The construct validity was performed by Confirmatory Exploratory Factor Analysis. The culture of patient safety was evaluated through a questionnaire applied in the study population. The sample consisted of 322 professionals working in two acute care hospitals. The application of the instrument occurred between March and May 2012. The questionnaire was translated into Portuguese and its final version included 42 items. In the early stages of this adaptation the target population considered all items easy to understand. The HSOPSC version adapted to the Portuguese language showed overall Cronbach's alpha of 0.91. The Confirmatory Factor Analysis did not confirm the 12-factor dimensional structure as in the original model in the studied sample. After the exclusion of 4 items, the Exploratory Factor Analysis resulted in rates of appropriate settings for a model with 10 factors. A punitive culture in the face of errors, the inadequacy of professionals caused by overloaded work mentioned among respondents, and failures in coordinating teamwork among hospital units were the main features of the culture of patient safety highlighted in the study sample. It is recomended that it is necessary that the adapted version of the Hospital Survey on Patient Safety

Culture to Portuguese to be tested in other samples in Brazil in order to confirm its validity and reliability, evaluated in this study.

Keywords: Organizational culture, safety culture; Patient Safety; Translation (process); Validation tests; Quality health care; Hospital.

LISTA DE QUADROS, FIGURAS, TABELAS

Quadro 1. Dimensões da qualidade do cuidado à saúde..... 8

Quadro 2. Estudos de validação psicométrica do Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) 30

Figura 1 - Modelo do Queijo Suíço..... 17

Figura 2 - Modelo da Cadeia Causal..... 20

Figura 3 – Dimensões da cultura de segurança e variáveis de resultado. mensuráveis pelo Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). 27

Figura 4. Nota da segurança do paciente, Hospital 1 e 2..... 82

Figura 5. Número de eventos relatados nos últimos 12 meses, Hospital 1 e Hospital 2 82

Tabela 1 - Avaliação da equivalência semântica entre o questionário original Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) e a versão síntese traduzida para o português. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2012. 55

Tabela 2 - Avaliação da equivalência semântica entre a retrotradução do Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) e a versão final do painel de especialistas. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2012. 60

Tabela 3 - Avaliação da compreensão verbal da Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC), RJ, Brasil, 2012 66

Tabela 4 - Gênero, *status* de contato com o paciente, grau de instrução, cargo/função e tempo de trabalho no hospital. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2012. 69

Tabela 5 - Principal área/unidade de trabalho e tempo de trabalho na atual área/unidade no hospital. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2012. 71

Tabela 6 - Respostas positivas às dimensões da cultura de segurança do HSOPSC e seus respectivos itens componentes na população do estudo, Brasil, 2012. 74

Tabela 7. Distribuição percentual médio de repostas positivas nas dimensões de cultura de segurança, população do estudo, Brasil, 2012. 81

Tabela 8 - Alfa de Cronbach das dimensões da versão traduzida do HSOPSC e seus respectivos itens componentes, Brasil, 2012. 84

Tabela 9 – Dimensão “percepção geral da segurança do paciente”, itens componentes, média, desvio-padrão, coeficiente de correlação item-total, alfa de Cronbach se o item for retirado da dimensão 87

Tabela 10 – Dimensão “frequência de relato de eventos”, itens componentes, média, desvio-padrão, coeficiente de correlação item-total, α de Cronbach se o item for retirado da dimensão 87

Tabela 11– Dimensão “ações e expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente”, itens componentes, média, desvio-padrão, coeficiente de correlação item-total, α de Cronbach se o item for retirado da dimensão 88

Tabela 12 – Dimensão “aprendizado organizacional – melhoria contínua”, itens componentes, média, desvio-padrão, coeficiente de correlação item-total, α de Cronbach se o item for retirado da dimensão 89

Tabela 13 – Dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades”, itens componentes, média, desvio-padrão, coeficiente de correlação item-total, α de Cronbach se o item for retirado da dimensão 90

Tabela 14 – Dimensão “abertura da comunicação”, itens componentes, média, desvio-padrão, coeficiente de correlação item-total, α de Cronbach se o item for retirado da dimensão 91

Tabela 15 – Dimensão “retorno da informação e comunicação sobre erro”, itens componentes, média, desvio-padrão, coeficiente de correlação item-total, α de Cronbach se o item for retirado da dimensão 91

Tabela 16 – Dimensão “respostas não punitivas aos erros”, itens componentes, média, desvio-padrão, coeficiente de correlação item-total, α de Cronbach se o item for retirado da dimensão 92

Tabela 17 – Dimensão “adequação de profissionais”, itens componentes, média, desvio-padrão, coeficiente de correlação item-total, α de Cronbach se o item for retirado da dimensão 93

Tabela 18 – Dimensão “apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”, itens componentes, média, desvio-padrão, coeficiente de correlação item-total, α de Cronbach se o item for retirado da dimensão 94

Tabela 19 – Dimensão “trabalho em equipe entre as unidades”, itens componentes, média, desvio-padrão, coeficiente de correlação item-total, α de Cronbach se o item for retirado da dimensão. 94

Tabela 20 – Dimensão “passagem de plantão/turno e transferências”, itens componentes, média, desvio-padrão, coeficiente de correlação item-total, α de Cronbach se o item for retirado da dimensão 95

Tabela 21 – Correlações Policóricas entre as dimensões sobre segurança do paciente do HSOPSC adaptado nos hospitais de estudo 96

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 1
OBJETIVOS 5
Geral 5
Específicos 5
CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA 6
1.1 A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado em saúde6
1.2 A Cultura Organizacional 9
1.2.1 Cultura e Clima de Segurança 12
1.2.2 A cultura de segurança como fator contribuinte ao cuidado inseguro passível de intervenções 15
1.3 A Avaliação da Cultura de Segurança 21
1.4 Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) 24
CAPÍTULO II – MATERIAIS E MÉTODOS 34
2.1 Desenho do estudo 34
2.1.1 Etapas iniciais da Adaptação Transcultural do HSOPSC 34
2.1.1.1 Avaliação da equivalência conceitual e de itens 35
2.1.1.2 Avaliação da equivalência semântica e idiomática 36
2.1.2 Estudo seccional e avaliação psicométrica 38
2.1.2.1 Universo do Estudo 38
2.1.2.2 População, amostra e período do estudo 40
2.1.2.3 Aplicação do instrumento na população do estudo 40
2.1.2.4 Limpeza, tratamento e análise dos dados 41
2.2 Considerações Éticas 48
CAPÍTULO III – RESULTADOS 49
3.1 Resultados 49
3.1.1 Etapas iniciais da Adaptação Transcultural do HSOPSC 49
3.1.2. Estudo seccional – percepção da segurança do paciente e propriedades psicométricas do instrumento de mensuração 66
3.1.2.1Avaliação da cultura de segurança 71
3.1.2.2 Análise das propriedades psicométricas do HSOPSC 81
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO 98
4.1 Etapas iniciais da Adaptação Transcultural do HSOPSC 98

4.2 Estudo seccional – aplicação do HSOPSC para avaliar as propriedades psicométricas e a percepção da cultura de segurança.....100
4.2.1 Avaliação da cultura de segurança 102
4.2.2. Análise das propriedades psicométricas do HSOPSC.....105
CAPÍTULO V – CONCLUSÃO..... 110
ANEXOS 121
APÊNDICES 130

APRESENTAÇÃO

A segurança do paciente é um componente crítico de melhoria da qualidade do cuidado de saúde em todo o mundo, visto que constitui globalmente um grave problema de saúde pública. Estimativas de países desenvolvidos indicam que pelo menos um em cada dez pacientes que recebem cuidados assistenciais hospitalares sofre danos ou lesões decorrentes dos mesmos, denominados eventos adversos. As consequências desses eventos podem ser graves ou fatais, e extremamente dispendiosas para suas vítimas e para os sistemas de cuidados de saúde. Por consequência, cresce o reconhecimento da classe médica e de gestores da saúde sobre a importância da segurança do paciente e sobre a necessidade de se buscar melhorias nos sistemas de prestação de cuidados de saúde, voltadas à prevenção de erros, ao aprendizado a partir dos erros ocorridos, e para a promoção de uma cultura de segurança que envolva os profissionais de saúde e a organização como um todo.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a segurança do paciente é definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (WHO, 2009).

A magnitude do problema, a nível hospitalar, foi evidenciada pelos resultados do *Harvard Medical Practice Study* (Brennan *et al*., 1991; Leape *et al*., 1991), onde a frequência dos danos sofridos pelos pacientes em decorrência do tratamento médico em hospitais americanos foi sistematicamente investigada. A estimativa da incidência de eventos adversos foi de 3,7% do total de internações, sendo que 13,6% desses eventos evoluíram para óbito. Os pesquisadores revelaram que mais da metade dos eventos adversos poderiam ter sido evitados.

Posteriormente, a publicação do *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA) intitulada "*To err is human*" (Kohn *et al*., 1999) alertou o público sobre os riscos decorrentes do moderno cuidado de saúde. A mesma chamou a atenção das instituições de saúde para a importância de se considerar a aplicação de

técnicas de segurança adotadas em outras indústrias, tais como as de alto risco[1], cujo foco primário está no sistema, ao invés de nos indivíduos; e ainda, enfatizou a necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança a nível organizacional, como medida fundamental ao processo de melhoria da segurança do paciente no contexto hospitalar.

Desde então, partilhar uma cultura de segurança positiva nas instituições de saúde emerge como um dos requisitos essenciais para reduzir a ocorrência de eventos adversos tal quanto possível, por meio do aprendizado proativo a partir dos erros, e redesenho dos processos, para fins de evitar a ocorrência de erros ou incidentes (Handler *et al*., 2006).

A cultura de segurança é definida como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e proficiência da administração de uma organização saudável e segura (Health and Safety Comission, 1993). O primeiro passo para se estabelecer uma cultura de segurança efetiva em uma organização de saúde é avaliar a cultura corrente (Pronovost *et al*., 2004) . A partir dessa avaliação, tem-se acesso às informações dos funcionários a respeito de suas percepções e comportamentos relacionados à segurança, permitindo identificar as áreas mais problemáticas para que se possa planejar e implementar intervenções (Sorra & Nieva, 2004).

Uma variedade de instrumentos com diferentes características estão disponíveis para avaliar a cultura de segurança do paciente em serviços de saúde (Halligan & Zecevic, 2011). Um questionário, intitulado *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) (Sorra & Nieva, 2004) desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), tem sido amplamente utilizado nos EUA (Sorra *et al*., 2008) e Inglaterra (Handler, 2006). Ele é considerado um instrumento válido, confiável, eficiente e um dos instrumentos mais utilizados mundialmente para mensurar cultura de segurança do paciente (Flin *et al*., 2006; Colla *et al*., 2005; Jackson *et al*., 2010).

[1] Indústrias as quais envolvem alto risco de morbimortalidade, também conhecidas como extremamente seguras, como por exemplo, a indústria de energia nuclear e da aviação.

Há uma série de razões para uma organização hospitalar utilizar questionários para avaliar questões relacionadas à cultura de segurança: questionários podem ser utilizados como uma ferramenta diagnóstica para auxiliar na identificação de áreas as quais necessitam melhorias; são muito adequados para avaliar iniciativas de segurança do paciente, avaliam mudanças ao longo do tempo e fazem comparações com referências de dados externos (Nieva & Sorra, 2003).

No Brasil, uma versão do HSOPSC foi traduzida para o português e aplicada aos profissionais de hospitais no estado de São Paulo. Evidenciou-se que as organizações hospitalares estudadas possuíam uma cultura de ações punitivas frente aos erros (Clinco, 2007).

Em uma iniciativa institucional para avaliar o comportamento dos funcionários em relação à cultura de segurança do paciente, um hospital privado de grande porte também utilizou o HSOPSC como instrumento no Brasil. Os dados obtidos foram comparados aos disponibilizados no banco de dados da AHRQ para instituições de mesmas características e número de leitos (Zimmer *et al*., 2009).

Nos dois estudos supra-citados, não foram mencionadas a realização de validação transcultural e análises psicométricas das versões do HSOPSC traduzidas para o português.

Para que os resultados obtidos sejam indicadores confiáveis de cultura de segurança para os administradores de saúde, o instrumento utilizado na avaliação precisa alcançar o mais alto padrão de mensuração possível (Flin, 2007).

A pergunta central que suscita a realização deste estudo é: o HSOPSC é passível de ser traduzido para o português e adaptado para uso no contexto hospitalar brasileiro e possibilitar a avaliação das características da cultura de segurança do paciente em profissionais de hospitais no Brasil em semelhança à sua *performance* na cultura em que ele se originou? No intuito de buscar essa resposta, o tema central deste estudo é a validação do questionário HSOPSC, contemplando sua adaptação transcultural e análises de suas propriedades psicométricas, para que o mesmo possa ser preciso na avaliação da cultura de segurança do paciente no contexto das organizações hospitalares no Brasil.

A cultura de segurança do paciente é um tema relativamente pouco estudado no Brasil, e o aprimoramento desse instrumento somará possibilidades à melhoria da qualidade do cuidado de saúde prestado aos pacientes nas organizações hospitalares.

A apresentação do estudo foi dividida em quatro capítulos.

O primeiro capítulo apresenta a segurança do paciente como campo de pesquisa e descreve temas centrais do estudo – cultura organizacional, cultura de segurança, clima de segurança, avaliação da cultura de segurança, e finaliza com a apresentação do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), objeto desse estudo.

O segundo capítulo descreve a metodologia utilizada, as etapas da adaptação transcultural do instrumento, da pesquisa de campo, e as estratégias de análises dos dados.

O terceiro capítulo apresenta os resultados obtidos nas diversas etapas percorridas da metodologia.

O quarto capítulo apresenta a discussão dos resultados e as limitações do estudo.

O quinto capítulo apresenta as conclusões.

Os artigos originados deste estudo são apresentados nos apêndices.

OBJETIVOS

Geral

- Realizar a adaptação transcultural e a avaliação psicométrica do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) traduzido para o português e adaptado ao contexto hospitalar brasileiro.

Específicos

- Traduzir o HSOPSC para o português e uso no contexto hospitalar brasileiro;
- Avaliar a equivalência conceitual, semântica e de itens da versão do HSOPSC traduzida para o português;
- Avaliar as características da cultura segurança do paciente entre profissionais de hospitais públicos e privados de ensino;
- Avaliar a confiabilidade da versão adaptada do HSOPSC por meio da consistência interna;
- Avaliar a validade do HSOPSC por meio da análise fatorial.

CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA

1.1 A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado em saúde

Em anos recentes, a segurança do paciente tem recebido ênfase internacional, como um problema inerente ao moderno sistema de cuidados de saúde[2], mas a relação entre os processos de cuidados de saúde e os resultados provenientes dos mesmos não constitui um dilema simplesmente associado aos avanços tecnológicos. Em 1854, durante a guerra da Criméia, Florence Nightingale colheu dados sobre a mortalidade de soldados, e percebeu que muitos deles estavam morrendo por complicações patológicas evitáveis adquiridas no hospital, com uma taxa de mortalidade mais elevada do que a que estava ocorrendo entre os soldados nos campos de batalha. Após introduzir ações para melhorar a higienização e a padronização dos cuidados de saúde, Florence conseguiu reduzir a taxa de mortalidade entre os soldados no hospital (Shell & Karen, 2008).

Posteriormente, Ernest Codman, cirurgião americano, formulou a proposta "*The End Result System Standardization*", uma iniciativa inovadora no sistema de gerenciamento de resultados que propunha um sistema de padronização para os cuidados hospitalares, visando a melhoria dos resultados. Em sua proposta, o hospital deveria acompanhar o paciente tempo suficiente para determinar se o tratamento alcançara seus resultados. Caso contrário, o hospital deveria investigar as causas e corrigir as falhas para obter sucesso no futuro. Ele acreditava, naquela época, que a obediência a padrões relevantes aumentaria a probabilidade de resultados positivos para os pacientes (Donahue & O'Leary, 2000). Em 1918, o Programa de Padronização de Hospitais (*Hospital Standardization Program*) foi adotado do pelo Colégio Americano de Cirurgiões (*American College of Surgeons*).

[2] Os sistemas de cuidados de saúde, nesse contexto, se referem às estruturas organizacionais públicas e privadas de atenção à saúde da população, as quais abrangem cuidados preventivos, de tratamento e reabilitação.

Na primeira metade do século XX, após a II Guerra Mundial, Edward Deming e Joseph Juran desenvolveram no Japão a Teoria da Melhoria Contínua da Qualidade, cujos princípios de procura contínua por oportunidade de melhoria de todos os processos na indústria, denominado Qualidade Total, foram estendidos posteriormente ao setor saúde por Berwick (1989).

Na segunda metade do século XX, a abordagem sobre qualidade do cuidado de saúde emergiu nos Estados Unidos da América (EUA) a partir do trabalho de Donabedian (1980). Segundo esse autor, a avaliação da qualidade é o julgamento a respeito do processo de cuidado, baseado na medida do quanto este contribui para resultados desejáveis. Inspirado na teoria dos sistemas, ele definiu um modelo para avaliar o cuidado em saúde conhecido pela tríade “estrutura – processo – resultado”, propondo ainda uma padronização de conceitos e nomenclatura. A “estrutura” inclui a infra-estrutura física e os sistemas de apoio, a engenharia biomédica, a forma como os serviços são organizados no que diz respeito a recursos humanos, escalas de serviço e disponibilidade de equipamentos e suprimentos necessários; o “processo” refere-se ao cuidado ao paciente, à fidelidade com que os protocolos e intervenções são realizadas – como a estrutura é usada dentro do sistema; e o “resultado” diz respeito ao impacto desses processos sobre o estado de saúde do paciente e para a organização (Donabedian, 1980).

A partir daí, surgem diversos conceitos de qualidade em saúde relacionados à prestação de cuidados e aos serviços de saúde. Embora a literatura apresente diversas definições (Blumenthal, 1996) pode-se considerar a formulada pelo *Institute of Medicine* (IOM) como a mais frequentemente empregada; essa organização define qualidade do cuidado de saúde como o grau em que os serviços prestados ao paciente diminuem a probabilidade de resultados desfavoráveis e aumentam a probabilidade de resultados favoráveis, de acordo com o conhecimento científico corrente (Kohn *et al*., 1999). Ao longo do tempo, os atributos ou dimensões que conformam definições complexas do termo qualidade do cuidado foram revistos e ampliados (Gomes, 2008). O Quadro 1 ilustra as dimensões ou atributos da qualidade, e seus respectivos autores, com destaque para a inserção mais recentemente da segurança como um dos atributos ou dimensões da qualidade em saúde. Segurança do paciente é definida como a redução

do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável, e do risco da probabilidade de ocorrência de um acidente (Runciman *et al*., 2009).

Quadro 1. Dimensões da qualidade do cuidado à saúde

Autoria	Dimensões da qualidade do cuidado à saúde
Brook *et al*. (1977)	Componente técnico: - Processo diagnóstico - Processo terapêutico – "arte" do cuidado - Interação médico-paciente.
Donabedian (1980)	- Acessibilidade e disponibilidade - Qualidade técnico-científica - Relações interpessoais - Continuidade
Holland (1983); Long (1985)	- Eficiência - Efetividade
Donabedian (1990)	- Efetividade - Eficácia - Eficiência - Otimização - Aceitabilidade - Acessibilidade - Relação médico-paciente - Amenidades -Conformidade com as preferências do paciente - Legitimidade - Equidade
Aday *et al*. (1993)	- Eficiência - Efetividade
Institute of Medicine (2001)	**- Segurança** - Efetividade - Centralidade no paciente - Oportunidade - Eficiência - Equidade

O primeiro artigo, postado no Apêndice A, complementa a compreensão do tema da segurança do paciente enquanto dimensão da qualidade do cuidado de saúde. O texto destaca a magnitude do problema dos eventos adversos, os fatores contribuintes à ocorrência dos mesmos e apresenta uma breve evolução histórica das iniciativas internacionais e nacionais para a segurança do paciente.

1.2 A Cultura Organizacional

Os estudos com enfoque na cultura organizacional tiveram seu ápice na década de 80 do século XX. Incorporados à Teoria das Organizações, às análises administrativas e ao cotidiano das empresas, esses estudos passaram a ser frequentes, visto que os aspectos culturais são imprescindíveis em qualquer tipo de análise e prática organizacional (Freitas, 1997).

Uma organização consiste em um agrupamento de pessoas que se reune de forma estruturada, deliberada e em associação, traçando metas para alcançar objetivos planejados e comuns a todos os seus membros (Lacombe & Heilborn, 2003). A natureza das relações vivenciadas dentro da organização e o modo pelo qual as pessoas se relacionam podem ser considerados o capital social da organização, sendo sua cultura o elemento mais importante (Goffee e Jones, 1998).

O crescente interesse pela cultura organizacional na literatura sobre organizações deu-se a partir da percepção de que as teorias existentes não dispunham de instrumentos e métodos que permitissem compreender a natureza complexa das organizações, particularmente em contextos de mudança, em que se busca melhoria de desempenho ou aumento de competitividade. Nesse contexto, o estudo da complexidade das organizações envolve a compreensão da natureza das relações humanas como base para se conhecer as reações às mudanças dos diferentes grupos que compõem a organização, assim como a dinâmica de relações de poder existentes (Barreiros, 2002).

A cultura organizacional é descrita por Schein (1991) como um conjunto de pressupostos básicos que um grupo criou, descobriu ou desenvolveu ao aprender a lidar com problemas de adaptação externa e integração interna. Esses pressupostos,

por terem funcionado razoavelmente bem, são considerados válidos e ensinados a novos membros, como a forma correta de perceber, pensar e sentir, em relação a esses problemas. Para o autor, a cultura organizacional influencia o caminho através do qual os funcionários aprendem e partilham o conhecimento.

Toda cultura apresenta-se em três diferentes níveis: artefatos, valores compartilhados e pressupostos básicos (Schein, 1992). Os artefatos constituem o primeiro nível da cultura, o mais superficial, visível e perceptível. Os artefatos são as coisas concretas que cada um vê, ouve e sente quando se depara com uma organização. Eles abrangem os produtos, serviços e padrões de comportamento dos membros da organização e se expressam no modo como as pessoas se vestem, se comportam, sobre o que elas conversam e o que elas consideram importante e relevante. Os valores compartilhados, em segundo nível, são valores relevantes que se tornam importantes para as pessoas e que definem as razões pelas quais elas fazem o que fazem. As pressuposições básicas constituem o nível mais íntimo, profundo e oculto da cultura organizacional. São as crenças inconscientes, percepções, sentimentos e pressupostos predominantes e nos quais as pessoas creem. A cultura orienta a maneira de fazer as coisas na organização muitas vezes por meio de pressuposições não escritas nem sequer faladas.

Brown (1998) considera a cultura organizacional e o desenvolvimento de recursos humanos como conceitos interrelacionados. A comunicação, um dos elementos culturais, é vista como um processo (Freitas, 1997). As pessoas interagem por meio de verbalizações e comportamentos não-verbais. Os significados negociados nesse processo tornam-se aceitos e assumidos como verdade. O comportamento que reflete esses significados é transformado em modelo que reforça os valores e crenças dos atores, sendo repassados aos demais.

Segundo Mintzberg (2010), a definição de cultura é debatida interminavelmente pelos antropólogos. Para o autor, a cultura é essencialmente composta de interpretações do mundo e das atividades e artefatos que as refletem. Além da cognição, essas interpretações são compartilhadas coletivamente, em um processo social.

A cultura organizacional é positivamente correlacionada com o comportamento do líder. O líder influencia no desenvolvimento de comportamentos, valores e crenças de seus subordinados, possibilitando o fortalecimento da cultura organizacional (Yafang, 2011). Para Westrum (2004), a ideia subjacente é de que o líder, através de suas preocupações, configure a cultura de uma unidade ou organização. Por meio de ações simbólicas, o líder demonstra suas preferências e comunica o que considera importante. Essas preferências tornam-se as preocupações dos funcionários da organização, visto que poderão representar a concessão de recursos, recompensas ou punições.

Três diferentes culturas organizacionais são propostas por Westrum (1993): a patológica, a burocrática e a geradora. A fase mais imatura da organização teria uma cultura patológica, onde as falhas são encobertas, a informação ocultada e novas ideias são esmagadas. Há um desencorajamento ativo em compartilhar e aprender com os outros. Uma cultura intermediária, em termos de maturidade, seria a burocrática. Ela desenvolve sistemas para lidar com o fluxo das informações; a informação é coletada, mas pode ser ignorada. Novas ideias são vistas como tentativas de se criar problemas e aprender e partilhar é tolerado, mas não incentivado. Na cultura geradora, a informação é ativamente procurada e os profissionais são treinados para coletá-las. Novas ideias são bem-vindas e mediante a ocorrência de falhas, investigações são conduzidas, ao invés de encobri-las ou buscar o culpado.

1.2.1 Cultura e Clima de Segurança

O termo “cultura de segurança” difundiu-se a partir do acidente nuclear de Chernobyl em 1986, considerado o pior acidente na história da geração de energia nuclear; uma “cultura de segurança fraca” foi atribuída como principal causa do acidente, de acordo com a *International Atomic Energy Agency* (IAEA). A cultura de segurança foi então conceituada como o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e grupais que determinam o estilo, a proficiência e o compromisso da gestão de uma organização saudável e segura. Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas pela comunicação fundamentada na confiança mútua, pela percepção comum da importância da segurança e confiança na efetividade de medidas preventivas (Health and Safety Comission, 1993).

Logo após o acidente de Chernobyl, dois acidentes graves, o *Piper Alpha* e o *King Cross,* relacionaram falhas humanas, administrativas e organizacionais às falhas de cultura de segurança como causas dos acidentes em seus respectivos relatórios (Flin *et al.*, 2000). A partir daí, a cultura de segurança passou a ser discutida por diversas indústrias com a finalidade de melhorar a segurança, especialmente, pelas organizações de alta confiabilidade, conhecidas por serem extremamente seguras e consideradas de alto risco, como a indústria da aviação, da energia nuclear, e de óleo e gás (Cox & Flin, 1998).

A tipologia tripla de cultura organizacional proposta por Westrum (1993) foi posteriormente adaptada para a cultura de segurança por Hudson (2003) que a estendeu a um modelo de 5 níveis de evolução de maturidade:

1) Patológica: a segurança é um problema causado pelos trabalhadores; a preocupação com a segurança traduz-se por não ser pego por agentes reguladores;
2) Reativa: ações corretivas são tomadas após a ocorrência de incidentes; a segurança passa a ser vista como algo sério;

3) Calculada: a segurança é gerenciada administrativamente, através da coleta de dados; melhorias são impostas pelos gerentes;
4) Proativa: funcionários da organização passam a tomar iniciativas para melhoria da segurança; ocorre a melhoria dos processos;
5) Participativa: ocorre a participação ativa dos funcionários de todos os níveis; a segurança é vista como parte inerente ao negócio.

Mais recentemente, o foco na construção de uma cultura de segurança integra a preocupação das organizações que prestam cuidados de saúde. A publicação do Institute of *Medicine To Err is Human* (Kohn *et al*., 1999) enfatizou a necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança a nível organizacional, como medida fundamental ao processo de melhoria da segurança do paciente no contexto hospitalar. A partir desse marco, tem crescido o número de estudos que demonstram a importância da cultura de segurança para a melhoria da segurança do cuidado de saúde (Halligan & Zecevic, 2011).

Nieva e Sorra (2003) adaptaram para o contexto das organizações de saúde o conceito de cultura de segurança do paciente. Ela é descrita pelas autoras como o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e proficiência da administração de uma organização de saúde com a gestão da segurança do paciente. Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por boa comunicação entre os profissionais, confiança mútua e percepções comuns sobre a importância de segurança e efetividade de ações preventivas. Uma organização com uma cultura de segurança efetiva é aberta e justa com seus funcionários quando incidentes ocorrem; os funcionários sentem-se motivados a relatar o erro; aprende-se com os erros ao invés de culpar os indivíduos, e procura-se olhar para o que deu errado dentro do sistema (Health and Safety Comission, 1993; Cox & Cox, 1991).

Segundo a OMS, uma ampla gama de estudos suporta o conceito de que uma condição-chave para a cultura de segurança em organizações de alto-risco, incluindo as organizações prestadoras de cuidados de saúde, reside em um conjunto de crenças

partilhadas que sustentam práticas seguras entre os profissionais que nelas trabalham. Tal cultura é marcada pela comunicação aberta, trabalho em equipe, reconhecimento da dependência mútua e a primazia da segurança como uma prioridade em todos os níveis da organização (WHO, 2009).

A *International Civil Aviation Organization* considera que uma cultura de segurança positiva em uma organização é composta pela postura de seus gerentes seniores e líderes, caracterizada por forte ênfase na segurança, através da disposição em aceitarem críticas, serem abertos a opiniões contrárias, promoverem um clima que incentiva o *feedback*, e valorizando a importância de se comunicar sobre informações pertinentes à segurança. O *feedback* inclui a comunicação sobre a ocorrência de erros e a descrição dos fatores envolvidos em sua ocorrência. A gestão da organização deve promover regras de segurança realistas e viáveis e garantir que as equipes sejam bem treinadas e educadas sobre as consequências de atos inseguros (Oña, 2012). Os funcionários também exercem um papel fundamental na construção da cultura de segurança, por meio de sua compreensão dos riscos do ambiente de trabalho e na realização do trabalho, considerando os parâmetros de segurança estabelecidos para o desempenho de suas funções. O fato dos funcionários dependerem de um sistema de gestão de segurança efetivo é um bom sinal de cultura de segurança positiva, principalmente se há o envolvimento dos funcionários na construção desse sistema (Oña, 2012).

Nos estudos sobre cultura de segurança, observa-se, na literatura, o emprego de diferentes terminologias (Zhang *et al*., 2002; Flin *et al*., 2006; Halligan & Zecevic, 2011). O termo “clima de segurança” é utilizado com pouca ou nenhuma diferenciação do termo “cultura de segurança” tanto em estudos com foco nas organizações industriais (Zohar, 1980; Zhang *et al*., 2002) como naqueles voltados às organizações de cuidados de saúde (Flin *et al*., 2006; Halligan & Zecevic, 2011). Não é raro o uso de ambos os termos de maneira intercambiável (Cox & Flin, 1998). O termo “clima de segurança” foi primeiramente definido por Zohar como sendo uma síntese das percepções a respeito do ambiente de trabalho que são partilhadas pelos funcionários (Zhang *et al*., 2002). Posteriormente, Williamson *et al*. (1997) definiram esse termo como um conceito-síntese que descreve a ética da segurança em uma organização ou

local de trabalho e que poderia predizer o comportamento dos empregados com respeito à segurança naquele ambiente. Embora seja utilizado em pesquisas como sinônimo de cultura de segurança, o termo clima de segurança é definido como as características superficiais da cultura de segurança, a partir das atitudes e percepções dos indivíduos em um determinado ponto no tempo, ou como os componentes mensuráveis da cultura de segurança (Gaba *et al*. 2003; Colla *et al*. 2005).

Ainda que os termos cultura e clima de segurança sejam conceitualmente distintos como descrito acima, eles serão tratados neste estudo como sinônimos em consonância com a literatura na área de segurança do paciente. Especificamente, optou-se pela utilização preferencial do termo cultura de segurança.

1.2.2 A cultura de segurança como fator contribuinte ao cuidado inseguro passível de intervenções

O objetivo de intervenções na área de segurança do paciente é reduzir, a um mínimo possível, os riscos de danos desnecessários associados ao cuidado de saúde prestado (Runciman *et al*., 2009). Uma das formas de melhorar a segurança do cuidado de saúde é melhorar o sistema no qual a prestação de cuidados ao paciente está inserida. Sistemas complexos e de alta tecnologia estão sujeitos a raros, mas normalmente catastróficos acidentes organizacionais, em que uma variedade de fatores contribuintes se combina para romper diversas barreiras e salvaguardas (Reason, 2004).

A OMS conceitua fatores contribuintes ao cuidado inseguro como circunstâncias, ações ou influências que desempenham um papel na origem ou no desenvolvimento de um incidente ou no aumento do risco de um incidente; e afirma que um simples incidente de segurança do paciente é tipicamente a consequência da combinação de mais de um fator contribuinte. Os fatores contribuintes aos cuidados inseguros constituem os fatores relacionados aos pacientes (co-morbidades, limitações físicas e mentais), fatores humanos (relacionados aos profissionais), fatores relacionados ao sistema (organização, cultura, ambiente de trabalho) e fatores externos à organização (WHO, 2009).

A cultura de segurança é cada vez mais valorizada no âmbito das organizações de saúde, pois a sustentabilidade de uma cultura de segurança positiva orienta o comportamento dos profissionais de saúde na construção de uma visão de alta prioridade voltada à segurança (Nieva & Sorra, 2003). A cultura da culpabilidade preponderante nas organizações de saúde, segundo Leape *et al*. (1998) deve dar lugar a uma cultura voltada à aprendizagem a partir dos erros, onde as informações decorrentes dos mesmos sejam partilhadas. Para isso é fundamental reconhecer a falibilidade humana, conhecer os erros os quais ocorrem no ambiente de trabalho e, a partir daí, possibilitar alterações no delineamento dos sistemas de prestação de cuidados, reduzindo os fatores contribuintes ao cuidado inseguro.

James Reason, professor de psicologia da Universidade de Manchester, utilizou amplamente o conceito de erro humano em seus estudos, inicialmente direcionados à área da aviação, posteriormente às indústrias de grande porte, e mais recentemente, à área da saúde. A segurança do paciente e a capacidade de adaptação das instituições de saúde em relação aos riscos humanos e operacionais inerentes ao processo de trabalho são o foco central desses estudos, os quais têm por objetivo criar instrumentos para manejo do ato inseguro (Nascimento & Travassos, 2010).

Segundo Reason (2003), o objetivo dos sistemas e organizações de alta complexidade, como é o caso das organizações de saúde, é tornar-se resiliente, robusto e praticável em face das situações que envolvem riscos humanos e operacionais, e por consequência, a ocorrência do erro. A premissa é de que os seres humanos cometem falhas, e que, portanto, erros são esperados. Os erros são consequências, e não causas. E embora não possamos mudar a condição humana, podemos mudar as condições sobre as quais os seres humanos trabalham, criando defesas no sistema (Reason, 2000).

O conceito de segurança do paciente aponta para as deficiências do sistema de prestação de cuidados de saúde, em sua concepção, organização e funcionamento, como principais fatores responsáveis pela ocorrência por danos ocasionados pelo cuidado de saúde ao invés de culpar os indivíduos, isoladamente. Os incidentes podem ser resultado de problemas na prática, produtos, processos ou sistemas. As organizações de saúde são complexas. A ocorrência de incidentes é consequência de

um encadeamento de fatores sistêmicos, os quais incluem as estratégias de uma organização, sua cultura, práticas de trabalho, abordagem à gestão de qualidade, prevenção de riscos, e à capacidade de aprendizagem a partir dos erros (WHO, 2004).

Reason *et al*. (2001) propuseram o Modelo do "queijo suíço" para elucidar a compreensão do caráter multifatorial subjacente às falhas de segurança. Neste modelo, as vulnerabilidades do sistema de saúde são comparadas aos buracos de um queijo suíço. A causa dos acidentes estaria relacionada às falhas ativas e latentes. A fonte do problema seria frequentemente desencadeada por múltiplos fatores; como se a ocorrência dos eventos adversos se devesse ao alinhamento de diversos "buracos", que seriam as falhas estruturais ou pontuais, má prática ou descuido dos profissionais de saúde, comportamentos inseguros, ou comportamentos de risco por parte dos pacientes. As falhas ativas seriam atos inseguros ou omissões, cometidos por indivíduos, cujas consequências resultariam em um evento adverso imediato para o paciente; elas podem acontecer devido a um erro (ex: pegar uma seringa errada), à quebra de regras ou pela assunção de riscos. As falhas latentes, entretanto, constituem características existentes no sistema, as quais permanecem ocultas, até que um evento ou incidente ocorra e as exponham. Em hospitais, essas condições podem se relacionar às condições de trabalho, à supervisão inadequada, falta de treinamento, ambiente estressante, sobrecarga de trabalho e sistemas de comunicação inadequados. Essa metáfora do Queijo Suíço (Figura 1) descreve um modelo explicativo onde as fatias do queijo representam camadas sucessivas de defesas, barreiras e salvaguardas que podem ser penetradas, ocasionando danos.

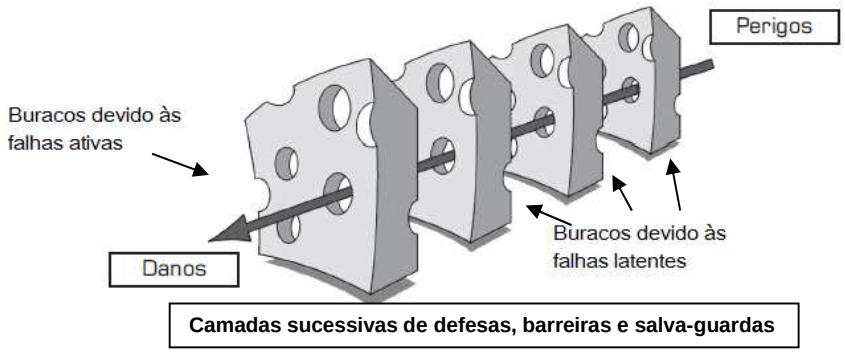

Figura 1 - Modelo do Queijo Suíço
Fonte: Adaptado de Reason (2000)

Segundo a OMS, a cultura é um fator que pode afetar todos os processos e defesas do sistema para melhor ou para pior. Caso se possa dizer que há uma cultura nas organizações prestadoras de cuidados de saúde, ela normalmente contém pelo menos dois obstáculos para fortalecer a cultura de segurança; o primeiro é a crença no perfeccionismo do treinado – após longa e árdua formação / treinamento, profissionais de saúde esperam "acertar", "fazer correto", e isso também é o que esperam dele; e em segundo, a tendência de estigmatizar e punir a falibilidade – o erro se equipara à incompetência. Juntos, essas influências difundidas tornam difícil para os prestadores de cuidados de saúde admitir seus erros ou aprender coletivamente a partir deles (WHO, 2008). Agrega-se ainda o fato da organização de saúde ser configurada como organização profissional, onde os recursos humanos centrais à produção do cuidado detêm um conhecimento específico e complexo que outorga grande autonomia de decisão e pouco controle do processo (Mintzberg, 1982).

A cultura de segurança é constituída pelos seguintes componentes: uma **cultura justa**, onde há o consenso entre as pessoas no que concerne a comportamentos aceitáveis e inaceitáveis; uma **cultura de notificação de incidentes,** que privilegia a informação (incluindo coleta, análise e divulgação sobre informações referentes à notificação de eventos adversos e *near misses*[3]) e encoraja as pessoas a falarem sobre os seus erros e a notificá-los; e, por fim, uma **cultura de aprendizagem**, uma vez que a organização constituiu uma memória de eventos passados, esta pode direcionar o aprendizado a partir dos mesmos. Ressalta-se a necessidade dos sistemas de notificação de eventos adversos assegurarem a confidencialidade para promover a confiança entre os gerentes e seus funcionários (WHO, 2008).

Algumas intervenções são apresentadas pela OMS (WHO, 2008) para auxiliar a identificação e correção de falhas latentes existentes na organização, antes que essas se combinem com outros fatores e causem danos aos pacientes. Não há uma recomendação de melhor técnica a ser utilizada, mas elas podem ser combinadas para atender às especificidades da cultura local: a **Árvore de Decisão de Incidentes (*The Incident Decision Tree*)**, ferramenta baseada na web, criada pela *National Patient*

[3] *Near miss* é definido como um incidente que, por algum motivo, planejado ou pelo acaso, foi interceptado antes de atingir o paciente e poderia ou não causar danos (WHO, 2009).

Safety Agency (NPSA), do Reino Unido, para gestores e clínicos acessarem princípios básicos que os auxiliem a decidir a respeito de suspender ou não a sanção de funcionários que tenham se envolvido em incidentes de segurança graves; a **Análise de Causa-Raiz** (***The Root Cause Analysis***), também desenvolvida pela NPSA do Reino Unido, para guiar a análise de um incidente de segurança do paciente, de modo a identificar o local de trabalho e os fatores organizacionais e sistêmicos que contribuíram para a ocorrência do incidente; os **Sistemas de Notificação de Incidentes**, onde cada incidente notificado contribui para o entendimento e identificação das falhas latentes e organizacionais que contribuíram para sua ocorrência, mesmo aqueles em que não houve o dano ao paciente; e **Técnicas de Auditoria** das mais diversas, tais como **Medidas de Processo Proativas**, concebidas para identificar dimensões organizacionais que necessitam ser reparadas, e úteis também para avaliar as condições e resultados após a implementação de ações de melhorias. Essas dimensões organizacionais variam em contextos diversos, mas normalmente incluem questões genéricas como o trabalho em equipe, comunicação, protocolos, escalas de serviço, modelo e manutenção da gestão.

Intervenções genéricas e específicas podem ser implementadas nos processos de gestão e nos processos clínicos, para fins de melhorar a segurança do paciente (Runciman *et al*., 2010). Brown *et al*. (2008), construíram o modelo da cadeia causal relacionando intervenções a resultados. O modelo da cadeia causal incorpora a influência do comportamento humano e os conceitos baseados no sistema, os quais incluem a cultura e clima de segurança. Segundo os autores, esse modelo baseia-se fortemente no modelo para avaliação da qualidade do cuidado, conhecido pela tríade “estrutura-processo-resultado”, de Donabedian (1980), e no modelo de Reason (2000), que descreveu os erros latentes e ativos. O modelo da cadeia causal, assim como os modelos anteriormente citados, partilha a ideia de um serviço de saúde inserido em um sistema. Ele adiciona a representação de um fluxo de trabalho, distinguindo o processo em dois tipos: os processos de gestão ou organizacionais, onde residem as falhas latentes (ex: política de recursos humanos) e os clínicos (adoção de práticas baseadas em evidências), sobre os quais incidem as falhas ativas e envolvem a interação humana direta. As intervenções focadas sobre os processos de gestão ou

organizacionais geralmente afetam os resultados de segurança do paciente através dos seus efeitos sobre variáveis intervenientes e atitudes e comportamentos dos funcionários, tais como o moral e a cultura. Alternativamente, intervenções podem ser planejadas para impactar diretamente no domínio clínico. Ao final da cadeia causal estão os resultados para o paciente (*patient outcomes*) e os resultados alcançados para a organização (*throughput*), como por exemplo, o número de pacientes tratados. O modelo de cadeia causal proposto por Brown *et al*. (2008) (Figura 2) ilustra com base na tríade "estrutura-processo-resultado" de Donabedian (1980), algumas intervenções genéricas e específicas, e mostra como o comportamento e cultura podem impactar nos processos clínicos.

Diante dos modelos apresentados e partindo da premissa de que intervenções podem ser delineadas para fortalecer a cultura de segurança nas organizações de saúde e consequentemente contribuir para o cuidado de saúde seguro, inúmeras iniciativas foram desenvolvidas no sentido de selecionar características mensuráveis da cultura de segurança e assim proporem ferramentas e métodos para a avaliação da cultura.

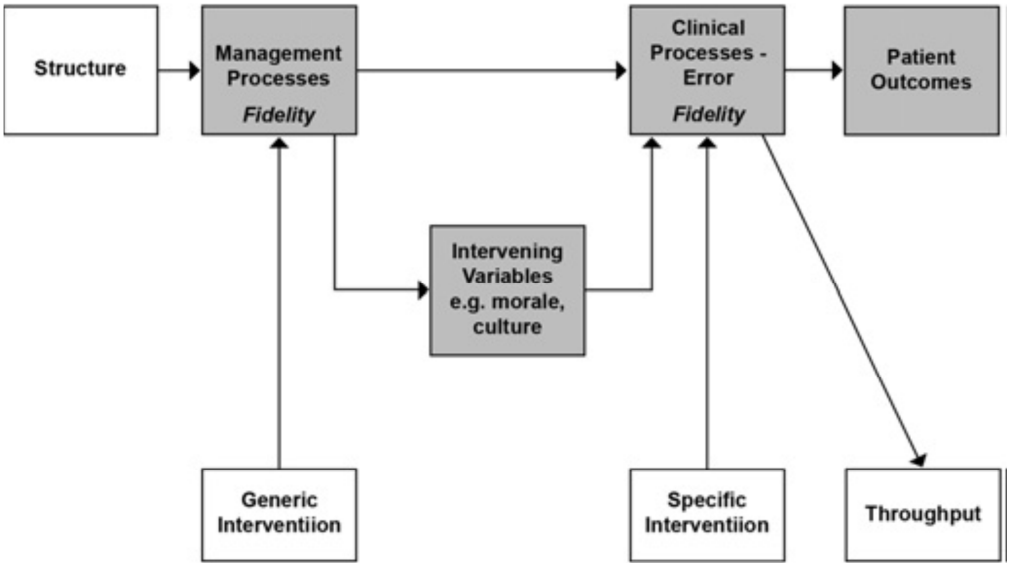

Figura 2 - Modelo da Cadeia Causal
Fonte: Brown *et al*., 2008

1.3 A Avaliação da Cultura de Segurança

Globalmente, observa-se na comunidade científica e nas ações desenvolvidas por agências internacionais o interesse e o empenho na procura por soluções para reduzir o nível de risco para os pacientes, assegurar qualidade nos cuidados de saúde e desenvolver métodos e técnicas confiáveis que determinem o tipo e a natureza da cultura de segurança dos profissionais e de suas unidades ou setores nos hospitais. Nesse sentido, a avaliação da cultura de segurança é vista como o ponto de partida para iniciar o planejamento de ações que busquem mudanças que reduzam a incidência de eventos adversos, e consequentemente, garantam a prestação de cuidados de saúde seguros.

Segundo Pronovost *et al*. (2004), para se estabelecer uma cultura de segurança em uma organização de saúde, o primeiro passo é avaliar a cultura corrente. A avaliação da cultura de segurança, já exigida por organismos internacionais de acreditação hospitalar, permite identificar e gerir prospectivamente as questões relevantes de segurança nas rotinas e nas condições de trabalho, a fim de monitorar mudanças e resultados relacionados à segurança. Esta abordagem permite o acesso às informações relatadas pelos funcionários a respeito de suas percepções e comportamentos relacionados à segurança, permitindo identificar as áreas mais problemáticas para que se possa planejar e implementar intervenções (Sorra & Nieva, 2004). Para esses autores, a avaliação da cultura de segurança pode ter múltiplas propostas: (i) o diagnóstico da cultura de segurança e a conscientização dos funcionários acerca do tema; (ii) a avaliação de intervenções para a segurança do paciente implementadas na organização e o acompanhamento de mudanças ao longo do tempo; (iii) a comparação com dados de referência internos e externos à organização; e (iv) a verificação do cumprimento de necessidades regulatórias.

A multiplicidade de definições sobre cultura e clima de segurança reflete a diversidade de metodologias utilizadas para avaliar a cultura de segurança em uma organização (Nascimento, 2011). Segundo essa autora, a abordagem epidemiológica quantitativa comumente utiliza questionários de auto-preenchimento e está estreitamente relacionada à avaliação de clima de segurança ou dos componentes

mensuráveis da cultura de segurança. Por seu turno, a abordagem sócio-antropológica qualitativa prevê a avaliação da cultura de segurança por meio de técnicas de observação associadas a entrevistas.

A maior parte dos estudos que avalia cultura de segurança em organizações de saúde utiliza questionários como instrumento de coleta de dados. Esses questionários baseiam-se em uma combinação de dimensões e são considerados como uma estratégia eficiente, por ser anônima e com custos mais reduzidos que as abordagens qualitativas para coletar dados sobre cultura de segurança (Flin *et al*., 2007). Os questionários diferem quanto ao número de itens e de dimensões que mensuram e em relação à variação nas suas propriedades psicométricas - validade e confiabilidade (Colla et al., 2005; Flin et al. 2006; Robb & Seddon, 2010; Halligan & Zecevic, 2011).

Um percentual de resposta elevado é fundamental para o êxito dos estudos os quais utilizam o questionário como instrumento dessa coleta de dados. Desde que satisfeita essa condição, os questionários proveem a percepção das fraquezas e fortalezas da cultura da organização como um todo, bem como dentro de departamentos ou serviços, unidades de trabalho e grupos de profissionais (Robb & Seddon, 2010). Esses autores consideram imprescindível o envolvimento dos gestores e lideranças das unidades para o alcance de uma taxa de resposta adequada.

A seleção do questionário a ser utilizado depende de sua finalidade, das perguntas às quais se pretende responder; e este deve ser adequado em termos de suas propriedades psicométricas (Colla et al., 2005). Um estudo conduzido por esses autores comparou as características gerais dos questionários utilizados para medir clima de segurança, as dimensões contempladas por eles e seu desempenho psicométrico. Eles identificaram 9 questionários. Destes, 7 são aplicáveis a contextos de cuidados de saúde geral (genérico), em múltiplas unidades; 2 são para áreas específicas do cuidado em saúde: um para medicamentos - o *Medication Safety Self Assessment* - MSSA (*Institute for Safe Medication Practices*, 2000) e o outro, para transfusão - o *Hospital Transfusion Service Safety Culture Survey* – HTSSCS (Sorra & Nieva, 2002). Todos os questionários incluídos nesse estudo utilizaram a escala *Likert* de 5 pontos para medir atitudes dos respondentes sobre vários aspectos de segurança do paciente. Os autores encontraram uma ampla variação do número de itens nos

questionários (de 19 a 194 itens). Sete dos nove questionários avaliaram 5 dimensões comuns de clima de segurança do paciente, quais sejam: liderança, política e procedimentos, pessoal, comunicação e notificação de eventos adversos. A quantidade e qualidade dos testes psicométricos também variou consideravelmente entre os instrumentos avaliados. Os testes psicométricos não foram relatados em todos os estudos, como no *Strategies for Leadership: an Organizational Approach to Patient Safety* – SLOAPS (Voluntary Hospitals of America, 2000); e no *Culture of Safety Survey* – CSS (Weingart et al., 2004). Contudo, os testes psicométricos foram abrangentes para os seguintes instrumentos: Veteran *Administration Patient Safety Culture Questionnaire* – VHA PSCQ (Burr et al., 2002); o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* – HSOPSC (Sorra e Nieva, 2004); e o Safety Attitudes Questionnaire – SAQ (Sexton et al., 2004).

Flin *et al*. (2006) revisaram estudos quantitativos com o objetivo de medir o clima de segurança no contexto de cuidados de saúde para examinar as propriedades psicométricas dos instrumentos delineados para medir esse constructo. Doze estudos foram identificados. Destes, o HSOPSC reuniu um maior número de critérios psicométricos específicos, os quais apresentaram resultados adequados nas análises.

Preocupados em investigar sobre o melhor meio de medir e melhorar a cultura de segurança do paciente, Robb & Seddon (2010) conduziram um revisão da literatura e identificaram 12 questionários. Os autores concluíram que o SAQ e o HSOPSC satisfizeram os critérios de confiabilidade e validade, e que, portanto, um desses dois questionários deveria ser utilizado quando se pretende medir cultura de segurança no contexto hospitalar.

Por sua vez, Halligan & Zecevic (2011) preocupados com a robustez teórico-metodológica do tema, revisaram estudos com o objetivo de sintetizar definições sobre cultura de segurança e clima de segurança, identificar teorias, dimensões e medidas de cultura de segurança no contexto de cuidados de saúde. O estudo identificou 139 publicações os quais utilizaram 12 diferentes questionários como instrumento de mensuração. Contudo, os quatro questionários mais utilizados nos estudos identificados foram: HSOPSC, SAQ, o *Patient Safety Culture in Healthcare Organizations Survey* – PSCHO (Singer et al., 2007) e o *Modified Stanford Patient*

Safety Culture Survey Instrument – MSI (Ginsburg et al., 2009). Embora dois outros instrumentos tenham sido referidos, essa revisão corrobora com a anterior que já destacava a predominância na atualidade do uso do HSOPSC e do SAQ para a mensuração da cultura da segurança do paciente.

Além desse, um estudo conduzido por Etchegaray & Thomas (2012) avaliou a confiabilidade e a validade preditiva de dois questionários sobre cultura de segurança do paciente – o HSOPSC e o SAQ. As dimensões do SAQ e HSOPSC apresentaram níveis de confiabilidade adequados e ambos apresentaram validade preditiva similar.

1.4 Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)

Considerando os achados da revisão da literatura, optou-se pela utilização, nesse estudo, do questionário HSOPSC (Sorra & Nieva, 2004). A principal justificativa dessa escolha é o amplo uso desse instrumento em diversos países no mundo, em diversos níveis de desenvolvimento (Wenqi, 2005; Hellings *et al*. 2007; Olsen, 2008; Smits et al., 2008; Blegen *et al*., 2009; Chen & Li, 2010; Bodur & Filiz, 2010; Waterson *et al*.,2010; El-Jardali *et al*., 2010; Sarac *et al*., 2011; Pfeiffer & Manser, 2010; Ito *et al*., 2011; Moghri *et al*., 2012) com vistas a compreender o grau de assimilação e capilaridade da segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde, e de sua valorização na cultura organizacional.

O HSOPSC foi desenvolvido e disponibilizado pela *Agency Healthcare Research and Quality* (AHRQ) dos EUA em 2004. A AHRQ é uma agência americana que se dedica a melhorar a qualidade, o acesso a serviços e a efetividade dos cuidados de saúde; seu principal objetivo é auxiliar os gestores políticos e profissionais de saúde a identificar eventos adversos, avaliar a ocorrência de problemas e incidentes, analisar suas causas, e encontrar soluções práticas e culturalmente aceitáveis para evitar possíveis danos aos pacientes (Kass-Bartelmess & Rutherford, 2002). Para desenvolver o instrumento, os autores realizaram uma revisão da literatura pertinente aos temas segurança, acidentes, erros médicos, relatos de erros, clima e cultura de segurança, clima e cultura organizacional; além disso, os autores revisaram questionários publicados e não publicados para a mensuração da cultura de segurança

e realizaram entrevistas pessoalmente e por telefone com equipes hospitalares (Sorra e Nieva, 2004).

O HSOPSC é um questionário delineado com o objetivo de mensurar múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente e está atualmente em uso em diversos países por todo o mundo (Smits *et al*., 2008). Ele questiona a opinião de seus respondentes sobre pontos-chave relacionados à segurança – valores, crenças e normas da organização, relato de eventos adversos, comunicação, liderança e gestão, e toma cerca de 10 minutos para ser preenchido. Esse instrumento possibilita medir a percepção individual e por unidade/setor hospitalar dos funcionários que têm contato direto ou indireto com os pacientes, e que despendem a maior parte de suas horas de trabalho no hospital. Ele oportuniza diversos usos: (i) identificar áreas cuja cultura necessita melhorias; (ii) avaliar a efetividade de ações implementadas para melhoria da segurança ao longo do tempo; (iii) possibilitar *benchmarking* interno e externo, auxiliando a organização a identificar como sua cultura de segurança difere da cultura de outras organizações e (iv) priorizar esforços de fortalecimento da cultura, identificando suas fragilidades (Sorra e Nieva, 2004).

O HSOPSC define “segurança do paciente” como um meio de se evitar e prevenir danos ou eventos adversos aos pacientes, resultantes do processo de cuidado de saúde; um “evento” é definido como um tipo de erro, incidente, acidente ou desvio, considerando-se que o mesmo tenha ou não resultado em dano para o paciente (Sorra & Nieva, 2004). A versão original do HSOPSC em inglês, desenvolvida pela AHRQ, encontra-se no Anexo A e informações adicionais estão disponíveis em www.ahrq.gov/qual/hospculture.

O HSOPSC abrange 12 dimensões ou fatores da cultura de segurança em escala de múltiplos itens. Ele contém 50 itens no total; 44 são relacionados a questões específicas de cultura de segurança e 6 itens são relacionados a informações pessoais. Cada uma das 12 dimensões possui de 3 a 4 itens. São 3 dimensões relacionadas ao hospital, 7 dimensões relacionadas à unidade de trabalho dentro do hospital, e duas variáveis de resultado (Sorra & Nieva, 2004). A maior parte dos itens são respondidos em uma escala de 5 pontos (tipo Likert-*scale*) refletindo a taxa de concordância: de “discordo fortemente” (1) a “concordo fortemente” (5) , com uma categoria neutra

“nenhum dos dois” (3). Outros itens são respondidos utilizando uma escala de frequência de 5 pontos: de “nunca” (1) a “sempre” (5). As duas variáveis de resultado são respondidas da seguinte forma: a) grau de segurança do paciente – medida por uma escala de 5 pontos de “excelente” (1) a “falho” (5); e b) número de eventos relatados: quantos relatórios de eventos você escreveu e entregou, nos últimos 12 meses – categorias de respostas: “nenhum”, “1-2 eventos”, “3-5 eventos”, “6 a 10 eventos” e “11 a 20 eventos”.

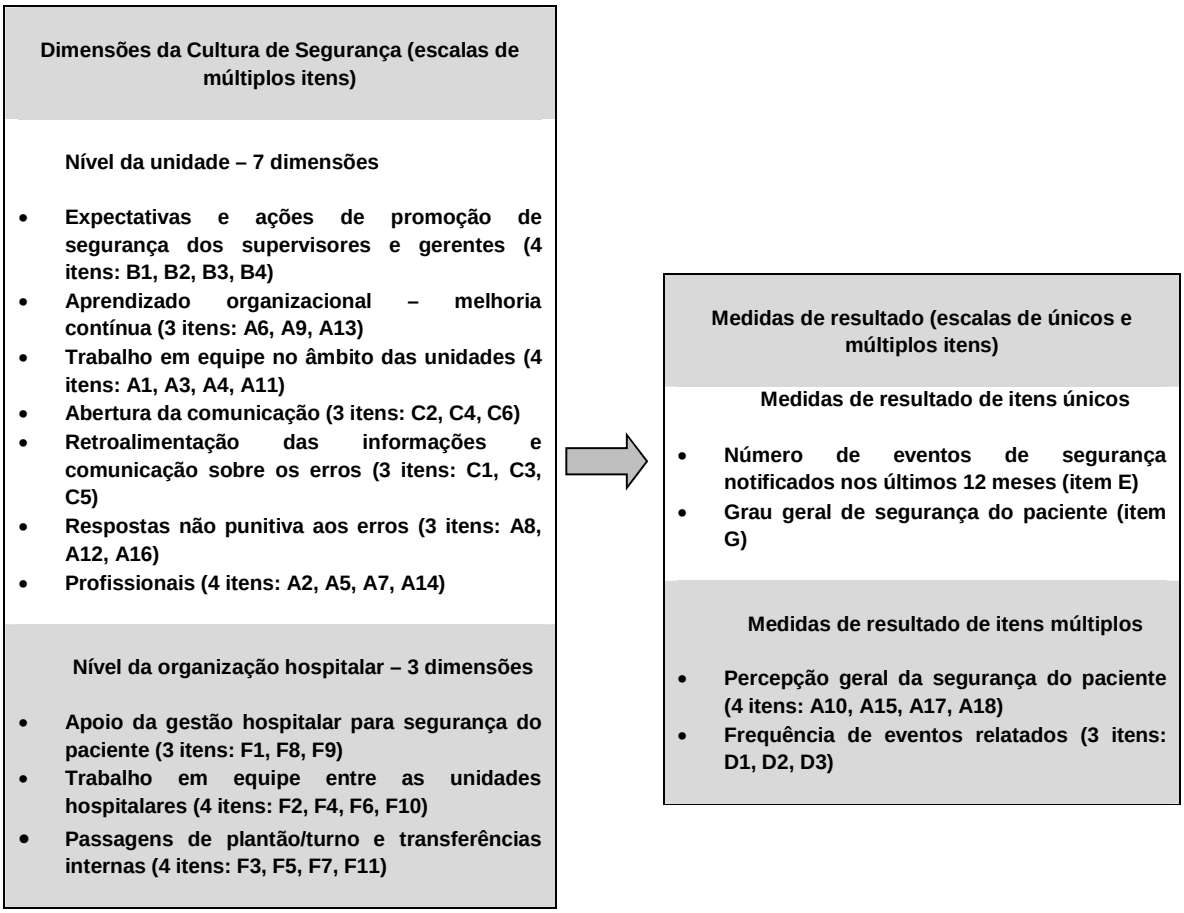

Figura 3 – Dimensões da cultura de segurança e variáveis de resultado mensuráveis pelo *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC)
Fonte: Adaptado de Olsen (2008).

A Figura 3 resume as dimensões da cultura de segurança e as variáveis de resultado mensuradas pelo HSOPSC.

As definições de cada uma das dimensões mensuráveis pelo HSOPSC (AHRQ, 2010) descritas a seguir, auxiliam a uma melhor compreensão da avaliação da cultura de segurança do paciente.

- **Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes**: avalia se os supervisores e gerentes consideram as sugestões dos funcionários para melhorar a segurança do paciente; reconhece a

participação dos funcionários para procedimentos de melhoria da segurança do paciente.

- **Aprendizado organizacional e melhoria contínua**: avalia a existência do aprendizado a partir dos erros que levam a mudanças positivas e a avalia a efetividade das mudanças ocorridas.
- **Trabalho em equipe dentro das unidades**: define se os funcionários apoiam uns aos outros, tratam uns aos outros com respeito e trabalham juntos como uma equipe.
- **Abertura da comunicação**: avalia se os funcionários do hospital conversam livremente sobre os erros que podem afetar o paciente e se eles se sentem livres para questionar os funcionários com maior autoridade.
- **Retorno das informações e da comunicação sobre erro**: avalia a percepção dos funcionários no hospital se eles relatam os erros que ocorrem, se implementam mudanças e discutem estratégias para evitar erros no futuro.
- **Respostas não punitiva aos erros**: avalia como os funcionários se sentem com relação aos seus erros, se eles pensam que os erros cometidos por eles possam ser usados contra eles e mantidos em suas fichas funcionais.
- **Adequação de profissionais:** avalia se os funcionários são capazes de lidar com sua carga de trabalho e se as horas de trabalho são adequadas para oferecer o melhor atendimento aos pacientes.
- **Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente**: avalia se a administração e gestão do hospital propiciam um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e demonstra que a segurança do paciente é prioritária.
- **Trabalho em equipe entre as unidades**: avalia se as unidades do hospital cooperam e coordenam-se entre si para prover um cuidado de alta qualidade para os pacientes.
- **Passagens de plantão/turno e transferências internas**: avalia se informações importantes sobre o cuidado aos pacientes é transferida através das unidades do hospital e durante as mudanças de plantão ou de turno.

- **Percepção geral da segurança do paciente**: avalia os sistemas e procedimentos existentes na organização de saúde para evitar a ocorrência de erros e a ausência de problemas de segurança do paciente nos hospitais.
- **Frequência de eventos notificados**: relaciona-se com o relato de possíveis problemas de segurança do paciente e de eventos identificados ou erros percebidos e corrigidos antes que esses afetassem o paciente.

O HSOPSC é passível de sofrer modificações quanto às suas dimensões e sub-dimensões de acordo com necessidades dos hospitais, antes que seja implementado. No entanto, recomenda-se que somente mudanças absolutamente necessárias sejam feitas, pois elas podem afetar a confiabilidade e validade do instrumento, e podem dificultar a comparação dos resultados com os de outros hospitais (Sorra e Nieva, 2004). O HSOPSC foi desenvolvido na língua inglesa e posteriormente adaptado para outras línguas, em função de sua aplicação em países não anglofônicos. Para a língua portuguesa há duas traduções livres – de Clinco (2007) e Zimmer *et al*. (2009) – que não relatam qualquer processo de adaptação transcultural e análises das propriedades psicométricas.

O HSOPSC tem sido amplamente utilizado nos EUA onde foi criado (Sorra *et al*., 2008) e fora dele. No continente europeu, Ásia e Oceania, os seguintes países são alguns dos que utilizaram o HSOPSC em seus hospitais: Austrália, Barém, Bégica, Alemanha, Grécia, Reino Unido, França, Índia, Irlanda, Holanda, Japão, Líbano, Noruega, Portugal, Escócia, Sérvia, Singapura, Suécia, Suíça, Espanha, Arábia Saudita, Tailândia, Turquia (ESQH, 2010). Na América Latina, o HSOPSC foi utilizado na Colômbia (Ramirez, 2008) e no Brasil (Clinco, 2007; Zimmer *et al*., 2009).

Estudos de validação psicométrica do HSOPSC foram realizados em alguns países para verificar a acurácia do instrumento após sua tradução e adaptação para outra língua e contexto cultural. O quadro abaixo apresenta um resumo desses estudos.

Quadro 2 - Estudos de validação psicométrica do Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)

Ano Publicação	Autoria	País de realização do estudo	Idioma do instrumento	Principais características
2005	Wenqi	Bélgica	Belga	O estudo não explicitou tamanho amostral e características dos respondentes. A análise de itens não apontou itens problemáticos; os resultados da consistência interna estimada pelo Alfa de Cronbach não foram explicitados; a EFA resultou em um modelo de 12 dimensões que explicou 60% da variância dos dados, o qual foi confirmado pela CFA (Chi-Square 1503.9, p<0.0001; DF= 729; GFI=0.93; AGFI=0.92; CFI=0.93; RMR=0,03; RMSEA=0,03). As correlações entre as dimensões variaram de 0.21 a 0.57; apenas as dimensões "adequação de profissionais" e "frequência de relato de eventos" apresentaram correlações baixas entre si e entre diversas dimensões
2008	Olsen	Noruega	Norueguês	O estudo incluiu profissionais clínicos e administrativos de um hospital norueguês; N=1919; % de reposta=55%; 89% dos participantes com contato direto com o paciente; os itens foram satisfatórios quanto aos critérios para tratar assimetria e valores ausentes. A consistência interna das dimensões, estimada pelo alfa de Cronbach, variou de 0.64 a 0.82, com exceção de uma dimensão (aprendizado organizacional – melhoria contínua) que apresentou alfa=0,56. A CFA confirmou que os dados apresentaram bom ajuste ao modelo de 12 dimensões (RMSEA= 0.04; CFI=0.97; GFI=0.91, AGFI=0.90) com cargas fatoriais satisfatórias. As correlações entre os fatores variaram de 0.17 a 0.59
2008	Smits *et al*.	Holanda	Holandês	O estudo incluiu profissionais clínicos e administrativos de 8 hospitais na Holanda, N=583. A consistência interna das dimensões, estimada pelo alfa de Cronbach, variou de 0.57 a 0.79 com exceção de uma dimensão (adequação de profissionais) que apresentou alfa=0.49; A EFA resultou em modelo de 11 dimensões; as dimensões "aprendizado organizacional - melhoria contínua" e "retorno da informação e comunicação sobre erro" foram combinadas em uma única dimensão. As dimensões juntas explicaram 57,1% da variância das respostas. As correlações entre as dimensões variaram de 0.10 a 0.47

EFA: exploratory factor analysis; CFA: confirmatory factor analysis; DF= degrees of freedom; GFI: Goodness of Fit Index; AGFI: Goodness of Fit Index Adjusted for degrees of freedom; CFI: Bentler's Comparative Fit Index; RMR: Root Mean Square Residual; RMSEA: Root Mean Square Error; N=tamanho amostral; TLI: Tucker-Lewis index

Quadro 2 (Continuação)

2009	Blegen *et al*.	EUA	Inglês	O HSOPSC foi aplicado antes e após intervenção aos profissionais de saúde de três hospitais; N=434 (96% de resposta) antes da intervenção; N= 368 (81% de resposta) após a intervenção. A consistência interna das dimensões estimada pelo alfa de Cronbach variou de 0.53 a 0.82 antes da intervenção, com exceção da dimensão "adequação de profissionais" (alfa=0.44). A consistência interna das dimensões após a intervenção variou de 0.57 a 0.81. A EFA reproduziu 5 das 12 dimensões do modelo original. Os itens das outras sete dimensões foram misturadas em numerosas cargas duplas. A EFA foi repetida excluindo os itens da dimensão "adequação de profissionais". A EFA resultou em um modelo de 11 dimensões, 8 delas muito semelhantes ao modelo original. Itens referentes a 3 dimensões foram misturados, mas considerando suas cargas secundárias, poderiam ser ligados às suas dimensões como no modelo original
2010	Chen & Li	Tailândia	Chinês	Estudo realizado em 50 hospitais (N=788; 78.8% de resposta); incluiu profissionais de saúde e administrativos. A consistência interna das dimensões estimada pelo alfa de Cronbach variou de 0.68 a 0.78 para sete dimensões, enquanto que cinco dimensões apresentaram alfa de Cronbach < 0.6: "percepção geral da segurança"(0.51), "retorno da informação e comunicação sobre erro"(0.36), "abertura da comunicação" (0.51), "frequência de relato de eventos"(0.53) e "adequação de profissionais" (0.51). A CFA resultou em um bom ajuste dos dados ao modelo original de 12 dimensões (GFI=0.99; AGFI= 0.96; TLI= 0.979; CFI=0.99; RMSEA= 0.03). As correlações entre as dimensões variaram de 0.1 a 0.5, não apresentando correlações excessivamente altas
2010	Bodur & Filiz	Turquia	Turco	O estudo incluiu profissionais de saúde de um hospital na Turquia (N=309). A consistência interna estimada pelo alfa de Cronbach foi baixa para duas dimensões: "adequação de profissionais" (0,19) e "respostas não punitivas aos erros" (0,31). A EFA identificou 10 dimensões: "retorno da informação e comunicação sobre erro" e "expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras de segurança" carregaram sobre uma única dimensão, assim como as dimensões "trabalho em equipe entre as unidades" e "suporte da gestão para segurança do paciente" foram agrupadas em única dimensão. Foram mantidos os 42 itens do instrumento original inseridos em 10 dimensões em vez de 12 como no modelo original. As correlações entre as dimensões variaram entre 0.04 a 0.46

EFA: exploratory factor analysis; CFA: confirmatory factor analysis; DF= degrees of freedom; GFI: Goodness of Fit Index; AGFI: Goodness of Fit Index Adjusted for degrees of freedom; CFI: Bentler's Comparative Fit Index; RMR: Root Mean Square Residual; RMSEA: Root Mean Square Error; N=tamanho amostral; TLI: Tucker-Lewis index

Quadro 2 (Continuação)

2010	Waterson *et al*.	Inglaterra	Inglês	O estudo incluiu profissionais de saúde e administrativos (N=1017). No questionário inglês adaptado foram removidos 2 itens do questionário original, totalizando 40 itens. A consistência interna estimada pelo alfa de Cronbach foi baixa para uma das dimensões: "adequação de profissionais" (0.58); nas 11 dimensões restantes os alfas variaram de 0.65 a 0.83. CFA para testar o ajuste dos dados ao modelo original proposto de 12 dimensões sugeriu índices de ajustes de adequação marginal (CFI=0.91; RMSEA=0.04; RMSEA= 0.05). Dos 40 itens, 4 itens tiveram < 20% e 7 itens tiveram < 30% de suas variabilidades explicadas pelo modelo. Dos 40 itens, 8 tiveram cargas inferiores a 0,5. EFA resultou em um modelo de 9 dimensões com 27 itens, que explicou 66.8% da variância dos dados, posteriormente confirmado pela CFA (Chi-Square 588, DF= 288; CFI=0.95, TLI= 0.93, RMSEA=0.04, RMSEA=0.04)
2010	El-Jardali *et al*.	Líbano	Árabe	O estudo incluiu profissionais de saúde e administrativos de 68 hospitais (N=6807); % de resposta=55,56. A consistência interna estimada pelo alfa de Cronbach variou de 0.45 a 0.80 entre os 12 fatores. A A CFA resultou em um bom ajuste dos dados ao modelo original de 12 fatores baseados nos autovalores e % da variância explicada aceitáveis (não detalhados no artigo)
2010	Pfeiffer & Manser	Suíça	Alemão	O estudo incluiu profissionais de saúde de um hospital suíço (N=2421; % de resposta= 47%). A adaptação para o questionário alemão eliminou 1 item da dimensão "adequação de profissionais" e acrescentou dimensões. A consistência interna estimada pelo alfa de Cronbach variou de 0.64 a 0.83 entre as 12 dimensões do modelo original. A CFA resultou em um ajuste geral não consistentemente satisfatório dos dados suíços ao modelo original (RMSEA=0.47; GFI=0,88; TLI=0.90); na EFA oito fatores explicaram 59,8% da variância dos itens
2011	Sarac *et al*.	Escócia	Inglês	O estudo conduzido em sete hospitais escoceses incluiu profissionais de saúde (N=1969; % de resposta=22). A consistência interna estimada pelo alfa de Cronbach variou de 0.60 a 0.84 entre as 12 dimensões. EFA resultou em um modelo de 10 dimensões após exclusão de 3 itens, devido a cargas baixas (<0.40) e cargas cruzadas (itens que carregaram em mais de um fator); o modelo de 10 dimensões explicou 61.7% da variância dos itens. A CFA para testar o ajuste dos dados ao modelo original de 42 itens sugeriu um ajuste adequado (Chi-Square 1708.9, DF= 753 CFI=0.91; RMSEA=0.04). Os autores optaram pelo modelo original de 12 dimensões por possibilitar a comparação entre estudos

EFA: exploratory factor analysis; CFA: confirmatory factor analysis; DF= degrees of freedom; GFI: Goodness of Fit Index; AGFI: Goodness of Fit Index Adjusted for degrees of freedom; CFI: Bentler's Comparative Fit Index; RMR: Root Mean Square Residual; RMSEA: Root Mean Square Error; N=tamanho amostral; TLI: Tucker-Lewis index

Quadro 2 (Continuação)

2011	Ito *et al*.	Japão	Japonês	O estudo foi conduzido com profissionais de saúde de 13 hospitais japoneses (N=6395; % de resposta=74,9). A consistência interna estimada pelo alfa de Cronbach variou de 0.46 a 0.88 entre as 12 dimensões. A CFA para testar o ajuste dos dados ao modelo original de 42 itens sugeriu um ajuste adequado (Chi-Square 11035, DF= 753; CFI=0.89; TLI= 0.88 RMSEA=0.04). As correlações entre as dimensões variaram de 0.04 a 0.60, não apresentando correlações excessivamente altas entre as dimensões
2012	Moghri *et al*.	Irã	Persa	A população do estudo incluiu profissionais de saúde de quatro hospitais gerais públicos de Teerã (N= 420; % de resposta não explicitado no artigo). A consistência interna estimada pelo alfa de Cronbach variou de 0.57 a 0.80 entre as 12 dimensões. A CFA revelou um bom ajuste dos dados iranianos ao modelo original de 12 dimensões (GFI=0.96; AGFI=0.98). As dimensões juntas explicaram 77.8% da variância das respostas aos itens. As correlações entre as dimensões variaram entre 0.04 a 0.54. Nenhuma correlação foi excessivamente alta

EFA: exploratory factor analysis; CFA: confirmatory factor analysis; DF= degrees of freedom; GFI: Goodness of Fit Index; AGFI: Goodness of Fit Index Adjusted for degrees of freedom; CFI: Bentler's Comparative Fit Index; RMR: Root Mean Square Residual; RMSEA: Root Mean Square Error; N=tamanho amostral; TLI: Tucker-Lewis index

CAPÍTULO II – MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Desenho do estudo

A metodologia deste estudo dividiu-se em duas partes. A primeira parte contemplou as etapas iniciais da adaptação transcultural (ATC) do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC). A escolha desse instrumento baseou-se na sua livre disponibilidade por via eletrônica e sem ônus, no uso extenso em diferentes contextos culturais e nas propriedades psicométricas desse questionário. Em maio de 2011, antes de iniciar o estudo, uma das autoras do questionário foi consultada para obtenção de permissão de tradução para o português e disponibilização do mesmo para uso no contexto hospitalar brasileiro; esta autora respondeu de maneira positiva e mostrou interesse nos resultados do estudo. A autorização foi concedida por e-mail, conforme ANEXO B.

A segunda parte do estudo consistiu na realização de uma investigação empírica quantitativa, observacional, com desenho do tipo seccional, voltada para a aplicação da versão adaptada do questionário HSOPSC para captar a percepção com relação às dimensões da cultura de segurança do paciente dos respondentes e possibilitar avaliação da capacidade psicométrica do instrumento adaptado. Análise esta necessária à conclusão do processo de adaptação transcultural do instrumento, objeto central deste estudo.

2.1.1 Etapas iniciais da Adaptação Transcultural do HSOPSC

A adaptação transcultural do HSOPSC baseou-se na metodologia da abordagem universalista proposta por Herdman *et al*. (1998), a qual preconiza que o uso de um instrumento de mensuração fora do seu contexto original deve considerar o fato de que os constructos não são os mesmos quando muda a região ou o país de sua

aplicação. A adaptação transcultural (ATC) do HSOPSC, portanto, foi realizada pelo exame detalhado de equivalências entre o instrumento original e o adaptado (Herdman *et. al*., 1998; Beaton *et al*., 2000; Reichenhein & Moraes, 2007), antes de sua disponibilização para adoção no contexto hospitalar brasileiro.

O artigo que apresenta as etapas iniciais da ATC do HSOPSC (Reis *et al*., 2012) é apresentado no APÊNDICE B.

2.1.1.1 Avaliação da equivalência conceitual e de itens

A avaliação da equivalência conceitual é a primeira etapa do processo de ATC de um instrumento. Seu objetivo é explorar o constructo de interesse e investigar a semelhança da correspondência e relevância dos conceitos e dos pesos dados às dimensões constituintes entre as duas culturas – a cultura de onde o instrumento se originou e a cultura da população-alvo para o qual o instrumento será adaptado. A equivalência de itens avalia a pertinência dos mesmos quanto à sua capacidade de captar cada uma das dimensões propostas pelo instrumento (Reichenhein & Moraes, 2007). Para cumprir essa etapa, foi realizada uma revisão da literatura para investigação sobre os constructos “cultura organizacional”, “cultura de segurança”, “clima de segurança”, “cultura de segurança do paciente”, seus conceitos e definições, sua dimensionalidade e formas de mensuração. Foi realizada análise minuciosa do material bibliográfico disponível sobre a construção do instrumento original, dos estudos que utilizaram o instrumento na cultura de origem e em outros contextos culturais e do material bibliográfico disponível no contexto brasileiro. Essa etapa foi complementada por meio de discussões com grupo de especialistas e com atores representativos da população-alvo do instrumento. Esta última, realizada durante o curso da disciplina Segurança do Paciente, ministrada no âmbito da pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, no segundo semestre de 2011. A audiência da disciplina, em sua maioria, era constituída por profissionais que trabalham em hospitais. Particularmente, o constructo “cultura de segurança” foi discutido na aula temática referente aos fatores contribuintes para o cuidado de saúde inseguro. Nesse contexto, a necessidade do fortalecimento da

cultura de segurança para melhoria da qualidade e segurança do cuidado de saúde foi destacada.

2.1.1.2 Avaliação da equivalência semântica e idiomática

A avaliação semântica do instrumento envolveu cinco etapas: tradução, retrotradução, apreciação de equivalência, crítica por especialistas da área temática e afins e pré-teste junto à população-alvo. Priorizou-se, nessa etapa, avaliar o significado referencial (denotativo) do instrumento e o significado geral (conotativo) com o objetivo de assegurar a transferência de significados das palavras entre os dois idiomas (Reichenhein & Moraes, 2007).

Inicialmente, o instrumento foi traduzido do original, em inglês, para a Língua Portuguesa, por dois tradutores independentes, de nacionalidade brasileira, sendo que um deles possuía conhecimento sobre o fenômeno avaliado pelo instrumento, gerando duas traduções (T1 e T2). Na etapa seguinte, procedeu-se à apreciação formal de equivalência das versões traduzidas (T1 e T2), realizada por três pesquisadores: uma pesquisadora, com experiência na área de Avaliação de Serviços de Saúde, Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente; um médico epidemiologista, com expertise na área de Informação em Saúde e Avaliação Psicométrica de Questionários; e uma enfermeira sanitarista, com experiência na área de Epidemiologia. Os pesquisadores elaboraram uma síntese das traduções (T12) após decisões consensuais registradas em relatório (APÊNDICE C); a versão síntese T12 (APÊNDICE D) foi enviada para retrotradução por dois tradutores independentes, nativos da língua inglesa, que desconheciam o instrumento original, gerando duas versões retrotraduzidas para o inglês (R1 e R2). As versões retrotraduzidas (R1 e R2) foram comparadas por um único avaliador, com proficiência na Língua Inglesa e a avaliação foi registrada em relatório (APÊNDICE E).

A avaliação da equivalência semântica verifica a capacidade de transferência de sentido dos conceitos contidos no instrumento original para a versão traduzida para o português, com o propósito de se obter um efeito semelhante nos respondentes da população alvo. Esta equivalência foi avaliada por um painel de especialistas tendo

como base a versão original, as traduções (T1, T2, T12), as retrotraduções (R1, R2) e os respectivos relatórios gerados nas etapas de tradução e síntese. O comitê de especialistas foi constituído pelos três pesquisadores envolvidos no estudo, uma especialista linguista, um dos tradutores, um especialista em gestão hospitalar e dois especialistas em Segurança do Paciente. A partir das contribuições dos especialistas foram feitas alterações e elaborou-se a versão do instrumento a ser submetida ao pré-teste.

Para avaliar a compreensão verbal do instrumento, a clareza das questões e contribuir na avaliação de sua equivalência operacional, um pré-teste do instrumento foi realizado com uma amostra não aleatória de 31 profissionais que trabalham em diversos hospitais na cidade do Rio de Janeiro. Os profissionais foram previamente convidados a participar da pesquisa como voluntários e foi-lhes solicitado que indicassem o quanto compreenderam de cada item do instrumento, por meio de uma escala *Likert*: 0 (não entendi nada); 1 (entendi só um pouco); 2 (entendi mais ou menos); 3 (entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas); 4 (entendi quase tudo) a 5 (entendi perfeitamente e não tive dúvidas). As respostas 0, 1, 2 e 3 seriam indicativas de compreensão insuficiente. Os profissionais foram ainda orientados a descrever qualquer tipo de incompreensão das questões e sugerir alterações justificando as razões para as mesmas.

Foram realizadas análises descritivas (média e desvio-padrão) dos dados do pré-teste por meio do software *Statistical Package for the Social Sciences* versão 17.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos).

Após o término da fase inicial da ATC do HSOPSC, a versão final do instrumento e o artigo publicado sobre a metodologia utilizada nesta fase foram enviados a uma das autoras do questionário original, para sua apreciação. Não houve alterações na versão final do instrumento após esse procedimento.

2.1.2 Estudo seccional e avaliação psicométrica

As etapas do planejamento e da execução do estudo seccional seguiram as diretrizes do manual do usuário do HSOPSC disponibilizado pela AHRQ (Sorra e Nieva, 2004).

2.1.2.1 Universo do Estudo

No processo de definição do universo do estudo, foram convidados a participar da pesquisa hospitais que haviam recebido certificação de Acreditação pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) em parceria com a *Joint Comission International* (JCI), que estavam em processo de certificação por essas instituições e hospitais não-acreditados. Os oito hospitais convidados a participar do estudo situavam-se nos municípios de São Paulo (2) e Rio de Janeiro (4), e dois hospitais situavam-se no estado de Minas Gerais. Dos oito hospitais convidados, apenas dois aceitaram o convite e emitiram carta de autorização da direção para realização do estudo.

Portanto, o universo do estudo foi constituído por dois hospitais de grande porte (150 a 499 leitos), de cuidados agudos, denominados neste estudo de HOSPITAL 1 e HOSPITAL 2. O departamento de recursos humanos de ambos os hospitais tiveram dificuldades em fornecer uma lista atualizada de seus funcionários, entre efetivos, contratados e terceirizados. Estima-se um contingente de 460 funcionários no HOSPITAL 1 e de 880 funcionários no HOSPITAL 2.

O HOSPITAL 1 é um hospital filantrópico, conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), situado em município da região da Zona de Mata do Estado de Minas Gerais. Ele disponibiliza atualmente 173 leitos para internação, sendo 10 leitos de UTI; e desenvolve atividades de ensino em parceria com a faculdade de Enfermagem e escola de formação de técnicos de enfermagem, ambas situadas no município sede do hospital. O HOSPITAL 1 realiza, em média, 834 internações mês, destas, 446 através do SUS e 388 por meio de convênios com planos de saúde ou pagamento direto pelo paciente (particular). O Hospital 1 é referência na microrregião de saúde onde está

situado, oferecendo atendimento de média e alta complexidade a cinco municípios. Dentre os serviços que oferece destacam-se: Pronto-atendimento de Emergência, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ginecologia, Obstetrícia, Pediatria, Neurologia, Urologia, Gastro-Enterologia, Nefrologia, Fisioterapia, Hemodiálise, Anátomo-Patologia, Angiologia, Cardiologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Plástica, Urológica, Traumato-Ortopédica, Vídeo-Laparoscópica, Pneumologia, Proctologia. O HOSPITAL 1 oferece os seguintes serviços de apoio diagnóstico: Eletrocardiografia, Ergometria, Eletroencefalografia, Ecografia, Ultrassonografia, Raio-X, Mamografia, Endoscopia Digestiva, Colangeopancreatografia retrógrada, Broncoscopia, Retossigmoidoscopia, Cistoscopia, Colonoscopia, Tomografia Computadorizada, Hemodinâmica e Ressonância Magnética. O HOSPITAL 1 não é certificado pelo Colégio Brasileiro de Acreditação.

O HOSPITAL 2 é um hospital geral, federal, situado na cidade do Rio de Janeiro (RJ) e conta atualmente com 199 leitos ativos destinados exclusivamente ao SUS; realiza em média 606 internações/mês e oferece serviços de média e alta complexidade. O Hospital 2 é um dos hospitais pioneiros no exercício de atividades de ensino, ofertando programas de Internato e Residência Médica. Dentre as especialidades clínicas oferecidas destacam-se: Clínica Geral, Cardiologia, Hematologia, Nefrologia, Urologia, Neurologia, Oncologia, Pediatria; dentre as especialidades cirúrgicas, destacam-se: Pediatria, Cardiologia, Cirurgia Geral, Gastroenterologia, Ginecologia, Nefrologia, Neurocirurgia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Plástica e Toráxica. O HOSPITAL 2 conta com Unidades de Terapia Intensiva (UTI) adulto, pediátrica e neonatal e oferece os seguintes serviços de apoio diagnóstico: Eletrocardiografia, Ergometria, Eletroencefalografia, Audiometria, Ultrassonografia, Raio-X, Mamografia, Endoscopia Digestiva, Broncoscopia, Cistoscopia, Tomografia Computadorizada. O HOSPITAL 2 não é certificado pelo Colégio Brasileiro de Acreditação, mas encontrava-se no momento de coleta de dados se preparando para aderir a este processo de certificação.

Após o aceite dos hospitais, foram contatadas as lideranças dos mesmos, indicadas por sua direção, para apresentação da proposta do estudo e sensibilização

acerca da importância do tema da cultura de segurança para a melhoria do cuidado de saúde ao paciente.

2.1.2.2 População, amostra e período do estudo

A população do estudo constituiu-se pelos profissionais que trabalham nos dois hospitais participantes que tinham contato direto, ou interagiam diretamente com os pacientes internados; e profissionais que não tinham contato direto com o paciente, mas cujas funções desempenhadas no trabalho afetavam diretamente o cuidado ao paciente internado (líderes, gerentes, supervisores e administradores).

Para participar do estudo, foram seguidos os critérios de inclusão sugeridos pelos desenvolvedores do instrumento, descritos abaixo:

- o profissional deveria ter uma carga horária semanal de pelo menos 20 horas no hospital;
- o profissional deveria estar presente em um dos turnos de trabalho no período de realização da coleta de dados na organização.

Estudantes de graduação foram excluídos em função da natureza desse tipo de inserção, isto é, por estarem em processo de formação.

Foram convidados a participar do estudo 261 profissionais no Hospital 1 e 457 profissionais no Hospital 2, totalizando 718. Uma vez que o objeto central do estudo foi adaptar e traduzir um instrumento originado em outra cultura e posteriormente proceder às análises de suas propriedades psicométricas, e considerando a possibilidade de um baixo percentual de resposta nesse tipo de estudo, utilizou-se uma amostra não aleatória, constituída por todos profissionais elegíveis presentes ou escalados para o trabalho nos hospitais participantes durante o período de coleta de dados.

2.1.2.3 Aplicação do instrumento na população do estudo

Antes de iniciar a coleta de dados, a pesquisadora principal e uma auxiliar de pesquisa previamente treinada abordaram as chefias de enfermagem dos diversos

setores de internação e as chefias de serviços de apoio diagnóstico ao paciente internado, nos dois hospitais participantes; a abordagem realizada pelas pesquisadoras visou apresentar o estudo, seus objetivos e sensibilizar líderes e gerentes das diversas áreas hospitalares sobre a sua importância, bem como os procedimentos necessários e os critérios de inclusão para participação da pesquisa.

Posteriormente, os profissionais dos diversos setores foram abordados em seu ambiente de trabalho, nos momentos em que podiam dar atenção aos pesquisadores e foram convidados a participar do estudo. Na maior parte das abordagens, os instrumentos foram entregues aos participantes para serem respondidos e devolvidos *a posteriori,* com data de devolução previamente definida pelas pesquisadoras. A cada funcionário foi entregue duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE F); uma das cópias ficou de posse das pesquisadoras e a outra, de posse do participante. A partir da concordância em participar da pesquisa, cada participante recebeu um envelope contendo uma cópia do instrumento adaptado, sem nenhum tipo de identificação.

A coleta dos dados ocorreu dentro de um período de dois meses em cada hospital. No HOSPITAL 1 a coleta ocorreu durante os meses de março e abril de 2012; no HOSPITAL 2, a coleta ocorreu durante os meses de abril e maio de 2012. Em ambos os hospitais, as pesquisadoras realizaram cinco visitas, previamente agendadas, para coleta dos questionários preenchidos.

2.1.2.4 Limpeza, tratamento e análise dos dados

Controle de qualidade da base de dados

Inicialmente todos os questionários foram revisados para identificar e eliminar itens ou questionários que apresentassem respostas altamente assimétricas ou elevado número de dados ausentes (Sorra e Nieva, 2004). Questionários incompletos, em que o respondente não tivesse preenchido a maior parte dos itens de pelo menos uma seção foram excluídos. Questionários que apresentaram a mesma resposta em todos os itens foram também excluídos dessa análise, pois denotavam que o

respondente não dispensou a atenção exigida ao preenchimento do instrumento, visto que as seções continham itens reversos (Sorra e Nieva, 2004). Contudo, uma análise exploratória desses questionários foi realizada.

Antes de iniciar a digitação, cada questionário recebeu um código numérico para identificação. Os questionários do HOSPITAL 1 receberam códigos numéricos crescentes a partir do número 1001; os questionários oriundos do HOSPITAL 2 receberam códigos numéricos crescentes a partir do número 2001. Os questionários foram revisados para identificar respostas duplas, ilegíveis ou rasuradas. No caso das respostas duplas encontradas, as pesquisadoras decidiram por consenso manter a de maior ênfase (por exemplo, se assinalado as respostas 1- discordo totalmente, e a resposta 2-discordo, prevaleceu a resposta 1); nas respostas ilegíveis ou rasuradas, as respostas foram consideradas como informação ausente na sentença.

Para prevenir erros de digitação e controlar a qualidade dos dados foi realizada dupla digitação os questionários válidos, por dois digitadores independentes. A dupla digitação buscou minimizar erros nessa etapa e possibilitou identificar divergências entre os bancos de dados e correção. Posteriormente à unificação das duas bases de dados, as informações digitadas foram confrontadas variável por variável utilizando o SPSS. A estratégia empregada envolveu a criação duplicada de cada variável identificando o responsável pela digitação e comparação de todas as informações de todos os questionários por meio da subtração entre variáveis correspondentes de cada banco, de modo que, se o valor da variável criada fosse igual a 0, significaria ausência de divergência entre os dois digitadores. Dessa forma, foram identificados os questionários cujas variáveis apresentaram valores diferentes de 0, o que guiou a revisão dos respectivos questionários nas suas versões originais em papel, identificação das questões divergentes e posteriormente correção.

A dupla digitação possibilitou identificar divergências entre os bancos. O primeiro digitador utilizou a ferramenta Google Docs® para construir a máscara de entrada de dados, e posteriormente procedeu à conferência e correção dos dados digitados utilizando uma planilha eletrônica Excel®. O primeiro digitador consumiu em torno de 38 horas de trabalho para realizar a digitação. O segundo digitador construiu a máscara de entrada de dados em uma planilha eletrônica do Acess®, e posteriormente

procedeu à conferência e correção dos dados digitados utilizando uma planilha eletrônica Excel®. O segundo digitador consumiu em torno de 43 horas para realizar a digitação.

Após o confronto dos dois bancos de dados foram identificados 105 questionários contendo questões divergentes entre eles. Os 105 questionários originais, em papel, foram separados e revisados e 170 questões foram conferidas, corrigidas e redigitadas quando necessário.

Análise de dados ausentes

A análise de dados ausentes foi realizada para todas as variáveis embora seja esperada a ausência de dados quando se utiliza o instrumento HSOPSC, visto que é concedida ao respondente a possibilidade de deixar questão em branco, caso ela não se aplique ao seu contexto de trabalho no hospital (Sorra e Nieva, 2004). Segundo Hair *et al*. (2009), quando dados perdidos são esperados e fazem parte do planejamento da pesquisa, esses são chamados de “dados ausentes ignoráveis”, ou seja, esses dados são perdidos devido ao delineamento específico do processo de coleta de dados os quais se referem a padrões de saltos os quais respondentes deixam de responder questões ou de seções de questões por não serem aplicáveis ao seu contexto. Nesses casos, denominam os dados ausentes como “dados ausentes ignoráveis”, o que significa que ações corretivas específicas para perdas de dados não são necessárias, pois os mesmos são inerentemente permitidos na técnica usada.

Realizou-se a comparação dos questionários completos com o grupo de questionários incompletos (com dados ausentes) quanto ao grau de instrução do respondente e sua área/unidade de trabalho no hospital por meio do teste qui-quadrado (nível de significância de 95%).

População do estudo

A caracterização da população do estudo foi expressa por meio de proporção e incluiu: a) área/unidade de trabalho; b) função/profissão; c) interação com paciente (sim ou não); d) sexo; e) grau de instrução; f) tempo de trabalho nos hospital.

Análise descritiva do instrumento e avaliação da cultura de segurança

Para a análise descritiva do instrumento e avaliação da cultura de segurança dos hospitais participantes, foram calculados os percentuais de respostas positivas às dimensões sobre cultura de segurança do paciente, definidos como o percentual médio de respostas positivas aos itens componentes da dimensão do HSOPSC, estimado para cada hospital e para a amostra como um todo. O percentual de respostas positivas para cada dimensão foi calculado usando a seguinte fórmula (Sorra e Nieva, 2004):

% de respostas positivas da dimensão X=[número de respostas positivas aos itens da dimensão X/número total de respostas válidas aos itens da dimensão X (positivas, neutras e negativas, excluindo-se os dados ausentes)] x 100

Foram também calculados os percentuais de respostas positivas para cada item da dimensão, através da seguinte fórmula (Sorra e Nieva, 2004):

% de respostas positivas ao item da dimensão X=[número de respostas positivas ao item da dimensão X/número total de respostas válidas ao item da dimensão X (positivas, neutras e negativas, excluindo-se os dados ausentes)] x 100

Respostas positivas referem-se às repostas em que foram assinaladas a opção 4 ou 5 (concordo / concordo totalmente ou quase sempre/sempre) para as sentenças formuladas de forma positiva, ou 1 ou 2 (discordo/ discordo totalmente ou nunca/raramente) nas perguntas formuladas negativamente. Respostas neutras referem-se às respostas em que foram assinaladas a opção 3 (nem discordo nem concordo ou às vezes) para qualquer pergunta. Respostas negativas referem-se às respostas que foram assinaladas as opções 1 ou 2 (discordo / discordo totalmente ou nunca/raramente) para as perguntas formuladas de forma positiva, ou 4 ou 5

(Concordo / concordo totalmente ou quase sempre / sempre) nas sentenças formuladas negativamente (Sorra e Nieva, 2004).

O percentual de respostas positivas representa uma reação positiva em relação à cultura de segurança do paciente e permite identificar áreas fortes e frágeis na segurança do paciente. Foram consideradas “áreas fortes da segurança do paciente” no hospital aquelas cujos itens escritos positivamente obtiveram 75% de respostas positivas (“concordo totalmente” ou “concordo”), ou aquelas cujos itens escritos negativamente, obtiveram 75% das respostas negativas (“discordo totalmente” ou “discordo”). De modo semelhante, “área frágeis da segurança do paciente” e que necessitam melhoria foram consideradas aquelas cujos itens obtiveram 50% ou menos de respostas positivas.

Os cálculos dos percentuais de respostas positivas aos itens e dimensões foram realizados por meio de uma planilha de Excel, customizada para produzir resultados do HSOPSC e possibilitar comparação dos estudos que utilizam esse instrumento em diversos países que são disponibilizados na Internet pela Premier Healthcare Alliance (2007).

Avaliação das propriedades psicométricas do HSOPSC

Confiabilidade

A confiabilidade, aspecto fundamental da avaliação de um instrumento de medida, cientifica se esse está medindo o que se propõe a medir de maneira consistente e reprodutível. A confiabilidade do HSOPSC foi avaliada por meio de sua consistência interna, estimada pelo coeficiente alfa de Cronbach (Cortina, 1993). O coeficiente alfa de Cronbach é amplamente utilizado para avaliar consistência interna e útil em situações em que se aplica o instrumento uma única vez em uma determinada amostra. Os valores da alfa de Cronbach variam entre 0 e 1, e o limite inferior geralmente aceito em pesquisa exploratória é 0,60 (Hair *et al*., 2009). Uma vez que os itens do instrumento foram escritos em ambas as direções – positiva e negativa – os itens escritos negativamente foram reversamente codificados de maneira que um maior

escore indique uma resposta positiva em todos os casos (Sorra e Nieva, 2004). Como citado anteriormente, a maioria dos itens sobre cultura de segurança é respondida utilizando uma escala de cinco pontos refletindo o grau de concordância: de “discordo totalmente” (1) a “concordo totalmente” (5), com uma categoria neutra “não concordo nem discordo” (3). A mais baixa pontuação possível para cada item é 1 e a mais alta é 5. Outros itens podem ser respondidos utilizando uma escala Likert de 5 pontos a partir de “nunca”(1) a “sempre” (5). Após codificação inversa dos itens reversos, o coeficiente alfa de Cronbach foi estimado para o total de itens e para cada dimensão ou fator, em conformidade com a dimensionalidade proposta pelo modelo original, utilizando o pacote estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 17.0. Utilizou-se a abordagem de caso completo (Hair *et al*., 2009) a qual inclui apenas as observações com dados completos aplicando-se a técnica LISTWISE.

Validade de constructo

A validade de constructo foi avaliada por Análise Fatorial Confirmatória (AFC), pela matriz de correlação entre as dimensões e Análise Fatorial Exploratória (AFE). Para essas análises foram excluídos 105 questionários com dados incompletos (N=217). Testes de Kolmogorov-Smirnov foram realizados para verificar a aderência do escore da versão brasileira do HSOPSC à distribuição normal e determinar os tipos de testes estatísticos a serem utilizados. O nível de significância aplicado foi de 5%. A fatorabilidade dos dados foi avaliada pelo índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que indica a proporção da variância dos dados comuns a todas as variáveis. O índice de KMO compara a razão da soma dos quadrados dos coeficientes de correlação dos itens observados com a soma dos quadrados dos coeficientes dos itens e dos quadrados dos coeficientes de correlação parciais. O princípio dessa estatística é que as correlações parciais não deveriam ser muito grandes se são esperados fatores distintos surgirem na análise fatorial. Os seguintes critérios são adotados para avaliação do índice de KMO: 1,0-0,9 muito bom; 0,9-0,8 bom; 0,8-0,7 médio; 0,7-0,6 razoável; 0,6-0,5 fraco; < 0,5 inaceitável (Tabachnick & Fidell, 2001). Adicionalmente,

aplicou-se o teste de esfericidade de Bartlett que avalia se a matriz de correlação é uma matriz identidade, o que indicaria que não há correlação entre as variáveis.

Iniciou-se o processo pela avaliação da estrutura dimensional do instrumento original de 12 dimensões (Sorra & Nieva, 2004) por meio de uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC) (Brown, 2006). Considerando-se que as variáveis dependentes que compõem o HSOPSC são ordinais (opções de respostas em escala Likert de 5 pontos) empregou-se o estimador *Weighted Least Mean and Variance Adjusted* (mínimos quadrados ponderados robusto) (WLSMV) utilizando-se o software Mplus (Muthén & Múthen, 1998-2012). Na AFC, o ajuste do modelo foi avaliado por quatro índices. O ajuste absoluto foi avaliado pelos índices *Weighted Root Mean Square Residual* (WRMSR) e o índice *Root Mean Square Error Of Approximation* (RMSEA), em conformidade com o uso do estimador WLSMV (Muthén & Muthén, 1998-2012). Valores de WRMSR inferior a 1 e tendendo a zero sugerem ajuste adequado. O RMSEA é um índice de inadequação da qualidade do ajuste e incorpora uma função de penalidade para lidar com a pouca parcimônia expressa pelos graus de liberdade do modelo (Hair *et al*., 2009). Valores de RMSEA menores indicam melhor ajuste. Valores < 0,05 sugerem um bom ajuste, enquanto valores > 0,10 indicam ajuste ruim e que o modelo deve ser rejeitado. Como medidas de ajuste incremental (Brown, 2006), utilizou-se os índices *Comparative Fit Index* (CFI) e *Tucker-Lewis Index* (TLI) que comparam o modelo proposto com um modelo nulo de independência. Ambos variam de zero a 1, e valores acima de 0,90 indicam ajuste adequado (Brown, 2006).

A Análise Fatorial Exploratória (AFE) foi realizada para investigar uma estrutura dimensional alternativa plausível e ajustada aos dados do estudo. Para a interpretação dos fatores empregando os 42 itens, considerou-se os autovalores (*eigenvalues*) maiores que 1 e cargas fatoriais mínimas de 0,4 (Sorra & Nieva, 2004). Empregou-se o estimador *Weighted Least Mean and Variance Adjusted* (WLSMV) e o método de rotação oblíquo (geomin), o qual pressupõe que as dimensões constitutivas da cultura de segurança do paciente são relacionadas entre si. Para esta análise, utilizou-se os seguintes índices de ajustes: *Weighted Root Mean Square Residual* (WRMSR), *Root Mean Square Error Of Approximation* (RMSEA), *Comparative Fit Index* (CFI) e *Tucker-Lewis Index* (TLI).

Utilizou-se o Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 17.0 para construir a base de dados, gerenciar dados, tratar as variáveis, executar as análises estatísticas descritivas, o cálculo da confiabilidade e examinar a fatorabilidade dos dados. Na avaliação da cultura de segurança do paciente utilizou-se o EXCEL para elaboração dos gráficos. Para aplicação dos Testes de Kolmogorov-Smirnov, cálculos das correlações entre as dimensões, AFC e AFE utilizou-se o software Mplus versão 7.0 (Muthén & Muthén, 1998-2012).

2.2 Considerações Éticas

O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, através do parecer nº 177/2011 (ANEXO C).

Foi preservado a anonimato dos hospitais participantes e suas identidades não foram explicitadas nos registros e publicações originadas deste estudo. Foi acordado com seus respectivos diretores, o retorno dos dados obtidos nesse estudo para cada hospital. Os documentos de autorização emitidos pela direção dos dois hospitais participantes foram encaminhados ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, conforme solicitação do parecer nº 177/2011.

Cada participante foi esclarecido sobre o desenvolvimento do estudo e recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE F), no qual constam informações relativas ao objetivo da pesquisa, métodos de forma clara e simples, riscos e benefícios. Foi garantido o anonimato dos sujeitos na divulgação dos resultados, a liberdade para retirada do consentimento a qualquer momento e a informação quanto ao destino das informações produzidas. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi entregue em duas vias; uma via ficou de posse do participante e a outra da pesquisadora.

CAPÍTULO III – RESULTADOS

3.1 Resultados

3.1.1 Etapas iniciais da Adaptação Transcultural do HSOPSC

Análise de conteúdo

A partir da discussão com os especialistas e representantes da população-alvo, foram apontados os seguintes fatores intrínsecos à cultura de segurança do paciente no contexto hospitalar brasileiro os quais devem ser contemplados em um instrumento para avaliar cultura de segurança: (i) a preponderância da cultura de culpabilidade frente à ocorrência de erros impedindo o aprendizado a partir dos mesmos; (ii) a importância do trabalho em equipe e do aprendizado contínuo para proporcionar um cuidado de saúde seguro e de qualidade; (iii) a comunicação aberta como fator imprescindível ao aprendizado a partir dos erros; (iv) as complexidades e sutilezas que envolvem as passagens de plantão e de turno e suas consequências para a segurança do paciente; (v) o comprometimento do cuidado de saúde prestado em decorrência de transferências de pacientes entre unidades; (vi) a importância do suporte da gestão da organização na conformação da cultura de segurança positiva; (vii) o papel do líder como promotor de uma cultura de segurança positiva, as quais foram identificadas nos itens componentes do instrumento. A dimensão relacionada à notificação de eventos de segurança do paciente foi assinalada pela população-alvo como não hegemônica no contexto das organizações hospitalares no Brasil. O relato de eventos (acidentes, incidentes, falhas ou erros) não se constitui, ainda, uma prática dominante nas organizações hospitalares em nosso contexto. No entanto, especialistas e profissionais de saúde relataram que diversos hospitais no Brasil já adotam essa prática, com o objetivo de promover o aprendizado mediante a ocorrência desses eventos e melhorias contínuas. Os especialistas e representantes da população-alvo concordaram no

sentido de que os itens componentes do instrumento original são relacionados às dimensões da cultura de segurança no contexto hospitalar brasileiro.

Tradução

Na comparação entre as duas traduções para o português, algumas situações foram discutidas pelos pesquisadores e as decisões tomadas por consenso. No título do questionário, a palavra *survey* foi traduzida como “inquérito” e “pesquisa”, optando-se pelo termo pesquisa (Tabela 1 e 2), por ser mais objetiva e coloquial e de fácil assimilação para a população-alvo. A palavra inquérito remete a um procedimento policial e poderia assumir uma conotação negativa quando se aborda temas como falha ou erro.

Nas instruções contidas no início do instrumento, *medical error* foi traduzido como “erro médico” e “erros associados ao cuidado de saúde”. Esta última tradução foi escolhida visto que os eventos de segurança do paciente podem envolver quaisquer profissionais que prestam cuidados de saúde, e não exclusivamente o médico, e por ser mais utilizada no campo da segurança do paciente. Ainda nas instruções do questionário, houve divergência na tradução do substantivo *mistake* presente na definição de “evento” (*an event is defined as any type of error, mistake, incident, accident, or deviation...*), que significa “erro” na língua portuguesa. Por ser precedido pelo substantivo *error* na sentença, foi traduzido como “engano” e “falha”, sendo este último termo o escolhido para constar na versão síntese para retrotradução (Tabela 1). Posteriormente, o painel de especialistas considerou que a palavra *mistake* deveria ser traduzida e padronizada ao longo do questionário como “erro, engano ou falha”, no intuito de abarcar o máximo de situações que se traduzem em eventos de segurança do paciente no contexto hospitalar brasileiro.

A palavra *staff* (seção A, questões 2, 5, 8, 16; seção B, questão 2; seção C questões 2, 4, 6; seção F, questão 6) foi mantida em inglês em uma das versões e traduzida como “quadro de funcionários” na outra. Manteve-se a tradução da palavra *staff* como “quadro de funcionários” na versão síntese (Tabela 1), sendo modificada posteriormente para “profissionais (independente do vínculo empregatício)” por

consenso do painel de especialistas (Tabela 2) e padronizada ao longo do questionário por considerarem que esta opção abrangeria todos os profissionais envolvidos direta e indiretamente no cuidado do paciente, incluindo funcionários concursados, contratados e terceirizados, os quais constituem objeto de interesse da avaliação proposta pelo instrumento. A expressão *agency temporary staff* (seção A, questão 7) foi traduzida como “funcionários temporários/terceirizados” e “pessoal temporário de agências”. A opção dos pesquisadores e do painel de especialistas foi utilizar o termo “profissionais temporários/ terceirizados” (Tabela 2) por entenderem que esta reflete melhor o contexto brasileiro referente aos contratos temporários de profissionais que prestam serviços no âmbito hospitalar.

Na seção A, questão 10, *by chance* foi traduzido como “por acaso” e “por sorte”. Os pesquisadores optaram por “por sorte” (Tabela 1), e após análise das retrotraduções o painel de especialistas optou por “por acaso” na versão final (Tabela 2). A expressão *gets really busy* (seção A, questão 11) foi traduzida como “está realmente muito atarefada” e “fica sobrecarregada”, sendo esta última a tradução escolhida pelos pesquisadores para a versão síntese, por considerarem exprimir com maior clareza a circunstância sobre a qual se refere a questão (Tabela 1). Ainda na seção A, questão 12, *written up* foi traduzido por “exposta” e “avaliada”. Os pesquisadores julgaram mais adequada para a circunstância a tradução “avaliada” (Tabela 1), mas o painel de especialistas, ao examinar as traduções e retrotraduções formularam uma sentença equivalente, substituindo “parece que é a pessoa quem está sendo avaliada, e não o problema” (Tabela 1), para “parece que o foco recai sobre a pessoa, e não sobre o problema” (Tabela 2).

A expressão idiomática *taking shortcuts* (seção B, questão 3) foi traduzida como “de maneira mais sucinta” e “pular etapas”, sendo que esta última foi considerada a mais adequada pelos pesquisadores para a versão síntese (Tabela 1). Outra expressão idiomática – *things fall between the cracks* (seção F, questão 3) foi traduzida como “tudo vai por água abaixo” e “as coisas passam despercebidas”. A primeira foi a opção dos pesquisadores para a versão síntese (Tabela1), no entanto, o painel de especialistas formulou uma expressão equivalente, sugerindo-a para a versão final – “o cuidado do paciente fica comprometido” (Tabela 2).

Na seção F, questão 5, *patient care* foi traduzido como “cuidado com o paciente” e “atenção ao paciente”, prevalecendo “cuidado com o paciente” na escolha dos pesquisadores para a versão síntese (Tabela 1). Na seção F, questões 5 e 11, *shift changes* foi traduzida como “mudanças de turno” e “mudanças de plantão”. Os pesquisadores optaram pela segunda (Tabela 1), mas a expressão “mudanças de plantão ou de turno” foi sugerida por consenso pelo painel de especialistas por melhor se adequar ao contexto brasileiro (Tabela 2).

As opções de respostas das seções A, B e F mereceram atenção. Em uma escala *Likert* com cinco opções de respostas relacionadas ao grau de concordância com as sentenças afirmativas, as opções *strongly disagree* e *strongly agree,* cuja tradução para o português é “discordo fortemente” e “concordo fortemente”*,* foram traduzidas como “discordo totalmente” e “concordo totalmente”, respectivamente, por adequar-se melhor às expressões utilizadas em nosso contexto. De modo semelhante, as opções de respostas das seções C e D, também em uma escala Likert com cinco opções de respostas relacionadas à frequência da ocorrência de situações diversas, a opção *most of the time* cujo significado na língua portuguesa é “a maior parte das vezes” foi traduzida como “quase sempre”. Na seção E, o instrumento solicita uma nota global da segurança do paciente. No instrumento original, esta nota varia entre *excellent* a *failing*. As palavras *acceptable* e *failing,* cujas traduções para o português seriam “aceitável” e “falha”, foram adaptadas para “regular” e “muito ruim”, respectivamente (Tabelas 1 e 2).

Optou-se por manter o tempo verbal no presente em todo o questionário, como no original em inglês, uma vez que o instrumento não determina um período ao qual o respondente deve se referir ao responder as questões.

As etapas de tradução, retrotradução e a versão final do instrumento produzida pelo painel de especialistas podem ser observadas nas Tabelas 1 e 2. Utilizou-se, na versão final, a tradução do título do questionário original, mas manteve-se a sigla do instrumento original em inglês, por ser amplamente reconhecida e utilizada na comunidade científica.

Com relação à equivalência operacional, o painel de especialistas julgou ser adequado o formato do instrumento original, e optou-se por mantê-lo para realização do pré-teste.

Tabela 1

Avaliação da equivalência semântica entre o questionário original *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) e a versão síntese traduzida para o português. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2012.

Documento original **Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)**	**Versão- síntese das traducões (T12)** **Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente (HSOPSC)**
Instructions *This survey asks for your opinions about patient safety issues, medical error, and event reporting in your hospital and will take about 10 to 15 minutes to complete.*	Instruções Esta pesquisa solicita suas opiniões sobre segurança do paciente, erros do cuidado de saúde e relato de eventos em seu hospital e tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser preenchida.
If you do not wish to answer a question, or if a question does not apply to you, you may leave your answer blank.	Se não quiser responder uma questão, ou se uma pergunta não se aplicar a você, pode deixá-la em branco.
An "event" is defined as any type of error, mistake, incident, accident, or deviation, regardless of whether or not it results in patient harm.	Um "evento" é definido como qualquer tipo de erro, falha, incidente, acidente ou desvio, independente se resultou ou não em dano ao paciente.
"Patient safety" is defined as the avoidance and prevention of patient injuries or adverse events resulting from the processes of health care delivery.	"Segurança do paciente" é definida como evitar e prevenir danos ou eventos adversos aos pacientes, resultantes do processo de cuidados de saúde prestado.
SECTION A: Your Work Area/Unit In this survey, think about of your "unit" as the work area, department, or clinical area of the hospital where you spend most of your work time or provide most of your clinical services.	SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho Nesta pesquisa, pense em sua "unidade" como área de trabalho, departamento, ou área clínica do hospital onde você passa a maior parte do seu tempo ou na qual presta a maior parte de seus serviços clínicos.
What is your primary work area or unit in this hospital? Mark ONE answer. *a. Many different hospital units/No specific unit* *b. Medicine (non-surgical)* *c. Surgery* *d. Obstetrics* *e. Pediatrics* *f. Emergency department* *g. Intensive care unit (any type)* *h. Psychiatry/mental health* *i. Rehabilitation* *j. Pharmacy* *k. Laboratory* *l. Radiology* *m. Anesthesiology* *n. Other, please specify:*	Qual é sua principal área ou unidade neste hospital? Selecione UMA resposta. a. Diversas unidades do hospital/ Nenhuma unidade específica b. Medicina (não cirúrgica) c. Cirurgia d. Obstetrícia e. Pediatria f. Emergência g. Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo) h. Psiquiatria/saúde mental i. Reabilitação j. Farmácia k. Laboratório l. Radiologia m. Anestesiologia n. Outra, por favor, especifique:
Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your work area/unit. *o Strongly Disagreee* *o Disagreee* *o Neither* *o Agree* *o Strongly Agree*	Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre a sua área/unidade de trabalho. o Discordo totalmente o Discordo o Não concordo nem discordo o Concordo o Concordo totalmente
Think about your hospital work area/unit… *1. People support one another in this unit* *2. We have enough staff to handle the workload*	Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital... 1. Nesta unidade, as pessoas apóiam umas as outras 2. Temos quadro de pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho

Tabela 1 (continuação)

Avaliação da equivalência semântica entre o questionário original *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) e a versão síntese traduzida para o português. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2012.

Documento original **Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)**	**Versão- síntese das traducões (T12)** **Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente (HSOPSC)**
3. When a lot of work needs to be done quickly, we work together as a team to get work done	3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para conclui-lo devidamente
4. In this unit, people treat each other with respect	4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito
5. Staff in this unit work longer hours than is best for patient care	5. Nesta unidade, o quadro de pessoal trabalha mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente
6. We are actively doing things to improve patient safety	6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente
7. We use more agency/temporary staff than is best for patient care	7. Usamos mais pessoa temporário/terceirizado do que seria desejável para o cuidado do paciente
8. Staff feel like their mistakes are held against them	8. O quadro de pessoal considera que suas falhas podem ser usadas contra ele
9. Mistakes have led to positive changes here	9. Falhas têm levado a mudanças positivas por aqui
10. It Just by chance that more serious mistakes don't happen around here	10. Falhas mais graves não acontecem por aqui apenas por sorte
11. When one area in this unit gets really busy, others help out	11. Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam
12. When an event is reported, it feels like the person is being written up, not the problem	12. Quando um evento é relatado, parece que é a pessoa quem está sendo avaliada, e não o problema
13. After we make changes to improve patient safety, we evaluate their effectiveness	13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade
14. We work in "crisis mode" trying to do too much, too quickly	14. Nós trabalhamos em "situação de crise" tentando fazer muito e muito rápido
15. Patient safety is never sacrificed to get more work done	15. A segurança do paciente jamais é comprometida em prol de mais quantidade de trabalho concluída
16. Staff worry that mistakes they make are kept in their personnel file	16. O quadro de pessoal se preocupa que suas falhas sejam registradas em suas fichas funcionais
17. We have patient safety problems in this unit	17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente
18. Our procedures and systems are good at preventing errors from happening	18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros
SECTION B: Your Supervisor/Manager *Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your immediate supervisor/manager or person to whom you directly report.*	SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre o seu supervisor/chefe imediato ou pessoa a quem você se reporta diretamente.
o Strongly Disagreee	o Discordo totalmente
o Disagreee	o Discordo
o Neither	o Não concordo nem discordo
o Agree	o Concordo
o Strongly Agree	o Concordo totalmente
1. My supervisor/manager says a good word when he/she sees a job done according to established patient safety procedures	1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente
2. My supervisor/manager seriously considers staff suggestions for improving patient safety	2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões do quadro de pessoal para melhoria da segurança do paciente

Tabela 1 (continuação)

Avaliação da equivalência semântica entre o questionário original *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) e a versão síntese traduzida para o português. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2012.

Documento original **Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)**	**Versão- síntese das traducões (T12)** **Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente (HSOPSC)**
SECTION B: Your Supervisor/Manager (continued) *3. Whenever pressure builds up, my supervisor /manager wants us to work faster, even if it means taking shortcuts* *4. My supervisor/manager overlooks patient safety problems that happens over and over*	SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe(continuação) 3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/Chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas" 4. O meu supervisor/chefe não dá importância aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente
SECTION C: Communications How often do the following things happen in your work/area unit? *o Never* *o Rarely* *o Sometimes* *o Most of the time* *o Always* *Think about your hospital work area/unit* *1. We are given feedback about changes put into place based on event reports* *2. Staff will freely speak up if they see something that may negatively affect patient care* *3. We are informed about errors that happen in this unit* *4. Staff feel free to question the decisions or actions of those with more authority* *5. In this unit, we discuss ways to prevent errors from happening again* *6. Staff are afraid to ask questions when something does not seem right*	SEÇÃO C: Comunicação Com que frequência as situações abaixo ocorrem na sua área/unidade de trabalho? o Nunca o Raramente o Às vezes o Quase sempre o Sempre Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital 1. Somos informados sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos 2. O quadro de pessoal tem liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente 3. Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade 4. O quadro de pessoal sente-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores 5. Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente 6. O quadro de pessoal tem receio de perguntar, quando algo parece não estar certo
SECTION D: Frequency of Events Reported *If your hospital work area/unit, when the following mistakes happen, how often are they reported?* *o Never* *o Rarely* *o Sometimes* *o Most of the time* *o Always* *1. When a mistake is made, but is caught and corrected before affecting the patient, how often is this reported?* *2. When a mistake is made, but has no potential to harm the patient, how often is this reported?* *3. When a mistake is made, that could harm the patient, but does not, how often is this reported?*	SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados Na sua área/unidade de trabalho no hospital, quando ocorrem as falhas a seguir, com que frequência elas são relatadas? o Nunca o Raramente o Às vezes o Quase sempre o Sempre 1. Quando ocorre uma falha, mas ela é percebida e corrigida antes de afetar o paciente, com que frequência ela é relatada? 2. Quando uma falha acontece, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ela é relatada? 3. Quando ocorre uma falha que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ela é relatada?
SECTION E: Patient Safety Grade *Please give your work area/unit in this hospital an overall grade on patient safety. Mark one answer.* *o A Excellent o B Very Good o C Acceptable* *o D Poor o Failing*	SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente Por favor, dê uma nota geral para a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital. o Excelente o Muito boa o Regular o Ruim o Muito Ruim

Tabela 1 (continuação)

Avaliação da equivalência semântica do questionário original *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) e a versão síntese traduzida para o português. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2012.

Documento original **Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)**	**Versão- síntese das traducões (T12)** **Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente (HSOPSC)**
SECTION F: Your Hospital Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your hospital. Think about your hospital…	SEÇÃO F: O seu hospital Por favor, indique a sua concordância ou discordância com as seguintes afirmações sobre o seu hospital. Pense em seu hospital...
o Strongly Disagreee *o Disagreee* *o Neither* *o Agree* *o Strongly Agree*	o Discordo totalmente o Discordo o Não concordo nem discordo o Concordo o Concordo totalmente
1. *Hospital management provides a work climate that promotes patient safety* 2. *Hospital units do not coordinate well with each other* 3. *Things "fall between the cracks" when transferring patients from one unit to another* 4. *There is good cooperation among hospital units that need to work together* 5. *Important patient care information is often lost during shift changes* 6. *It is often unpleasant to work with staff from other hospital units* 7. *Problems often occur in the exchange of information across hospital units* 8. *The actions of hospital management show that patient safety is a top priority* 9. *Hospital management seems interested in patient safety only after an adverse event happens* 10. *Hospital units work well together to provide the best care for patients* 11. *Shift changes are problematic for patients in this hospital*	1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente 2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si 3. Algumas coisas se perdem quando um paciente é transferido de uma unidade para outra 4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto 5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão 6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com o quadro de pessoal de outras unidades do hospital 7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital 8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade 9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso 10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes 11. Neste hospital, as mudanças de plantão são problemáticas para os pacientes
SECTION G: Number of Events Reported *In the past 12 months, how many event reports have you filled out and submitted?* *o a. No event reports* *o b. 1 to 2 event reports* *o c. 3 to 5 event reports* *o d. 6 to 10 event reports* *o e. 11 to 20 event reports* *o f. 21 event reports or more*	SEÇÃO G: Número de eventos relatados Nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos você preencheu e apresentou? o a. Nenhum relatório o b. 1 a 2 relatórios o c. 3 a 5 relatórios o d. 11 a 15 relatórios o e. 16 a 20 relatórios o f. 21 relatórios ou mais
SECTION H: Background Information *This information will help in the analysis of the survey results.* *1. How long have you worked in this hospital?* *o a. Less than 1 year* *o b. 1 to 5 years* *o c. 6 to 10 years* *o d. 11 to 15 years* *o e. 16 to 20 years* *o f. 21 years or more*	SEÇÃO H: Informações gerais As informações a seguir contribuirão para a análise dos resultados da pesquisa. 1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital? o a. Menos de 1 ano o b. 1 a 5 anos o c. 6 a 10 anos o d. 11 a 15 anos o e. 16 a anos o f. 21 anos ou mais

Tabela 1 (continuação)

Avaliação da equivalência semântica entre o questionário original *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) e a versão síntese traduzida para o português. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2012.

Documento original **Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)**	**Versão- síntese das traducões (T12)** **Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente (HSOPSC)**
2. How long have you worked in your current hospital work area/unit??	2. Há quanto tempo você trabalha na sua atual área/unidade do hospital?
o a. Less than 1 year o b. 1 to 5 years	o a. Menos de 1 ano o b. 1 a 5 anos
o c. 6 to 10 years o d. 11 to 15 years	o c. 6 a 10 anos o d. 11 a 15 anos
o e. 16 to 20 years o f. 21 years or more	o e. 16 a anos o f. 21 anos ou mais
3. Tipically, how many hours per week do you work in this hospital?	3. Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste hospital?
o a. Less than 20 hours per week	o a. Menos que 20 horas por semana
o b. 20 to 39hours per week	o b. 20 a 39hours por semana
o c. 40 to 59 hours per week	o c. 40 a 59 hours por semana
o d. 60 to 79 hours per week	o d. 60 a 79 horas por semana
o e. 80 to 99 hours per week	o e. 80 a 99 horas por semana
o f. 100 hours per week or more	o f. 100 horas por semana ou mais
4. What is your staff position in this hospital? Mark ONE answer that best describes your staff position.	4. Qual é o seu cargo/função neste hospital? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal
o a. Registered Nurse	o a. Enfermeiro
o b. Physician Assistant/Nurse Practitioner	o b. Técnico de Enfermagem
o c. LVN/LPN	o c. Auxiliar de Enfermagem
o d. Patient Care Assistant/Hospital Aide/Care Partner	o d. Médico do Corpo Clínico/ Médico Assistente
o e. Attending/Staff Physician	o e. Médico Residente/Médico em Treinamento
o f. Resident Physician/ Physician in Training	o f. Farmaceutico/Bioquímico/Biólogo/Biomédico
o g. Pharmacist	o g. Nutricionista
o h. Dietician	o h. Assistente social
o i. Unit Assistant/Clerk/Secretary	o i. Odontólogo
o j. Respiratory Therapist	o j. Psicólogo
o k. Physical, Occupational, or Speech Therapist	o k. Fisioterapeuta/Terapeuta Respiratório/Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo
o l. Thecnician (e.g., EKG, Lab, Radiology)	o l. Técnico (por ex., ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia)
o m. Administration/Management	o m. Administração/Direção
o n. Other, please specify:	o n. Auxiliar Administrativo/Secretário
	o o. Outro, especifique:
5. In your staff position, do you tipically have direct interaction or contact with patients?	5. No seu cargo/função, em geral você tem interação ou contato direto com os pacientes?
o a. YES, I tipically have direct interaction or contact with patients.	o a. SIM, em geral tenho interação ou contato direto com os pacientes.
o b. NO, I tipically do NOT have direct interaction or contact with patient.	o b. NÃO, em geral NÃO tenho interação ou contato direto com os pacientes.
6. How long have you worked in your current specialty or profession?	6.Há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual?
o a. Less than 1 year o b. 1 to 5 years	o a. Menos de 1 ano o b. 1 a 5 anos
o c. 6 to 10 years o d. 11 to 15 years	o c. 6 a 10 anos o d. 11 a 15 anos
o e. 16 to 20 years o f. 21 years or more	o e. 16 a 20 anos o f. 21 anos ou mais
SECTION I: Your comments	SEÇÃO I: Seus comentários
Please feel free to write any comments about patient safety, error, or event reporting in your hospital.	Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança do paciente, erro ou relato de eventos no seu hospital.
THANK YOU FOR COMPLETING THIS SURVEY.	OBRIGADO POR PREENCHER ESTA PESQUISA.

Tabela 2

Avaliação da equivalência semântica entre a retrotradução do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) e a versão final do painel de especialistas. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2012.

Retrotradução **Survey on Patient Safety in Hospitals**	**Versão do Painel de Especialistas** **Pesquisa sobre Segurança do Paciente (HSOPSC)**
Instructions *This survey asks for your opinions about patient safety, health care errors, and event reporting in your hospital. It will take about 10 to 15 minutes to complete.* *If you do not wish to answer a question, or if a question does not apply to you, you can leave it blank.* *An "event" is defined as any kind of mistak,e failure, incident, accident, or deviation, regardless of whether or not it results in harm to the patient or not.* *"Patient safety" is defined as avoiding and preventing patient harm or adverse events resulting from the health care process provided.* *<u>SECTION A: Your Work Area/Unit</u> In this survey, think of your "unit" as the work area, department, or clinical area of the hospital where you spend <u>most of your working time or where you provide most of your clinical services</u>.* *What is your main area or unit in this hospital? Select ONE answer.* *a. Several hospital units/No specific unit* *b. Medicine (non-surgical)* *c. Surgery* *d. Obstetrics* *e. Pediatrics* *f. Emergency* *g. Intensive care unit (any type)* *h. Psychiatry/mental health* *i. Rehabilitation* *j. Pharmacy* *k. Laboratory* *l. Radiology* *m. Anesthesiology* *n. Other, please specify:* *Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your work area/unit.* *o Totally Disagreee* *o Disagreee* *o Neither* *o Agree* *o Totally Agree* *Think of your hospital work area/unit at the hospital…* *1. In this unit people support one another* *2. We have enough staff to handle the workload*	Instruções Esta pesquisa solicita suas opiniões sobre segurança do paciente, erros associados ao cuidado de saúde e relato de eventos em seu hospital e tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser preenchida. Se não quiser responder uma questão, ou se uma pergunta não se aplicar a você, pode deixá-la em branco. Um "evento" é definido como qualquer tipo de erro, engano, falha, incidente, acidente ou desvio, independente se resultou ou não em dano ao paciente. "Segurança do paciente" é definida como evitar e prevenir danos ou eventos adversos aos pacientes, resultantes dos processos de cuidados de saúde prestados. <u>SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho</u> Nesta pesquisa, pense em sua "unidade" como área de trabalho, departamento, ou área clínica do hospital onde você passa <u>a maior parte do seu tempo ou na qual presta a maior parte dos seus serviços clínicos</u>. Qual é sua principal área ou unidade neste hospital? Selecione UMA resposta. a. Diversas unidades do hospital/ Nenhuma unidade específica b. Medicina (não cirúrgica) c. Cirurgia d. Obstetrícia e. Pediatria f. Emergência g. Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo) h. Psiquiatria/saúde mental i. Reabilitação j. Farmácia k. Laboratório l. Radiologia m. Anestesiologia n. Outra, por favor, especifique: Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre a sua área/unidade de trabalho. o Discordo totalmente o Discordo o Não concordo nem discordo o Concordo o Concordo totalmente Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital... 1. Nesta unidade, as pessoas apóiam umas as outras 2. Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho

Tabela 2 (continuação)

Avaliação da equivalência semântica entre a retrotradução do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) e a versão final do painel de especialistas. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2012.

Retrotradução **Survey on Patient Safety in Hospitals**	**Versão do Painel de Especialistas** **Pesquisa sobre Segurança do Paciente** **(HSOPSC)**
3. When there is a lot of work to be done quickly, we work together as a team to it properly	3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente
4. People in this unit treat each other with respect	4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito
5. Staff in this unit work longer hours than would be best for patient care	5. Nesta unidade, os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente
6. We are actively doing things to improve patient safety	6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente
7. We use more temporary/outsourced staff than would be desirable for patient care	7. Utilizamos mais profissionais temporário/terceirizado do que seria desejável para o cuidado do paciente
8. Staff feel that their mistakes may be used against them	8. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) consideram que suas falhas podem ser usadas contra eles
9. Errors have led to positive changes around here	9. Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui
10. It is only by luck that more serious mistakes don't happen here	10. Erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem por aqui apenas por acaso
11. When a work area/unit is overloaded, the others help	11. Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam
12. When an event is reported, it seems that the person is being evaluated, not the problem	12. Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema
13. After we implement changes to improve patient safety, we evaluate their effectiveness	13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade
14. We work in "crisis situation" trying to do too much, too quickly	14. Nós trabalhamos em "situação de crise" tentando fazer muito e muito rápido
15. Patient safety is never compromised in favor of getting more work done	15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída
16. Staff worry that their failures are recorded on their work files	16. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais
17. In this unit we have problems with patient safety	17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente
18. Our procedures and systems are adequate to prevent errors from occurring	18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros
SECTION B: Your Supervisor/Boss *Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your immediate supervisor/boss or person you report directly.* *o Totally Disagreee* *o Disagreee* *o Neither* *o Agree* *o Totally Agree*	SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre o seu supervisor/chefe imediato ou pessoa a quem você se reporta diretamente. o Discordo totalmente o Discordo o Não concordo nem discordo o Concordo o Concordo totalmente
5. My supervisor/boss praises us when he sees that work has been performed according to the established patient safety procedures	5. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente

Tabela 2 (continuação)

Avaliação da equivalência semântica entre a retrotradução do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) e a versão final do painel de especialistas. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2012.

Retrotradução **Survey on Patient Safety in Hospitals**	**Versão do Painel de Especialistas** **Pesquisa sobre Segurança do Paciente** **(HSOPSC)**
SECTION B: Your Supervisor/Manager (continued)	SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe(continuação)
1. My supervisor/boss really considers staff suggestions for improving patient safety	1. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais (independente do vínculo empregatício) para melhoria da segurança do paciente
2. Whenever pressure increases, my supervisor /boss wants us to work faster, even if this means cutting corners	2. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/Chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"
3. My supervisor/boss does not pay enough attention to the patient safety problems that happen repeatedly	3. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente
SECTION C: Communications How often do the situations bellow occur in your work/area unit?	SEÇÃO C: Comunicação Com que frequência as situações abaixo ocorrem na sua área/unidade de trabalho?
o Never	o Nunca
o Rarely	o Raramente
o Sometimes	o Às vezes
o Almost always	o Quase sempre
o Always	o Sempre
Think about your hospital work area/unit	Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital
1. We are informed about changes implemented as a result of event reports	1. Somos informados sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos
2. Staff can speak freely when they see something that could negatively affect patient care	2. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente
3. We are informed about errors that happen in this unit	3. Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade
4. Staff feel free to question the decisions or actions of their superiors	4. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores
5. In this unit, we discuss ways to prevent errors from happening again	5. Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente
6. Staff are afraid to ask questions when something does not seem right	6. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo
SECTION D: Frequency of Events Reported	SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados
If your work area/unit at the hospital, when the mistakes bellow happen, how often are they reported?	Na sua área/unidade de trabalho no hospital, quando ocorrem as falhas a seguir, com que frequência elas são relatadas?
o Never	o Nunca
o Rarely	o Raramente
o Sometimes	o Às vezes
o Almost always	o Quase sempre
o Always	o Sempre
1. When a mistake is made, but is perceived and corrected before it affects the patient, how often is this reported?	1. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?
2. When a mistake occurs, but there is no risk of harm the patient, how often is this reported?	2. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado?
3. When a mistake is occurs, that could harm the patient, but does not, how often is this reported?	3. Quando ocorre erro, engano ou falha que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?

Tabela 2 (continuação)

Avaliação da equivalência semântica entre a retrotradução *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) e a versão final do painel de especialistas. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2012.

Retrotradução **Survey on Patient Safety in Hospitals**	**Versão do Painel de Especialistas** **Pesquisa sobre Segurança do Paciente** **(HSOPSC)**
SECTION E: Patient Safety Score *Please give an overall score for patient safety in your work area/unit at the hospital . Mark one answer.* *o A Excellent o B Very Good o C Regular* *o D Poor o Very poor*	SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente Por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital. o Excelente o Muito boa o Regular o Ruim o Muito Ruim
SECTION F: Your Hospital Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your hospital. Think about your hospital… *o Totally Disagreee* *o Disagreee* *o Neither* *o Agree* *o Totally Agree*	SEÇÃO F: O seu hospital Por favor, indique a sua concordância ou discordância com as seguintes afirmações sobre o seu hospital. Pense em seu hospital... o Discordo totalmente o Discordo o Não concordo nem discordo o Concordo o Concordo totalmente
1. 1.The hospital management fosters a working atmosphere that promotes patient safety *2. The hospital units are no well coordinate amogst themselves* *3. Some things get lost when a patient is transferred from one unit to another* *4. There is good cooperation among the hospital units that need to work together* *5. It is common for important information about patient care to be lost during shift changes* *6. It is often unpleasant to work with staff from other units of the hospital* *7. Problems often occur when information is exchanged between hospital units* *8. The hospital management's actions show that patient safety is the main priority* *9. The hospital management only seems to be interested in patient safety when an adverse event occurs* *10. The hospital units work well together to give patients the best care* *11. In this hospital shift changes are problematic for patients*	1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente 2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si 3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra 4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto 5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão ou de turno 6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo empregatício) de outras unidades do hospital 7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital 8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade 9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso 10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes 11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes
SECTION G: Number of Events Reported *In the past 12 months, how many event reports have you filled in and submitted?* *o a. No event reports o b. 1 to 2 event reports* *o c. 3 to 5 event reports o d. 6 to 10 event reports* *o e. 11 to 20 event reports o f. 21 event reports or more*	SEÇÃO G: Número de eventos relatados Nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos você preencheu e apresentou? o a. Nenhum relatório o b. 1 a 2 relatórios o c. 3 a 5 relatórios o d. 11 a 15 relatórios o e. 16 a 20 relatórios o f. 21 relatórios ou mais

Tabela 2 (continuação)

Avaliação da equivalência semântica entre a retrotradução do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) e a versão final do painel de especialistas. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2012.

Retrotradução **Survey on Patient Safety in Hospitals**	**Versão do Painel de Especialistas** **Pesquisa sobre Segurança do Paciente (HSOPSC)**
SECTION H: Background Information *This information will help in the analysis of the survey results.* *1. How long have you worked in this hospital?* *o a. Less than 1 year* *o b. 1 to 5 years* *o c. 6 to 10 years* *o d. 11 to 15 years* *o e. 16 to 20 years* *o f. 21 years or more* *2. How long have you worked in your present work area/unit at the hospital?* *o a. Less than 1 year* *o b. 1 to 5 years* *o c. 6 to 10 years* *o d. 11 to 15 years* *o e. 16 to 20 years* *o f. 21 years or more* *3. Normally, how many hours per week do you work in this hospital?* *o a. Less than 20 hours per week* *o b. 20 to 39hours per week* *o c. 40 to 59 hours per week* *o d. 60 to 79 hours per week* *o e. 80 to 99 hours per week* *o f. 100 hours per week or more* *4. What is your staff position in this hospital? Mark ONE answer that best describes your staff position.* *o a. Registered Nurse* *o b. Physician Assistant/Nurse Practitioner* *o c. LVN/LPN* *o d. Patient Care Assistant/Hospital Aide/Care Partner* *o e. Attending/Staff Physician* *o f. Resident Physician/ Physician in Training* *o g. Pharmacist* *o h. Dietician* *o i. Unit Assistant/Clerk/Secretary* *o j. Respiratory Therapist* *o k. Physical, Occupational, or Speech Therapist* *o l. Thecnician (e.g., EKG, Lab, Radiology)* *o m. Administration/Management* *o n. Other, please specify:* *5. In your staff position, do you normally have direct interaction or contact with patients?* *o a. YES, I normally have direct interaction or contact with patients.* *o b. NO, I normally do NOT have direct interaction or contact with patient.*	SEÇÃO H: Informações gerais As informações a seguir contribuirão para a análise dos resultados da pesquisa. 1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital? o a. Menos de 1 ano o b. 1 a 5 anos o c. 6 a 10 anos o d. 11 a 15 anos o e. 16 a anos o f. 21 anos ou mais 2. Há quanto tempo você trabalha na sua atual área/unidade do hospital? o a. Menos de 1 ano o b. 1 a 5 anos o c. 6 a 10 anos o d. 11 a 15 anos o e. 16 a anos o f. 21 anos ou mais 3. Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste hospital? o a. Menos que 20 horas por semana o b. 20 a 39hours por semana o c. 40 a 59 hours por semana o d. 60 a 79 horas por semana o e. 80 a 99 horas por semana o f. 100 horas por semana ou mais 4. Qual é o seu cargo/função neste hospital? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal o a. Enfermeiro o b. Técnico de Enfermagem o c. Auxiliar de Enfermagem o d. Médico do Corpo Clínico/ Médico Assistente o e. Médico Residente/Médico em Treinamento o f. Farmaceutico/Bioquímico/Biólogo/Biomédico o g. Nutricionista o h. Assistente social o i. Odontólogo o j. Psicólogo o k. Fisioterapeuta/Terapeuta Respiratório/Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo o l. Técnico (por ex., ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia) o m. Administração/Direção o n. Auxiliar Administrativo/Secretário o o. Outro, especifique: 5. No seu cargo/função, em geral você tem interação ou contato direto com os pacientes? o a. SIM, em geral tenho interação ou contato direto com os pacientes. o b. NÃO, em geral NÃO tenho interação ou contato direto com os pacientes.

Tabela 2 (continuação)

Avaliação da equivalência semântica entre a retrotradução do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) e a versão final do painel de especialistas. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2012.

Retrotradução **Survey on Patient Safety in Hospitals**	**Versão do Painel de Especialistas** **Pesquisa sobre Segurança do Paciente** **(HSOPSC)**
6.How long have you worked in your present specialty or profession? *o a. Less than 1 year* *o b. 1 to 5 years* *o c. 6 to 10 years* *o d. 11 to 15 years* *o e. 16 to 20 years* *o f. 21 years or more*	6.Há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual? o a. Menos de 1 ano o b. 1 a 5 anos o c. 6 a 10 anos o d. 11 a 15 anos o e. 16 a anos o f. 21 anos ou mais
SECTION I: Your comments	SEÇÃO I: Seus comentários
Please feel free to write any comment about patient safety, errors or events at your hospital	Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança do paciente, erro ou relato de eventos no seu hospital.
THANK YOU FOR COMPLETING THIS QUESTIONNAIRE AND TAKING PART IN THIS SURVEY.	OBRIGADO POR PREENCHER ESTE QUESTIONÁRIO E FAZER PARTE DESTA PESQUISA.

Compreensão verbal

O pré-teste foi realizado com a participação de 31 profissionais que trabalham em hospitais. Participaram do pré-teste enfermeiros (11), médicos (2), nutricionista (1), farmacêutico/bioquímico (1), técnicos de enfermagem (11), auxiliares de enfermagem (2), técnico de laboratório (1), administrador (1), auxiliar administrativo (1). Os profissionais eram oriundos de unidades diversas: Clínica, Cirurgia, Terapia Intensiva, Obstetrícia, Pediatria, Laboratório, Farmácia, Hemodiálise, Administração/Direção, Controle de Infecção Hospitalar e outras. Todos os participantes referiram ter interação ou contato direto com os pacientes.

Na análise das respostas ao questionário, as questões mostraram ser de fácil compreensão para a população-alvo. A média global de compreensão alcançada foi 4,83 (valor máximo=5). Os graus médios de compreensão verbal, apresentados na Tabela 3, demonstram valores médios superiores a 4,10. Os participantes do pré-teste informaram ter despendido cerca de 10 a 15 minutos para o preenchimento do instrumento.

A versão final do instrumento profuzida pelo painel de especialistas é apresentada no APÊNDICE G.

Tabela 3

Avaliação da compreensão verbal da Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC), RJ, Brasil, 2012

Questões	**População – alvo (N = 31) Média (Desvio-padrão)**
A.1	4,84 (0,43)
A.2	4,70 (0,79)
A.3	4,87 (0,73)
A.4	5,00 (0,00)
A.5	4,45 (1,14)
A.6	4,77 (0,81)
A.7	4,45 (1,25)
A.8	4,61 (0,89)
A.9	4,84 (0,75)
A.10	4,13 (1,59)
A.11	5,00 (0,00)
A.12	4,77 (0,50)
A.13	4,66 (0,80)
A.14	4,32 (0,96)
A.15	5,00 (0,00)
A.16	5,00 (0,00)
A.17	4,45 (0,90)
A.18	4,90 (0,31)
B.1	5,00 (0,00)
B.2	5,00 (0,00)
B.3	4,94 (0,37)
B.4	4,94 (0,37)
C.1	4,97 (0,18)
C.2	4,97 (0,18)
C.3	5,00 (0,00)
C.4	5,00 (0,00)
C.5	5,00 (0,00)
C.6	4,94 (0,37)
D.1	4,63 (0,72)
D.2	4,70 (0,59)
D.3	4,83 (0,31)
F.1	4,77 (0,66)
F.2	5,00 (0,00)
F.3	4,84 (0,53)
F.4	4,83 (0,46)
F.5	5,00 (0,00)
F.6	5,00 (0,00)
F.7	4,77 (0,55)
F.8	5,00 (0,00)
F.9	4,87 (0,43)
F.10	5,00 (0,00)
F.11	4,77 (0,82)
Total	4,83 (0,42)

3.1.2. Estudo seccional – percepção da segurança do paciente e propriedades psicométricas do instrumento de mensuração

Após a conclusão das etapas iniciais da ATC do HSOPSC, o instrumento foi aplicado aos profissionais de todas as unidades de internação dos dois hospitais participantes, incluindo unidades que prestavam serviços de apoio diagnóstico e terapêutico aos pacientes internados. No HOSPITAL 2 a unidade de Nutrição e Dietética foi excluída, por se tratar de um serviço terceirizado com alta rotatividade entre os funcionários. No HOSPITAL 1 e 2, o setor de Limpeza e Higiene foi excluído pelo mesmo motivo.

No total, 718 funcionários foram convidados a participar do estudo: 261 do HOSPITAL 1 e 457 do HOSPITAL 2. Obtivemos um retorno de 327 questionários: 149 do HOSPITAL 1 e 178 do HOSPITAL 2.

Na revisão de todos os questionários verificou-se que 2 questionários do HOSPITAL 1 não possuíam pelo menos uma seção preenchida por completo; e 1 questionário do HOSPITAL 1 apresentou a mesma opção de reposta em todas as sentenças de uma mesma seção que continha itens reversos. Os três questionários foram excluídos, assim o HOSPITAL 1 somou 146 questionários válidos, perfazendo um percentual de resposta de 56%. Com relação ao HOSPITAL 2, dos 178 questionários respondidos, 2 questionários não possuíam pelo menos uma seção preenchida por completo. Esses questionários foram excluídos e o HOSPITAL 2 somou 176 questionários válidos, perfazendo um percentual de resposta de 38,5%. Os dois hospitais juntos somaram 322 questionários válidos perfazendo um percentual de resposta de 44,8%.

<u>Análise dos dados ausentes</u>

Dos 322 questionários incluídos no estudo, 105 apresentaram pelo menos um item ausente e 217 questionários foram integralmente respondidos.

Verificou-se que o percentual de dados ausentes variou entre 0,6 a 7,7% entre os itens. Considerando a estrutura dimensional do instrumento, apenas a dimensão

“frequência de relato de eventos”, composta por três questões relacionadas ao relato de erros apresentou um percentual médio de perda acima de 5% (5,9%).

A comparação dos questionários completos com o grupo de questionários incompletos (com dados ausentes) quanto ao grau de instrução do respondente e sua área/unidade de trabalho no hospital por meio do teste qui-quadrado (nível de significância de 95%) mostrou não haver diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Perfil dos participantes

Com relação às características da população do estudo, o gênero feminino predominou nos dois hospitais, com um total de 255 (79,2%). A maior parte dos participantes de ambos os hospitais (83,9%) indicaram ter contato direto com o paciente (Tabela 4).

Quanto ao grau de instrução dos participantes, 135 (41,9%) concluíram o nível superior, 168 (52,1%) concluíram o nível médio e 13 (4,1%) afirmaram ter grau de instrução inferior ao nível médio de ensino (Tabela 4). No entanto, o nível de escolaridade diferiu entre os hospitais. No HOSPITAL 1, 76% dos respondentes tinham ensino médio ou grau de instrução inferior, e apenas 10,5% afirmaram ter nível superior completo; ao passo que no HOSPITAL 2, 39,7% dos respondentes tinham ensino médio ou grau de instrução inferior e 59,6% dos respondentes afirmaram ter nível superior completo (Tabela 4).

Com relação à categoria profissional, aquelas ligadas à Enfermagem (técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e enfermeiros) foram os profissionais que mais preencheram o questionário em ambos os hospitais, totalizando 242 (75,2%). No HOSPITAL 1 essas categorias preencheram 98 questionários (67,1%) e no HOSPITAL 2, foram responsáveis pelo preenchimento de 144 questionários (81,8%) (Tabela 4).

Quanto ao tempo de trabalho no hospital, no total da amostra, 189 respondentes (58,7%) afirmaram ter 5 anos ou menos de tempo de trabalho no hospital. No HOSPITAL 1 esse número foi 77 (53,5%) e no HOSPITAL 2, 111 (63,1%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Gênero, *status* de contato com o paciente, grau de instrução, cargo/função e tempo de trabalho no hospital. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2012.

	Hospitais					
	Hospital 1		Hospital 2		Hospital 1 e 2 (Total)	
	N	%	N	%	N	%
Gênero						
Masculino	31	21,2	31	17,6	62	19,3
Feminino	111	76%	144	81,8	255	79,2
Dados ausentes	4	2,7	1	0,57	5	1,6
Total	146	100	176	100	322	100
***Status* de contato com o paciente**						
Contato direto	123	84,2	147	83,5	270	83,9
Não tem contato direto	17	11,6	27	15,3	44	13,7
Dados ausentes	6	4,1	2	1,1	8	2,5
Total	146	100	176	100	322	100
Grau de instrução						
Ensino Básico Incompleto	1	0,7	-	-	1	0,3
Ensino Básico Completo	9	6,1	3	1,7	12	3,8
Ensino Médio	101	69,2	67	38,0	168	52,1
Ensino Superior	30	10,5	105	59,6	135	41,9
Dados ausentes	5	3,4	1	0,6	6	1,9
Total	146	100	176	100	322	100
Cargo/função no hospital						
Técnico de Enfermagem	63	43,2	50	28,4	113	35,1
Auxiliar de Enfermagem	25	17,1	51	29,0	76	23,6
Enfermeiro	10	6,8	43	24,4	53	16,5
Técnico (Laboratório, ECG, RX)	7	4,8	13	7,4	20	6,2
Médico	8	5,5	7	4,0	15	4,7
Médico Residente	-	-	1	0,6	1	0,3
Outros	7	4,8	2	1,1	9	2,8
Administrador/diretor	-	-	2	1,1	2	0,6
Auxiliar Administrativo/secretário	13	8,9	1	0,6	14	4,3
Fisioterapeuta	-	-	1	0,6	1	0,3
Nutricionista	-	-	2	1,1	2	0,6
Farmacêutico/Biólogo/Bioquímico	3	2,1	1	0,6	4	1,2
Assistente Social	1	0,7	-	-	1	0,3
Dados ausentes	9	6,2	2	1,1	11	3,4
Total	146	100	176	100	322	100
Tempo de trabalho no hospital						
Menos de 1 ano	22	15,1	3	1,7	25	7,8
1 a 5 anos	56	38,4	108	61,4	164	50,9
6 a 10 anos	18	12,3	12	6,8	30	9,3
11 a 15 anos	20	13,7	5	2,8	25	7,8
16 a 20 anos	10	6,8	21	1,9	31	9,6
21 anos ou mais	11	7,5	21	11,9	32	9,9
Dados ausentes	9	6,2	6	3,4	15	4,7
Total	146	100	176	100	322	100

Quanto à carga horária semanal e considerando o total de participantes, 137 (42,5%) participantes relataram trabalhar entre 20 a 39 horas por semana e 155 (48,1%) entre 40 a 59 horas por semana. No HOSPITAL 1, 106 participantes (72,6%)

afirmaram trabalhar entre 40 a 59 horas por semana enquanto que no HOSPITAL 2, 116 (65,91%) afirmaram trabalhar entre 20 a 39 horas por semana.

A Tabela 5 ilustra a principal área/unidade de trabalho dos participantes no hospital e o tempo que estes atuam na atual área/unidade de trabalho. Observa-se que a maior parte dos respondentes trabalha nas unidades Clínica (16,1%), Cirúrgica (12,7%), Pediatria (7,8%), Hemodiálise (7,8%), Central de Esterilização de Material (6,8%), Laboratório (6,2%), Terapia Intensiva (5,9%), Emergência (5,9%) e Obstetrícia (5,0%). A maior parte dos respondentes (59,3%) trabalha 5 ou menos anos em sua atual área de trabalho.

Tabela 5 - Principal área/unidade de trabalho e tempo de trabalho na atual área/unidade no hospital. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2012.

	Hospitais					
	Hospital 1		Hospital 2		Hospital 1 e 2 (Total)	
	N	%	N	%	N	%
Principal área/unidade no hospital						
Cirurgia	18	12,3	34	19,3	52	16,1
Clínica	16	11,0	25	14,2	41	12,7
Pediatria	14	9,6	11	6,3	25	7,8
Hemodiálise	9	6,2	16	9,1	25	7,8
Central de Material Esterilizado	9	6,2	13	7,4	22	6,8
Laboratório	8	5,5	12	6,8	20	6,2
Terapia intensiva (qualquer tipo)	6	4,1	13	7,4	19	5,9
Emergência	15	10,3	4	2,3	19	5,9
Diversas áreas	11	7,5	8	4,5	19	5,9
Obstetrícia	16	11,0	-	-	16	5,0
Quimioterapia	-	-	10	5,7	10	3,1
Médica e Cirúrgica	4	2,7	4	2,3	8	2,5
Endoscopia	-	-	8	4,5	8	2,5
Gestão	3	2,1	5	2,8	8	2,5
Outras	2	1,4	4	2,3	6	1,9
Recepção/portaria	4	2,7	1	0,6	5	1,6
Nutrição	5	3,4	-	-	5	1,6
Radiologia	1	0,7	4	2,3	5	1,6
Farmácia	2	1,4	2	1,1	4	1,2
Anestesiologia	1	0,7	-	-	1	0,3
Reabilitação	1	0,7	-	-	1	0,3
Dados ausentes	1	0,7	2	1,1	3	0,9
Total	146	100	176	100	322	100
Tempo de trabalho na atual área/unidade no hospital						
Menos de 1 ano	24	16,4	8	4,5	32	9,9
1 a 5 anos	56	38,4	103	58,5	159	49,4
6 a 10 anos	21	14,4	16	9,1	37	11,5
11 a 15 anos	17	11,6	17	9,7	34	10,6
16 a 20 anos	10	6,8	11	6,3	21	6,5
21 anos ou mais	7	4,8	15	8,5	22	6,8
Sem informação			6	3,4	17	5,3
Total	146	100	176	100	322	100

3.1.2.1Avaliação da cultura de segurança

O percentual médio de respostas positivas obtido para as dimensões da cultura de segurança e para seus respectivos itens componentes na população do estudo é apresentado na Tabela 6 [4].

O percentual médio de respostas positivas para os 42 itens que compõem as 12 dimensões da cultura de segurança para a população do estudo foi 52%. As dimensões de cultura de segurança com os percentuais de respostas positivas mais elevadas foram “expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras da segurança” (72%), “aprendizado organizacional – melhoria contínua” (68%) e “trabalho em equipe dentro das unidades” (61%). As dimensões mais problemáticas segundo o critério adotado (baixo percentual de respostas positivas) foram “respostas não punitivas aos erros” (21%), “adequação de profissionais” (42%) e “trabalho em equipe entre as unidades” (44%).

De acordo com a classificação de áreas fortes e frágeis da cultura de segurança preconizada pelos autores do instrumento (Sorra & Nieva, 2004) não foram observadas dimensões que pudessem ser classificadas como áreas fortalecidas para a cultura de segurança na amostra estudada (dimensões com % de respostas positivas > que 75%), mas itens componentes de algumas dimensões obtiveram percentuais maiores que 75% e podem ser considerados como características fortalecidas da cultura de segurança relacionadas à sua dimensão (Tabela 6).

Com relação às dimensões que obtiveram valores iguais ou inferiores a 50% que segundo os autores podem ser classificadas como áreas frágeis da cultura de segurança que necessitam intervenções para melhoria, as dimensões “trabalho em equipe entre as unidades”, “adequação de profissionais” e “respostas não punitivas aos erros” obtiveram percentuais de respostas positivas de 44%, 42% e 21%, respectivamente.

---

[4] Como já descrito na metodologia, resposta positiva é aquela em que os respondentes **concordam/concordam totalmente** com os **itens formulados positivamente** ou **discordam/discordam** totalmente com os **itens formulados negativamente**. Um percentual de 75% ou mais de repostas positivas é considerado como área forte da segurança do paciente, e o percentual igual ou inferior a 50% de respostas positivas indicam áreas frágeis da segurança do paciente que necessitam de melhorias (ver descrição em Materiais e métodos).

Tabela 6- Respostas positivas às dimensões da cultura de segurança do HSOPSC e seus respectivos itens componentes na população do estudo, Brasil, 2012.

Dimensões e itens componentes*	Respostas positivas %
- Trabalho em equipe dentro das unidades	**61**
A1**. Nesta unidade as pessoas apoiam umas as outras	61
A3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo	74
devidamente	70
A4. Nesta unidade as pessoas se tratam com respeito	
A11. Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam	39
- Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente	**72**
B1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	63
B2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais (independente do vínculo empregatício) para a melhoria da segurança do paciente	69
B3R***. Sempre que a pressão aumenta, o meu supervisor/chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"	73
B4R. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	82
- Aprendizado organizacional – melhoria contínua	**68**
A6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	82
A9. Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui	61
A13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	62
- Apoio da gestão para a segurança do paciente	**54**
F1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.	56
F8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade	57
F9R. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	50
- Percepção geral da segurança do paciente	**51**
A10R. É apenas por acaso que erros, enganos ou falhas não acontecem por aqui	57
A15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	47
A17R. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	49
A18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	53
- Retorno da informação e comunicação sobre erro	**52**
C1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir de relatórios de eventos	41
C3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	52
C5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros para que eles não aconteçam novamente	63

*Os itens componentes das dimensões estão identificados e aparecem na mesma ordem do questionário. Itens formulados negativamente estão sinalizados com a letra R em frente à sua respectiva indicação alfanumérica.
**Indica a posição alfanumérica no questionário
*** Indica sentenças escritas negativamente com relação à cultura de segurança

Tabela 6-Continuação

Dimensões e itens componentes*	Respostas positivas %
- Abertura da comunicação	**51**
C2. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	67
C4. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de seus superiores	37
C6R. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	50
- Frequência de relato de eventos	**55**
D1. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?	56
D2. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado?	49
D3. Quando ocorre erro, engano ou falha, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?	60
- Trabalho em equipe entre as unidades	**44**
F2R. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	37
F4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	40
F6R. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo empregatício) de outras unidades do hospital	50
F10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	50
- Adequação de profissionais	**42**
A2. Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho	21
A5R. Nesta unidade, os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	39
A7R. Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	72
A14R. Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido	34
- Passagem de plantão ou de turno/ transferências	**51**
F3R. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	42
F5R. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	54
F7R. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	40
F11R. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	66

*Os itens componentes das dimensões estão identificados e aparecem na mesma ordem do questionário. Itens formulados negativamente estão sinalizados com a letra R em frente à sua respectiva indicação alfanumérica.
**Indica a posição alfanumérica no questionário
*** Indica sentenças escritas negativamente com relação à cultura de segurança

Tabela 6- Continuação

Dimensões e itens componentes*	Respostas positivas %
- Respostas não punitivas aos erros	**21**
A8R. Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles	20
A12R. Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	25
A16R. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais	19

*Os itens componentes das dimensões estão identificados e aparecem na mesma ordem do questionário. Itens formulados negativamente estão sinalizados com a letra R em frente à sua respectiva indicação alfanumérica.
**Indica a posição alfanumérica no questionário
*** Indica sentenças escritas negativamente com relação à cultura de segurança

Dimensões da cultura de segurança do paciente relacionadas ao nível da unidade

As dimensões relacionadas ao nível da unidade de trabalho do profissional são: “aprendizado organizacional – melhoria contínua”, “expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras da segurança”, “trabalho em equipe dentro das unidades”, “abertura da comunicação”, “retorno da informação e comunicação sobre erro”, “adequação de profissionais” e “respostas não punitivas aos erros”.

A dimensão “aprendizado organizacional – melhoria contínua” obteve 68% de respostas positivas e verificou-se que 82% dos respondentes concordaram com o item “estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente”, traduzindo-se como ponto forte da cultura de segurança nessa dimensão.

A dimensão “expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras da segurança” alcançou 72%, sendo que 82% dos respondentes discordaram com o item “o meu supervisor/chefe não dá atenção aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente”; este item pode ser considerado como um ponto forte na cultura de segurança com relação a essa dimensão (Tabela 6).

Embora a dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades” tenha obtido o percentual médio de respostas positivas de 61%, chama atenção o baixo percentual (39%) de resposta positiva no item “quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam” o que traduz dificuldades de cooperação entre

equipe e auxílio mútuo diante da sobrecarga de trabalho, constituindo área frágil da cultura de segurança nessa dimensão a ser trabalhada.

A dimensão “abertura da comunicação” obteve 51% de respostas positivas, percentual limítrofe para ser classificada como área frágil que necessita melhorias. Dois itens dessa dimensão tiveram percentuais baixos: apenas 37% dos respondentes concordaram que “os profissionais (independente do vínculo empregatício) sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de seus superiores” e somente 50% dos profissionais discordaram que os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar quando algo parece não estar certo, evidenciando a necessidade de se planejar intervenções para melhorar a abertura da comunicação para o fortalecimento da cultura nos hospitais estudados.

A dimensão “retorno da informação e comunicação sobre erro” obteve 52% de respostas positivas. Chama atenção o fato de apenas 42% dos respondentes terem concordado com a afirmativa de um dos seus itens componentes: “Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir de relatórios de eventos”, evidenciando um problema de comunicação no retorno das informações fornecidas pelos profissionais sobre a notificação de erros.

Embora a dimensão “adequação de profissionais” tenha obtido um percentual de respostas positivas de apenas 42%, 72% dos respondentes discordaram que utilizam mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente. Como os hospitais pesquisados contam com profissionais terceirizados para o suprimento de suas demandas laborais, presume--se que os profissionais participantes desse estudo não percebem a utilização de profissionais temporários/terceirizados como prejudiciais para o cuidado do paciente. Na mesma dimensão, apenas 21% concordaram em ter profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho, 39% discordaram de que trabalham em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido e apenas 39% discordaram que os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente. Há uma percepção dos respondentes acerca da carga excessiva de trabalho e da insuficiência de profissionais, indicando a necessidade de que sejam fortalecidos aspectos relativos à adequação de profissionais.

A dimensão da cultura de segurança do paciente no nível da unidade que obteve o menor percentual de respostas positivas e também entre todas as dimensões foi “respostas não punitivas aos erros” (21%). Esta dimensão obteve percentuais de respostas positivas inferiores a 50% em todos os seus itens componentes. Os três itens componentes dessa dimensão receberam 20%, 25% e 19% de respostas positivas, sendo eles, respectivamente, “os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles”, “quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema” e “os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais”. O que se destaca a partir das respostas a esses itens é que a cultura de segurança nos hospitais participantes do estudo configura-se como uma cultura punitiva frente aos erros, onde os profissionais temem que suas falhas sejam explicitadas, necessitando intervenções para a reversão dessa percepção e consequentemente, o fortalecimento da cultura de segurança.

Dimensões da cultura de segurança do paciente relacionadas ao nível do hospital

As dimensões relacionadas ao nível do hospital são: “apoio da gestão para a segurança do paciente”, “trabalho em equipe entre as unidades” e “passagem de plantão/turno e transferências”.

A dimensão “apoio da gestão para a segurança do paciente” obteve 54% de respostas positivas e verificou-se que 50% dos respondentes discordaram do item que afirma que a direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre um evento adverso. Essa percepção sobre as ações reativas frente às questões da segurança do paciente por parte dos profissionais classificada como área frágil exigiria intervenções para a sua reversão para consequentemente fortalecer a cultura de segurança do paciente.

“Trabalho em equipe entre as unidades” foi a dimensão que obteve o menor percentual de repostas positivas entre as dimensões do nível do hospital (44%). Todos os itens dessa dimensão obtiveram percentuais iguais ou menores que 50% de respostas positivas. Apenas 37% dos respondentes discordaram que “as unidades do

hospital não estão bem coordenadas entre si", 40% concordaram que "há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto", 50% discordaram que "muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital" e 50% concordaram que as unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.

A dimensão "passagem de plantão/turno e transferências" obteve 51% de respostas positivas. Dois dos quatro itens componentes dessa dimensão receberam percentuais inferiores a 50% de respostas positivas: apenas 42% dos respondentes discordaram de que o processo de cuidado fica comprometido quando o paciente é transferido de uma unidade para outra, enquanto 40% dos respondentes discordaram de que com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital.

Dimensões de resultado da cultura de segurança do paciente

As dimensões classificadas como "resultado" são: "frequência de notificação de eventos" e "percepção geral da segurança do paciente". Observando o percentual médio de 55% de respostas positivas à dimensão "frequência de relato de eventos" chama atenção o item D2, onde apenas 49% dos respondentes afirmaram relatar quase sempre/sempre um evento quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, configurando-se como área que necessita melhoria para fortalecimento da cultura de segurança nessa dimensão.

Alcançando um percentual limítrofe para ser classificada como área frágil da cultura de segurança do paciente, a dimensão "percepção geral da segurança do paciente" obteve 51% de respostas positivas. Chama a atenção o baixo percentual de respostas positivas no item "a segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída" (47%) e o baixo percentual no item "nesta unidade temos problemas de segurança do paciente" (49%), mostrando que a maioria reconhece que sua unidade oferece riscos à segurança do paciente.

Quanto à diversidade entre os hospitais participantes do estudo, os percentuais médios de respostas positivas obtidos nas dimensões de cultura de segurança no Hospital 1 e no Hospital 2 foram muito semelhantes (Tabela 7).

No Hospital 1 as dimensões de cultura de segurança com três maiores percentuais de respostas positivas foram “aprendizado organizacional – melhoria contínua” (75%), “expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras da segurança” (70%) e “apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente” (67%). As dimensões com percentuais de respostas positivas mais baixas no Hospital 1 foram “respostas não punitivas aos erros” (19%), “adequação de profissionais” (43%) e “abertura da comunicação” (47%) (Tabela 7).

No Hospital 2 as dimensões de cultura de segurança com percentuais de respostas positivas mais elevados foram “expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras da segurança” (73%), “trabalho em equipe dentro das unidades” (64%) e “aprendizado organizacional – melhoria contínua” (63%). As dimensões com percentuais de respostas positivas mais baixas no Hospital 2 foram “respostas não punitivas aos erros” (23%), “trabalho em equipe entre as unidades” (38%) e “adequação de profissionais” (41%) (Tabela 7).

Embora não seja objetivo desse estudo avaliar a cultura de segurança do paciente por hospital participante, mas considerando que essa análise potencializa o uso do instrumento como ferramenta para o planejamento e implementação de ações de melhoria da segurança do cuidado são apresentados no APÊNDICE F os resultados obtidos da avaliação da cultura de segurança do paciente segundo a percepção dos profissionais do Hospital 1 e Hospital 2, onde os percentuais de respostas positivas, neutras e negativas são explicitados[5]. Vale ressaltar que aspectos relacionados ao aprendizado organizacional e expectativas da liderança imediata, bem avaliados em ambos os hospitais, poderiam indicar elementos iniciais, merecedores de mais exploração e entendimento no sentido de melhoria da segurança do cuidado.

[5] Ressalta-se que a avaliação da cultura de segurança do paciente por hospital será encaminhada à direção de cada unidade participante e caso seja oportuno, os resultados serão discutidos com a direção e profissionais.

Tabela 7. Distribuição percentual médio de repostas positivas nas dimensões de cultura de segurança, população do estudo, Brasil, 2012.

Dimensão	Hospital 1 %	Hospital 2 %	Hospital 1 e 2 %
Percepção geral da segurança do paciente	57	47	51
Frequência de relato de eventos	66	46	55
Expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras da segurança	70	73	72
Aprendizado organizacional - melhoria contínua	75	63	68
Trabalho em equipe dentro das unidades	57	64	61
Abertura da comunicação	47	54	51
Retorno da informação e comunicação sobre erro	64	42	52
Respostas não punitivas aos erros	19	23	21
Adequação de profissionais	43	41	42
Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	67	44	54
Trabalho em equipe entre as unidades	52	38	44
Passagem de plantão/turno e transferências	54	48	51

Percepção geral da segurança do paciente

Os participantes da pesquisa avaliaram a cultura de segurança do paciente em seus hospitais concedendo uma nota (Seção E – “Nota da segurança do paciente – Por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital”) (Figura 4). Do total de 322 respondentes, 60% avaliaram a segurança do paciente como muito boa ou excelente, 34% como regular e 6 % como ruim a muito ruim.

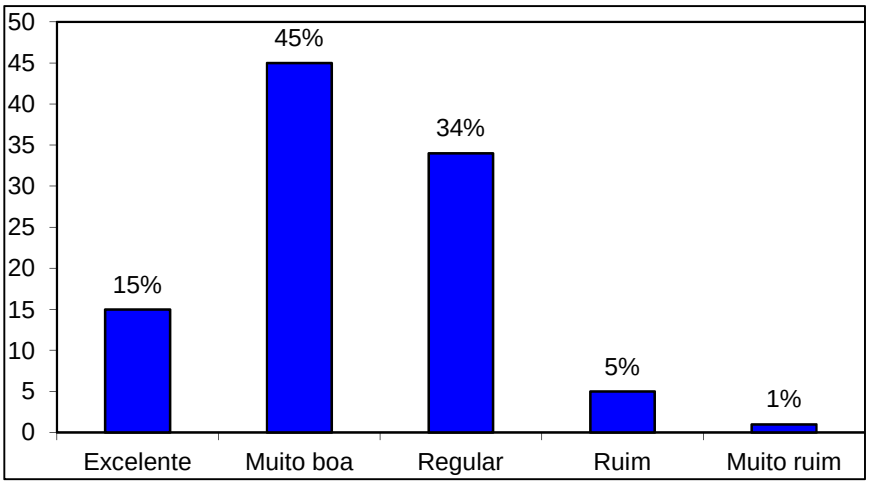

Figura 4. Nota da segurança do paciente, Hospital 1 e 2

Notificação de eventos

Os participantes da pesquisa foram questionados sobre o número de notificações de eventos que realizaram nos últimos 12 meses (Seção G – "número de eventos notificados nos últimos 12 meses") (Figura 5). Do total de 322 respondentes, 78% relataram nenhum evento nos últimos 12 meses, configurando forte assimetria na reposta a esse item (Figura 5).

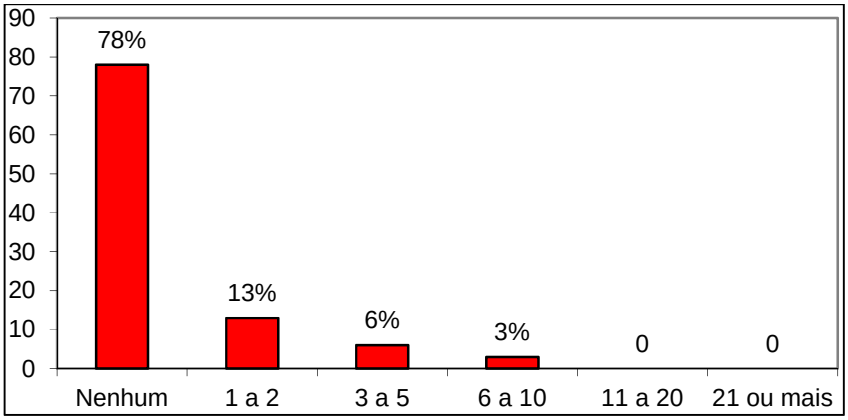

Figura 5. Número de eventos notificados nos últimos 12 meses, Hospital 1 e Hospital 2

3.1.2.2 Análise das propriedades psicométricas do HSOPSC

Análise da confiabilidade

A confiabilidade da consistência interna para o instrumento como um todo, incluindo todos os seus itens componentes foi alta (α=0,91). Exceto para duas dimensões, “respostas não punitiva aos erros” e “profissionais”, o coeficiente α de Cronbach variou entre 0,52 e 0,91. A consistência interna desses dois fatores foi muito baixa: “adequação de profissionais” (α=0,20) e “respostas não punitiva aos erros” (α=0,35) (Tabela 8).

Tabela 8 - Alfa de Cronbach das dimensões da versão traduzida do HSOPSC e seus respectivos itens componentes, Brasil, 2012.

Dimensões e itens componentes	Alfa de Cronbach
- Trabalho em equipe dentro das unidades	**0,66**
A1. Nesta unidade as pessoas apoiam umas as outras	
A3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	
A4. Nesta unidade as pessoas se tratam com respeito	
A5. Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam	
- Ações e expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente	**0,76**
B1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	
B2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais (independente do vínculo empregatício) para a melhoria da segurança do paciente	
B3R[a]. Sempre que a pressão aumenta, o meu supervisor/chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"	
B4R. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	
- Aprendizado organizacional – melhoria contínua	**0,56**
A6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	
A9. Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui	
A13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	
- Apoio da gestão para a segurança do paciente	**0,84**
F1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.	
F8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade	
F9R. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	
- Percepção geral da segurança do paciente	**0,52**
A10R. É apenas por acaso que erros, enganos ou falhas não acontecem por aqui	
A15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	
A17R. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	
A18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	
- Retroalimentação da informação e comunicação sobre erro	**0,72**
C1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir de relatórios de eventos	
C3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	
C5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros para que eles não aconteçam novamente	

Continuação

Dimensões e itens componentes	Alfa de Cronbach
- Abertura da comunicação	**0,69**
C2. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	
C4. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de seus superiores	
C6R. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	
- Frequência de notificação de eventos	**0,91**
D1. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?	
D2. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado?	
D3. Quando ocorre erro, engano ou falha, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?	
- Trabalho em equipe entre as unidades	**0,67**
F2R. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	
F4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	
F6R. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo empregatício) de outras unidades do hospital	
F10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor trabalho aos pacientes	
- Adequação de profissionais	**0,20**
A2. Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho	
A5R. Nesta unidade, os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	
A7R. Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	
A14R. Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido	
- Passagem de plantão ou de turno/ transferências	**0,69**
F3R. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	
F5R. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	
F7R. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	
F11R. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	

Continuação

Dimensões e itens componentes	Alfa de Cronbach
- Respostas não punitivas aos erros	**0,35**
A8R. Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles	
A12R. Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	
A16R. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais	

a. Itens escritos negativamente que foram codificados inversamente antes do cálculo do alfa de Cronbach

As 12 dimensões do HSOPSC, os valores do α de Cronbach da dimensão e seus respectivos itens componentes, a sua média, desvio padrão e correlação do item com a dimensão, além do valor do α de Cronbach supondo a exclusão do item são apresentados nas tabelas 9 a 20.

Para a dimensão “percepção geral da segurança do paciente” (Tabela 9) obteve-se um α de Cronbach para a dimensão de 0,52. A retirada de cada um dos itens fez o α de Cronbach variar de 0,32 a 0,67. A correlação de cada item com o valor total da dimensão apresentou valores baixos e moderados (variação: 0,04 - 0,45). Particularmente o item 3, com escala de resposta reversa, apresentou a menor correlação item-total. A retirada deste item aumentaria o valor do α de Cronbach para 0,67.

Tabela 9 – Dimensão "percepção geral da segurança do paciente", itens componentes, média, desvio-padrão, coeficiente de correlação item-total, alfa de Cronbach se o item for retirado da dimensão

Percepção geral da segurança do paciente (α de Cronbach = 0,52)	**Média**	**Desvio-Padrão**	**Correlação item-total**	**α de Cronbach se o item for excluído**
1. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	3,14	1,28	0,37	0,39
2. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	3,35	1,06	0,44	0,34
3. É apenas por acaso que erros, enganos ou falhas não acontecem por aqui (R)	3,47	1,14	0,04	0,67
4. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente (R)	3,32	1,15	0,45	0,32

Tabela 10 – Dimensão "frequência de eventos notificados", itens componentes, média, desvio-padrão, coeficiente de correlação item-total, α de Cronbach se o item for retirado da dimensão

Frequência de relato de eventos (α de Cronbach = 0,91)	**Média**	**Desvio Padrão**	**Correlação item-total**	**α de Cronbach se o item for excluído**
1. Quando ocorre um erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?	3,53	1,40	0,84	0,87
2. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado?	3,39	1,35	0,86	0,84
3. Quando ocorre erro, engano ou falha que poderia causar dano ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?	3,63	1,31	0,78	0,91

Para a dimensão “frequência de eventos notificados” (Tabela 10), o α de Cronbach total de 0,91 variou de 0,84 a 0,91 com a retirada de itens. A correlação entre cada item com o valor total da dimensão indicou forte associação (variação: 0,78 – 0,86). Os valores de α de Cronbach não aumentariam com a retirada de um dos itens.

O α de Cronbach para a dimensão “ações e expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras de segurança do paciente” foi 0,76, valor este considerado uma ótima consistência interna. A correlação item-total variou de 0,51 a 0,65, o que é também considerado uma correlação alta (Tabela 11).

Tabela 11– Dimensão “ações e expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente”, itens componentes, média, desvio-padrão, coeficiente de correlação item-total, α de Cronbach se o item for retirado da dimensão

Ações e expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras de segurança (α de Cronbach= 0,76)	**Média**	**Desvio Padrão**	**Correlação item-total**	**α de Cronbach se o item for excluído**
1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	3,50	1,17	0,59	0,70
2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais (independente do vínculo empregatício) para a melhoria da segurança do paciente	3,69	1,05	0,65	0,66
3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas” (R)	3,83	0,97	0,52	0,73
4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente (R)	4,10	0,89	0,51	0,73

Na dimensão “aprendizado organizacional – melhoria contínua” (Tabela 12), o α de Cronbach total para a dimensão foi 0,56, considerado baixo. A retirada de itens produziu uma variação de 0,39 a 0,54 no α de Cronbach. Os valores de correlação entre cada um dos itens com o valor total da dimensão variaram de 0,32 a 0,41, indicando correlação moderada. Os valores de α de Cronbach não aumentariam com a retirada de um dos itens.

Tabela 12 – Dimensão “aprendizado organizacional – melhoria contínua”, itens componentes, média, desvio-padrão, coeficiente de correlação item-total, α de Cronbach se o item for retirado da dimensão

Aprendizado organizacional – melhoria contínua (α de Cronbach= 0,56)	**Média**	**Desvio Padrão**	**Correlação item-total**	**α de Cronbach se o item for excluído**
1. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	4,04	0,86	0,38	0,45
2. Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui	3,43	1,09	0,32	0,54
3. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	3,52	1,01	0,41	0,39

O α de Cronbach para a dimensão “trabalho em equipe entre as unidades” foi 0,66, indicando uma consistência interna adequada. Com a retirada do item 4, o α de Cronbach aumentaria para 0,70. A correlação item-total foi moderada e alta, variando entre 0,32 a 0,55, respectivamente (Tabela 13).

Tabela 13 – Dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades”, itens componentes, média, desvio-padrão, coeficiente de correlação item-total, α de Cronbach se o item for retirado da dimensão

Trabalho em equipe dentro das unidades (α de Cronbach= 0,66)	**Média**	**Desvio Padrão**	**Correlação item-total**	**α de Cronbach se o item for excluído**
1. Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras	3,53	0,96	0,51	0,54
2. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	3,80	0,97	0,50	0,55
3. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	3,79	0,92	0,48	0,57
4. Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam	2,76	1,28	0,32	0,70

O α de Cronbach para a dimensão “abertura da comunicação” foi 0,69, considerado adequado. A retirada de itens não aumentou o α de Cronbach (Tabela 14). Os valores de correlação do item com o valor total da dimensão variaram entre 0,42 a 0,58, indicando correlação moderada e alta, respectivamente.

Tabela 14 – Dimensão “abertura da comunicação”, itens componentes, média, desvio-padrão, coeficiente de correlação item-total, α de Cronbach se o item for retirado da dimensão

Abertura da comunicação (α de Cronbach = 0,69)	Média	Desvio Padrão	Correlação item-total	α de Cronbach se o item for excluído
1. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	3,86	1,31	0,52	0,58
2. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	3,01	1,27	0,58	0,49
3. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo (R)	3,48	1,11	0,42	0,69

Para a dimensão “retorno da informação e comunicação sobre erro” o α de Cronbach foi 0,72, considerado uma consistência interna adequada. A correlação item-total variou de 0,47 a 0,55, também consideradas correlações altas (Tabela 15).

Tabela 15 – Dimensão “retorno da informação e comunicação sobre erro”, itens componentes, média, desvio-padrão, coeficiente de correlação item-total, α de Cronbach se o item for retirado da dimensão

Retorno da informação e comunicação sobre erro (α de Cronbach = 0,72)	Média	Desvio Padrão	Correlação item-total	α de Cronbach se o item for excluído
1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	3,25	1,28	0,47	0,71
2. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nessa unidade	3,52	1,30	0,54	0,67
3. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	3,78	1,25	0,60	0,55

O α de Cronbach total para a dimensão “respostas não punitivas aos erros” foi de 0,35, considerado baixo, e com a retirada do item 3 o α de Cronbach aumentaria para 0,41 (Tabela 16). Os valores de correlação item-total da dimensão variaram de 0,12 a 0,32, indicando correlação baixa a moderada, respectivamente.

Tabela 16 – Dimensão “respostas não punitivas aos erros”, itens componentes, média, desvio-padrão, coeficiente de correlação item-total, α de Cronbach se o item for retirado da dimensão

Respostas não punitivas aos erros (α de Cronbach = 0,35)	**Média**	**Desvio Padrão**	**Correlação item-total**	**α de Cronbach se o item for excluído**
1. Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles (R)	2,49	1,00	0,32	0,01
2. Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema (R)	2,54	1,10	0,17	0,32
3. Os profissionais se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais (R)	2,49	1,01	0,12	0,41

O α de Cronbach total para dimensão “adequação de profissionais” foi de 0,20, considerado muito baixo. A retirada do item 3 aumentaria o α de Cronbach para 0,37, contudo, continuaria baixo pelos parâmetro assumidos (Tabela 17). Foram baixos a moderado os valores da correlação entre os itens e o valor total da dimensão (variação: 0,02 a 0,22).

Tabela 17 – Dimensão “adequação de profissionais”, itens componentes, média, desvio-padrão, coeficiente de correlação item-total, α de Cronbach se o item for retirado da dimensão

Adequação de Profissionais (α de Cronbach = 0,20)	**Média**	**Desvio Padrão**	**Correlação item-total**	**α de Cronbach se o item for excluído**
1. Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho	2,26	1,15	0,13	0,12
2. Nesta unidade, os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente (R)	2,95	1,15	0,02	0,09
3. Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente (R)	3,80	1,03	-0,09	0,37
4. Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido (R)	2,80	1,18	0,22	0,30

O α de Cronbach para a dimensão “apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente” foi 0,84, considerado uma ótima consistência interna. A correlação item-total variou de 0,63 a 0,73, igualmente consideradas correlações altas (Tabela 18).

Tabela 18 – Dimensão "apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente", itens componentes, média, desvio-padrão, coeficiente de correlação item-total, α de Cronbach se o item for retirado da dimensão

Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente (α de Cronbach= 0,84)	Média	Desvio Padrão	Correlação item-total	α de Cronbach se o item for excluído
1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	3,44	0,95	0,66	0,82
2. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade	3,55	1,04	0,74	0,75
3. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso (R)	3,30	1,11	0,73	0,76

O α de Cronbach para a dimensão "trabalho em equipe entre as unidades" foi adequado (α=0,67). A retirada do item 3 aumentaria o α de Cronbach para 0,70 (Tabela 19). Correlação de cada um dos itens com o valor total da dimensão foi moderada a alta (variação: 0,33 a 0,55).

Tabela 19 – Dimensão "trabalho em equipe entre as unidades", itens componentes, média, desvio-padrão, coeficiente de correlação item-total, α de Cronbach se o item for retirado da dimensão

Trabalho em equipe entre as unidades (α de Cronbach= 0,67)	Média	Desvio Padrão	Correlação item-total	α de Cronbach se o item for excluído
1. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si (R)	3,05	1,03	0,48	0,58
2. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em	3,15	0,99	0,49	0,58
3. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo empregatício) de outras unidades do hospital (R)	3,24	1,02	0,30	0,70
4. As unidades do hospital trabalham em conjunto para prestar o melhor cuidado aos	3,40	1,01	0,55	0,54

pacientes

O α de Cronbach para a dimensão "passagem de plantão/turno e transferências" foi 0,70, considerado uma ótima consistência interna. A correlação item-total variou de 0,43 a 0,56, consideradas correlações altas (Tabela 20).

Tabela 20 – Dimensão "passagem de plantão/turno e transferências", itens componentes, média, desvio-padrão, coeficiente de correlação item-total, α de Cronbach se o item for retirado da dimensão

Passagem de plantão/ turno e transferências (α de Cronbach = 0,70)	**Média**	**Desvio Padrão**	**Correlação item-total**	**α de Cronbach se o item for excluído**
1. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra (R)	3,14	1,00	0,34	0,71
2. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno (R)	3,34	1,10	0,52	0,60
3. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital (R)	3,15	0,97	0,56	0,57
4. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes (R)	3,69	0,90	0,50	0,61

Validade de constructo

Para a avaliação da fatorabilidade dos dados e análises fatoriais foram considerados somente os instrumentos respondidos integralmente (N=217) – isto é, preenchidos todos os 42 itens do instrumento.

Os resultados do teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (0,86) e do teste de esfericidade de Bartlett (qui-quadrado= 4243,33; 861 graus de liberdade e p valor<0,001) mostraram adequação dos dados para a análise fatorial. Os Testes de Kolmogorov-Smirnov realizados para os 42 itens que compõem a estrutura dimensional do instrumento inicialmente proposta foram significantes (p<0,001) e assinalam que o

escore da versão brasileira do HSOPSC não adere à distribuição normal. Assim, o método de estimação utilizado foi o de mínimos quadrados ponderados robusto (WLSMV), recomendado para dados categóricos e que não aderem à distribuição normal. Esse método utiliza a matriz de correlação policórica e fornece estimativas da estatística $\chi 2$ corrigidas para a média e a variância, além de estimativas robustas dos erros padrão dos parâmetros do modelo (Brown, 2006).

A análise fatorial confirmatória (AFC) realizada para verificar se os dados obtidos nesse estudo ajustavam bem ao modelo original de 12 fatores proposto pela AHRQ, foram obtidos os seguintes índices de ajuste: CFI=0,888, TLI=0,930, RMSEA=0,106 e WRMR=1,223. A matriz de correlação policórica estimada na AFC entre as variáveis latentes apresentou correlações de moderadas a altas, variando de 0,32 a 0,84. Correlações excessivamente altas foram observadas entre a dimensão “apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente” e a dimensão “trabalho em equipe entre as unidades” (0.85), entre a dimensão “abertura da comunicação” e a dimensão “respostas não punitivas aos erros” (0,99); e entre a dimensão “trabalho em equipe entre as unidades” e “passagem de plantão/turno e transferências” (0,85). O modelo também aponta uma solução imprópria dada por uma correlação maior que 1 observada entre a dimensão “adequação de profissionais” e a dimensão “respostas não punitivas aos erros” (1,28) (Tabela 21).

Tabela 21 – Correlações Policóricas entre as dimensões sobre segurança do paciente do HSOPSC adaptado nos hospitais de estudo

	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12
D1	1,0											
D2	0,50	1,00										
D3	0,73	0,75	1,00									
D4	0,45	0,57	0,74	1,00								
D5	0,40	0,63	0,76	0,81	1,00							
D6	0,45	0,66	0,78	0,76	0,84	1,00						
D7	0,56	0,67	0,63	0,48	0,50	0,79	1,00					
D8	0,39	0,42	0,55	0,47	0,54	0,75	0,53	1,00				
D9	0,52	0,61	0,71	0,85	0,67	0,72	0,56	0,47	1,00			
D10	0,47	0,48	0,71	0,75	0,83	0,73	0,63	0,49	0,72	1,00		
D11	0,32	0,48	0,48	0,61	0,54	0,55	0,34	0,42	0,85	0,44	1,00	
D12	0,58	0,59	0,79	0,59	0,65	0,58	0,99	0,45	0,67	1,28	0,35	1,00

Nota: D1 Trabalho em equipe dentro das unidades; D2 expectativas do supervisor /chefe e ações promotoras da segurança; D3 aprendizado organizacional – melhoria contínua; D4 apoio da gestão hospitalar sobre a segurança do paciente; D5 percepção geral da segurança do paciente; D6 retorno da informação e comunicação sobre erro; D7 abertura da comunicação; D8 frequência de

relato de eventos; D9 trabalho em equipe entre as unidades; D10 adequação de profissionais; D11 passagem de plantão/turno e transferências; D12 respostas não punitivas aos erros.

Considerando que o modelo original de 12 fatores apresentou índices de ajustes inadequados e solução imprópria, considerou-se a AFE como melhor estratégia de análise, comparando a estrutura fatorial dos modelos com 11 fatores e 10 fatores. Para o modelo com 11 fatores obteve-se os seguintes resultados: CFI= 0,946; TLI= 0,971; RMSEA: 0,067; SRMR=0,032. Analisando as cargas fatoriais dos itens, alguns problemas no modelo foram identificados. O itens “é apenas por acaso que erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem por aqui” (A10R) carregou sozinho sobre o fator 9 (carga=-0,45); o item “após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade” (A13) carregou sozinho sobre o fator 4 (carga= -0,51); o item “nesta unidade temos problemas de segurança do paciente” (A17R) apresentou carga baixa sobre o fator 3 (carga=-0,36).

Ao comparar o modelo de 11 fatores com o modelo de 10 fatores gerados pela AFE, observou-se uma melhora muito pequena dos índices de ajuste. Optou-se pela análise do modelo com 10 fatores que obteve os seguintes resultados: CFI= 0,942; TLI= 0,970; RMSEA: 0,070; SRMR=0,034. Ao analisar as cargas fatoriais dos itens, novamente alguns problemas foram identificados nas seguintes sentenças: (i) “erros enganos ou falhas tem levado a mudanças positivas por aqui” (A9) e “nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir do relatório de eventos” (C1) apresentaram cargas baixas (respectivamente 0,31 e 0,24); (ii) “os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo” (C6R) apresentou cargas baixas e cruzadas (0,29 no fator 9 e 0,24 no fator 3); e (iii) “os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais” (A16R) apresentou carga baixa (0,38) carregando sozinho sobre um único fator. Com base nesses achados, optou-se por excluir esses itens (A9, C1, C6R e A16R) e executar uma nova AFE com 38 itens. A exclusão dos itens obedeceu aos seguintes critérios: (1) valor absoluto da carga fatorial principal do item menor que 0,32 (Tabachnick & Fidel, 2001); (2) itens apresentando cargas principais similares em dois

ou mais fatores (Gorsuch, 1983) e (3) ausência de similaridade entre o conteúdo do item e o domínio teórico do constructo (Smith & McCarthy, 1995).

A AFE empregando-se o estimador *Weighted Least Mean and Variance Adjusted* (WLSMV), rotação *geomin* oblíqua, 38 itens resultou e o modelo com 10 fatores resultou nos seguintes índices de ajuste: CFI= 0,945; TLI= 0,971; RMSEA: 0,072; SRMR=0,030. Os fatores juntos explicaram 70,8% da variância. Alguns achados foram positivos com relação ao modelo teórico sustentado no instrumento original: os três itens (A1, A3 e A4) dos quatro que compõem a dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades” carregaram sobre o fator 1 (cargas= -0,59, -0,63, -0,73, respectivamente) embora o item A11 (“quando uma área/unidade fica sobrecarregada, as outras ajudam”) também integrante dessa dimensão no modelo original tenha carregado no fator 4 (carga=0,69). Os itens D1, D2 e D3 que compõem a dimensão “frequência de relato de eventos” no modelo original carregaram no fator 10, apresentando cargas altas (0,91, 0,96 e 0,75, respectivamente). Os itens F3R, F5R, F7R e F11R que compõem a dimensão “passagem de plantão/turno e transferências” carregaram no fator 7, mas agregando-se a estes, carregaram os itens F2R, F4 e F6R que compõem a dimensão “trabalho em equipe entre as unidades”. Os itens A8R e A12R que compõem a dimensão “respostas não punitivas aos erros” apresentaram cargas no fator 5, mas agregado-se às cargas dos itens A5R e A14R que compõem a dimensão “adequação de profissionais” no modelo original. Os outros dois itens que compõem a dimensão “adequação de profissionais” (A2 e A7R) carregaram, respectivamente, nos fatores 4 e 1. Os itens A15 e A17R componentes da dimensão “percepção geral da segurança” carregaram no fator 2 agregados aos itens componentes da dimensão “apoio da gestão para a segurança do paciente” (F1, F8, F9R). Os itens componentes da dimensão “expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras da segurança” (B1, B2, B3R e B4R) carregaram sobre o fator 9 agregando os itens C2 e C4 componentes da dimensão “abertura da comunicação”.

Alguns pontos negativos foram observados no modelo final, quais sejam: (i) os itens componentes da dimensão “retorno da informação e comunicação sobre erro” (C3 e C5), carregaram juntos no fator 8, conformando um fator constituído por dois itens; (ii) o item A11 que integra a dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades” no

modelo original carregou no fator 4 (carga=0,69) junto com o item A2, componente da dimensão “adequação de profissionais (carga=0,52), novamente conformando um fator constituído por apenas 2 itens; (iii) o item A13 da dimensão “aprendizado organizacional – melhoria contínua” carregou sozinho no fator 6 (carga=0,44).

Os índices de ajuste do modelo SRMR, CFI, TLI e RMSEA obtidos na AFE para o modelo de 10 fatores e 38 itens são considerados adequados. Alguns itens apresentaram cargas altas em determinados fatores à semelhança do formato dimensional proposto no modelo original. Quando considerado o ponto de corte de 0,40 para interpretação dos fatores, o modelo de 10 fatores mostra uma estrutura onde alguns desses fatores são constituídos por 1 e 2 itens, apontando algumas fragilidades deste modelo.

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO

4.1 Etapas iniciais da Adaptação Transcultural do HSOPSC

O uso de questionários para avaliar a cultura de segurança constitui um instrumento importante para avaliação e gestão de intervenções voltadas para a segurança no cuidado de saúde. Nessa linha de preocupação, o objeto central desse estudo foi adaptar o instrumento HSOPSC para a Língua Portuguesa e viabilizar seu uso no contexto hospitalar brasileiro, buscando contribuir para discussão e monitoramento dessa destacada dimensão da qualidade do cuidado.

Nesse intuito, a avaliação da adequação deste instrumento e de suas qualidades psicométricas, considerando seu desenvolvimento em diferentes contextos, precisam ser examinadas, relatadas e, quando necessário, melhoradas. Segundo Flin *et al*. (2006), os questionários que avaliam características da cultura de segurança precisam alcançar o mais alto padrão possível de mensuração, para que as informações obtidas permitam o planejamento das intervenções e sistemas de segurança realmente efetivos pelos gestores.

Com base na revisão da literatura e em discussões técnicas, o presente estudo cumpriu de forma satisfatória as etapas iniciais e essenciais da adaptação transcultural do HSOPSC para a língua portuguesa e o contexto hospitalar brasileiro. O HSOPSC foi traduzido, adaptado e apresentou valores satisfatórios de compreensão verbal, demonstrando clareza quanto à sua composição. O processo de tradução e adaptação em curso envolveu algumas questões complexas, tais como a adequação conceitual das palavras *medical error* e *mistake*, adaptações de expressões idiomáticas, na intenção de garantir a equivalência semântica e, por conseguinte, a compreensão do conteúdo expresso no instrumento original.

Em relação à sua apresentação, optou-se por manter o seu formato, preservando as questões de acordo com o instrumento original. Não foram necessárias exclusões de itens do instrumento visto que, na análise de conteúdo, o mesmo

comprovou ser pertinente ao seu propósito, ou seja, avaliar características da cultura de segurança no contexto hospitalar brasileiro. A compreensão e clareza dos itens foram confirmadas e a participação do painel de especialistas e população-alvo, por meio do pré-teste, enriqueceu este processo. A modificação mais extrema realizada foi com relação às categorias dos profissionais de saúde, pois algumas delas, previstas no questionário original, não se aplicam à realidade brasileira.

É oportuno ressaltar que em torno de 10% dos pacientes internados em hospitais sofrem uma ou mais lesões em decorrência do cuidado de saúde, denominados eventos adversos (EAs) (WHO, 2004). No Brasil, a incidência de EAs em pacientes internados em hospitais foi estimada em 7,6 %, sendo que 66,7% dos EAs identificados no estudo foram classificados como evitáveis (Mendes *et al*., 2009). Esses dados reforçam a necessidade do fortalecimento da cultura de segurança entre os profissionais de hospitais no Brasil. Uma cultura de segurança positiva favorece o aprimoramento das práticas seguras, através de melhorias na comunicação, no trabalho em equipe e no compartilhamento de conhecimentos.

As pesquisas que investigam a cultura de segurança do paciente em hospitais são cada vez mais presentes no meio científico e também auxiliam no diagnóstico da cultura de segurança predominante na organização ou unidade de trabalho que, por sua vez, influencia comportamentos e resultados de segurança para ambos – profissional de saúde e pacientes (Flin, et al., 2006). A partir da contribuição de especialistas, pesquisadores, membros da população-alvo e à luz da literatura, constatou-se que a mensuração da cultura de segurança do paciente, amplamente estudada em outros países, constitui uma prática emergente em nossa cultura e abarca dimensões múltiplas relacionadas à cultura organizacional no serviço de saúde no âmbito hospitalar. A despeito da existência de documentos que evidenciam iniciativas brasileiras em mensurar a cultura de segurança entre profissionais de hospitais utilizando o instrumento HSOPSC (Clinco, 2007; Zimmer *et al*. 2009; Bahr, 2010), não foi possível encontrar publicações que informassem os achados dos estudos de adaptação transcultural e avaliação psicométrica desse instrumento. Recentemente, um estudo realizou a adaptação transcultural do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) para a língua portuguesa e uso no contexto brasileiro (Carvalho, 2011). O SAQ é um

questionário que possibilita avaliar a cultura de segurança por meio da mensuração do clima de segurança (Sexton *et al*., 2006). Segundo Carvalho (2011) o estudo foi desenvolvido em uma amostra de 1301 profissionais que atuam nas enfermarias clínicas e cirúrgicas de seis hospitais, cujos modelos de gestão priorizam a qualidade da assistência prestada: dois hospitais situados na Região Nordeste, um na Região Centro-Oeste e três na Região Sudeste. Os resultados do estudo de Carvalho (2011) corroboram com a assertiva da premência de estimular o interesse das organizações de saúde na busca por melhorias no cuidado de saúde prestado ao paciente e, mais que isso, incentivam essas iniciativas ao disponibilizar um instrumento válido e confiável em português, apto a avaliar a cultura de segurança nas instituições de saúde, por meio da mensuração do clima de segurança. O que se observa é a emergência do constructo "cultura de segurança do paciente" nas organizações hospitalares brasileiras, principalmente naquelas participantes de programas de acreditação hospitalar, voltadas à melhoria da qualidade do cuidado de saúde (Bahr, 2010).

4.2 Estudo seccional – aplicação do HSOPSC para avaliar as propriedades psicométricas e a percepção da cultura de segurança

Embora os questionários de autopreenchimento sejam amplamente utilizados por pesquisadores que necessitam colher um grande número de informações em período relativamente curto de tempo, as suas limitações são conhecidas. Questionários longos podem por vezes se tornar entediantes para quem os preenche, e em alguns casos o respondente pode simplesmente perder o interesse e não responder as questões com precisão (Bodur & Filiz, 2010). O percentual de resposta obtido nesse estudo foi 44,8% e se assemelha aos percentuais de resposta obtidos em outros estudos de validação psicométrica do HSOPSC (Olsen, 2008; El-Jardali *et al*., 2010; Pfeiffer & Manser, 2010; Alahmadi, 2010).

Entre os respondentes na amostra estudada, prevaleceram os profissionais do sexo feminino (79,2%), com contato direto com o paciente (83,9%), integrantes de profissões ligadas à Enfermagem (75,2%), como se verificou em outros estudos (Hellings *et al*., 2007; Blegen *et al*., 2009; Waterson *et al*., 2010; Sarac *et al*., 2011). A participação majoritária da Enfermagem nos estudos desenvolvidos em hospitais pode ser explicada pelo fato desses profissionais constituírem o maior contingente entre o conjunto de profissionais que trabalham nessas instituições. E ainda, por motivos culturais, o sexo feminino é predominante em algumas profissões da área de saúde, particularmente, na Enfermagem (Lima Júnior, Alchieri & Maia, 2009; Abraão *et al*., 2010). Outro ponto importante a destacar é o papel dos líderes de unidades clínicas e cirúrgicas, em sua maioria enfermeiros, na mobilização de sua equipe, esclarecendo a importância da participação no estudo ora proposto, tendo sido esta uma estratégia adotada nesta pesquisa. Além disso, vale ressaltar, que essa categoria profissional desempenha um papel de vanguarda nas ações de melhoria da qualidade do cuidado.

A maior parte dos respondentes (50,9%) afirmou ter de 1 a 5 anos de trabalho no hospital. O tempo de atuação dos profissionais na instituição constitui um importante indicador para a segurança do paciente, pois tem relação com a rotatividade dos profissionais na instituição, que pode comprometer a continuidade do cuidado do paciente quando elevada (Carvalho, 2011). O estudo de Bodur & Filiz, (2010) apresentou resultado semelhante. O elevado percentual de profissionais com menos de 5 anos de trabalho no hospital provavelmente é consequência de motivos diversos entre os dois hospitais participantes desse estudo. O Hospital 1, nos últimos 5 anos, sofreu ampliação considerável para adequação da disponibilidade de serviços à sua demanda, e portanto, realizou inúmeras contratações nesse período, que justificam o percentual de 38,4% de profissionais com menos de 5 anos de trabalho na instituição. O Hospital 2, onde 61,4% dos respondentes afirmaram ter menos de 5 anos de trabalho, conta atualmente com profissionais admitidos por concurso público, nos últimos cinco anos, para suprimento de vagas de profissionais aposentados, além disso, conta também, para o mesmo fim, com profissionais contratados/terceirizados por regime de contrato temporário, realizados nos últimos de 5 anos.

4.2.1 Avaliação da cultura de segurança

Os resultados obtidos com a aplicação do HSOPSC nos permite observar a percepção que os profissionais que trabalham nos hospitais participantes têm sobre os diferentes temas relacionados à cultura de segurança do paciente, entre os quais se inclui o relato de erros, atitudes próprias do trabalho em equipe, comunicação e coordenação das equipes entre as unidades de trabalho, entre outros temas não menos relevantes e estreitamente associados ao processo de aprendizado dos profissionais, necessários ao desenvolvimento e fortalecimento da cultura de segurança do paciente no âmbito hospitalar.

Quando avaliados os resultados obtidos neste estudo, observa-se que a percepção dos profissionais varia significativamente entre as dimensões. O percentual de repostas positivas variou de 21% a 72% entre as dimensões, percentuais bem inferiores aos obtidos em outro estudo realizado no Brasil. Clinco (2007) investigou a cultura de segurança em uma amostra de 60 profissionais, líderes de áreas administrativas e assistenciais de 16 hospitais acreditados do Estado de São Paulo, por meio da aplicação de uma versão do HSOPSC traduzida para o português, e observou percentuais de respostas positivas às 12 dimensões que variaram entre 55% a 92%, sendo que 9 das 12 dimensões obtiveram percentuais de respostas positivas acima de 75%, o que se traduziu em áreas fortalecidas da cultura de segurança nos hospitais pesquisados. É muito provável que os percentuais elevados obtidos por Clinco (2007) estejam associados ao fato de ter incluído apenas hospitais acreditados, onde a adequação a padrões pré-estabelecidos visa alcançar a excelência na qualidade do cuidado, e ainda, por ter coletado as opiniões das lideranças de áreas administrativas e assistenciais, que habitualmente representam os primeiros atores a serem sensibilizados para os desafios a serem vencidos em um processo de acreditação hospitalar.

Considerando o valor global obtido em cada dimensão da cultura de segurança não se observou áreas fortalecidas da segurança do paciente na amostra estudada (% de respostas positivas > que 75%), conforme a classificação para fins de avaliação da

cultura de segurança sugerida pelos autores do questionário (Sorra & Nieva, 2004). O percentual de respostas positivas variou de 21% a 72%. Estudo recente realizado em oito hospitais públicos na Espanha obteve resultados semelhantes, com percentuais de respostas positivas inferiores a 75% (Gama *et al*., 2013).

Nesse estudo, a dimensão "expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras da segurança" obteve o maior percentual de respostas positivas (72%). Resultados semelhantes foram obtidos em outros estudos. Um estudo seccional realizado com 223 profissionais de 13 hospitais gerais na Arábia Saudita (Alahmadi, 2010) obteve o percentual de respostas positivas nessa dimensão de 70%, igual ao obtido no estudo de Blegen *et al*. (2009) realizado com 454 profissionais de hospitais americanos. Essa dimensão é relacionada com a percepção do trabalho em equipe dentro da unidade/setor e indica uma boa relação com o supervisor/chefe da unidade, podendo ser explorada como um apoio eficaz para a promoção de intervenções de melhoria da segurança neste âmbito.

A dimensão "aprendizado organizacional – melhoria contínua" obteve 68% de respostas positivas. Percentual idêntico (68%) ao obtido por Dolci *et al*. (2010) em um estudo realizado com profissionais de hospitais no México e muito semelhante ao obtido no estudo de Bodur e Filiz (2010), na Turquia (70%). Percentuais mais elevados foram obtidos por El Jardali *et al*., (2010) no Líbano (78%) e Chen & Li (2010) na Tailândia (84%).

O nível de colaboração entre os membros da equipe tem forte impacto na qualidade dos cuidados prestados ao paciente (Rose *et al*., 2006). A dimensão "trabalho em equipe dentro da unidade" obteve 61% de respostas positivas, inferior ao obtido por Dolci *et al.* (2010) (68%), Bodur & Filiz (2010) (70%) e Chen & Li (2010) (94%). Observa-se nessa dimensão que o item A11 ("quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam") obteve percentual de respostas positivas de 39%, indicando uma área que necessita melhoria.

Três dimensões obtiveram percentuais de respostas positivas inferiores a 50%, indicando áreas que necessitam intervenções para o fortalecimento da cultura de segurança: "respostas não punitivas aos erros" (21%), "adequação de profissionais" (42%) e "trabalho em equipe entre as unidades" (44%). As duas primeiras são

classificadas como dimensões do âmbito da unidade e a terceira, dimensão do âmbito hospitalar.

A cultura de culpabilidade responsabiliza o indivíduo frente à ocorrência de erros e impede a identificação de problemas nos processos de trabalho que podem ter contribuído para que o erro ocorresse. Uma cultura punitiva prejudica o reconhecimento do erro pelos profissionais, desencoraja-os a notificá-los e por consequência impede o aprendizado organizacional a partir da ocorrência dos mesmos. Nesse estudo o percentual baixo de respostas positivas obtido na dimensão “respostas não punitivas aos erros” é coerente com o elevado percentual de profissionais que afirmaram não ter notificado nenhum evento nos últimos doze meses (78%). Diversos estudos obtiveram percentuais de respostas positivas baixos nessa dimensão (Hellings *et al*., 2007; Blegen *et al*., 2009; Alahmadi, 2010; El Jardali *et al*., 2010; Chen & Li, 2010; Dolci *et al*., 2010; Bodur & Filiz, 2010), o que nos leva a crer que a cultura da culpabilidade constitui um desafio global para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente entre profissionais de hospitais.

O baixo percentual obtido na dimensão adequação de profissionais (42%) provavelmente se deve à percepção dos profissionais quanto à carga de trabalho a qual estão expostos no seu dia-a-dia na unidade e à insuficiência de profissionais para dar conta da demanda de trabalho. Corroborando com essa justificativa, apenas 34% dos respondentes discordaram do item A14R (“nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido”). Observa-se em diversos estudos percentuais baixos de respostas positivas à dimensão “adequação de profissionais” (Hellings *et al*., 2007; Dolci *et al*., 2010; Chen & Li, 2010; El Jardali *et al*., 2010; Gama *et al*., 2013) e alguns estudos apontam para a relação entre deficiências na “adequação de profissionais” e a ocorrência de incidentes de segurança (Sorra & Nieva, 2004; Kho *et al*., 2005; Hellings *et al*., 2007).

O baixo percentual de respostas positivas à dimensão “trabalho em equipe entre as unidades” assemelha-se aos achados de outros estudos (Alahmadi, 2010; Bodur & Filiz, 2010); essa dimensão do âmbito hospitalar envolve questões relacionadas à coordenação entre as equipes no hospital e o seu fortalecimento é essencial para garantir a continuidade do cuidado de qualidade ao paciente.

A avaliação da segurança do paciente pelos respondentes foi contraditória aos resultados obtidos em algumas dimensões da cultura, visto que 60% dos respondentes avaliou a segurança do paciente em sua unidade no hospital como “muito boa” ou “excelente”. Em princípio essa avaliação não condiz com o elevado percentual de respondentes afirmarem não ter notificado eventos nos últimos 12 meses, visto que um dos componentes de grande transcendência do ponto de vista da segurança do paciente é o relato dos eventos que envolvem o cuidado prestado, favorecendo o seu aprendizado a partir deles. Neste sentido, a resistência dos profissionais em notificar os erros seja por temer punições ou perder a credibilidade é coerente com o baixo percentual de respostas positivas obtido na dimensão “respostas não punitivas aos erros”.

4.2.2. Análise das propriedades psicométricas do HSOPSC

Quanto à análise de confiabilidade, os resultados mostraram que a versão adaptada para a Língua Portuguesa do HSOPSC apresentou alfa de Cronbach total de 0,91, considerado muito bom. Entre as dimensões esse coeficiente variou entre 0,52 e 0,91, exceto para duas dimensões em que o alfa foi muito baixo: “adequação de profissionais” (α=0,20) e “respostas não punitivas aos erros” (α=0,35). Valores baixos de alfa de Cronbach para essas dimensões foram estimados em outros estudos. No estudo de validação da versão turca do HSOPSC (N=309), Bodur & Filiz (2010) estimaram valores baixos de confiabilidade para a dimensão “adequação de profissionais” (α=0,19) e para a dimensão “respostas não punitivas aos erros” (α=0,35). De maneira semelhante Dolci *et al.* (2010) aplicando o HSOPSC em sua versão traduzida para o espanhol em uma amostra de 174 profissionais de saúde no México, estimaram alfas baixos para as dimensões “respostas não punitivas aos erros” (α=0,55) e “adequação de profissionais”(α=0,12). Smits *et al.* (2008) estimaram α=0,49 para a dimensão “adequação de profissionais” na validação da versão holandesa do HSOPSC (N=583). Ito *et al*. (2011) estimaram α=0,46 para a dimensão “adequação de profissionais” na validação da versão japonesa do HSOPSC (N=6395).

A análise da intercorrelação dos itens com as dimensões do instrumento mostrou em sua maioria correlações positivas de moderada a forte, com exceção de seis itens. Os itens A2, A5 e A7R apresentaram valores de intercorrelação baixos com a dimensão “adequação de profissionais”, respectivamente, 0,13, 0,02 e 0,09 e o alfa de Cronbach da dimensão aumentaria de 0,20 para 0,37 se o item A7R fosse retirado. Os itens A12R e A16R apresentaram valores de intercorrelação baixos com a dimensão “respostas não punitivas aos erros” (0,17 e 0,12, respectivamente), e o alfa de Cronbach da dimensão aumentaria de 0,20 para 0,37 se o item A7R fosse retirado. Por fim, o item A10R apresentou valor baixo de correlação (0,04) com a dimensão “percepção geral da segurança” e a retirada do mesmo aumentaria o alfa de 0,52 para 0,67.

Embora se tenha feito a opção pelo coeficiente alfa de Cronbach para investigar a confiabilidade do instrumento, deve-se sempre interpretar esse valor à luz das características da medida a qual essa se associa e da população onde essa medida foi realizada. De modo que, somente o uso repetido do instrumento em diferentes amostras será capaz de confirmar algo mais consistente sobre a validade e confiabilidade do mesmo. A partir do momento que uma escala é utilizada diversas vezes gerando dados confiáveis pode-se atestar com maior segurança que ela seja, de fato, uma escala confiável (Cortina, 1993). Logo, recomenda-se a realização de estudos adicionais utilizando o HSOPSC no Brasil para confirmar os valores de alfa de Cronbach obtidos nessas dimensões.

A validade de constructo foi investigada pelas AFC e AFE. A AFC não confirmou o modelo teórico dimensional de 12 fatores proposto pelo instrumento original o que foi evidenciado pelos valores obtidos nos índices de ajuste e pelas correlações excessivamente altas e maior que 1 observadas.

A AFE realizada para os 42 itens que compõem o questionário original obteve índices de ajuste que podem ser considerados adequados e resultou em um modelo de 11 fatores, mas a ocorrência de cargas baixas, cruzadas, e de um item carregando isoladamente sobre um fator justificaram a exclusão dos itens A9, A16R, C1 e C6R para possibilitar explorar um modelo com 38 itens. O resultado da AFE realizada com 38 itens resultou em um modelo de 10 fatores, que explicaram juntos 70,8% da

variância observada, com índices de ajuste adequados (CFI=0,945, TLI=0,971; RMSEA=0,072 e SRMR=0,030). Segundo Hair *et al*. (2009) situações em que se tem um número de variáveis igual ou maior que 30 e um tamanho de amostra menor que 250, como é o caso desse estudo, valores de RMSEA menores que 0,08 acompanhados de valores de CFI iguais ou maiores que 0,95 demonstram qualidade no ajuste. Além da busca por um bom ajuste, o objetivo da AFE é testar a teoria que sustenta um modelo dimensional. Nesse sentido, o modelo fatorial obtido foi satisfatório. Alguns itens carregaram sobre fatores de modo similar à estrutura do modelo dimensional do questionário original. Observou-se em quatro fatores, a agregação de itens de duas dimensões existentes no modelo dimensional original em um só fator. A agregação de itens de duas dimensões no mesmo fator, sugerida pelo modelo foi coerente no que diz respeito ao âmbito a que se referem essas dimensões: itens da dimensão “passagem de plantão/turno e transferências” foram agregados aos itens da dimensão “trabalho em equipe entre as unidades”, ambas do âmbito do hospital; itens da dimensão “respostas não punitivas aos erros” e “adequação de profissionais” foram agregados, sendo essas, dimensões do âmbito da unidade; itens da dimensão “expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras da segurança” foram agregados aos itens da dimensão “abertura da comunicação” ambas do âmbito da unidade. Porém, no modelo de dez fatores sugerido pela AFE, apenas 7 fatores comportaram 3 itens ou mais, sendo que três fatores comportaram apenas 2 itens e um fator comportou apenas 1 item, o que se traduz em inconsistência no modelo sugerido. A partir daí a opção de continuidade na exploração de um modelo consistente que se ajustasse bem aos dados desse estudo seria possível por meio da realização de novas análises fatoriais exploratórias efetuando a remoção de itens problemáticos até se obter um modelo consistente. No entanto, optou-se por parar neste ponto por motivos diversos: (1) esse estudo assume um caráter exploratório visto que é o primeiro a investigar as propriedades psicométricas do HSOPSC traduzido para o português sendo, portanto, oportuno testar a versão traduzida do HSOPSC para o português em outras amostras no Brasil; (2) o desenvolvimento do modelo teórico do HSOPSC envolveu estudos aprofundados bem documentados pela AHRQ, indicando cautela e parcimônia no uso de resultados empíricos que falem a favor de alteração do modelo

original orientado; (3) o HSOPSC tem sido amplamente utilizado em muitos países com contextos sócio-economômicos e culturais distintos e níveis de monitoramento e preocupação com a qualidade do cuidado e segurança do paciente em estágio de desenvolvimento diversos, consistindo dessa forma num instrumento que possibilita conhecer e comparar os diferentes níveis de cultura de segurança do paciente.

Por outro lado, alguns estudos de validação psicométrica não confirmaram a estrutura dimensional do questionário tal como a proposta pelo modelo original. Smits *et al*. (2008) validaram a versão dos HSOPSC para a Holanda (N=583) e obtiveram um modelo de 11 dimensões que juntas explicaram 57,1% da variância. Blegen *et al*. (2009) igualmente obtiveram um modelo de 11 dimensões (N=368), após excluir os itens da dimensão “adequação de profissionais”. Bodur & Filiz (2010) identificaram 10 dimensões da cultura de segurança na validação da versão turca do HSOPSC mantendo os 42 itens do modelo original proposto pela AHRQ (N=309). No estudo inglês de validação do HSOPSC (N=1017), Waterson *et al*. (2010) estimaram um modelo de 9 dimensões que explicou 66,8% da variância dos dados. No estudo suíço (N=2421), Pffeifer & Manser (2010) obtiveram um modelo dimensional de 8 fatores que explicaram 59,8% da variância nas respostas aos itens. No entanto, estudos desenvolvidos em países como a Bélgica (Wenqi, 2005), a Noruega (N=1919) (Olsen, 2008), a Tailândia (N= 788) (Chen & Li, 2010), o Líbano (N=6807) (El-Jardali *et al*., 2010), o Japão (N=6395) (Ito *et al*., 2011) e Irã (N=420) (Moghri *et al*., 2012) confirmaram a estrutura dimensional da versão original do HSOPSC.

Limitações do estudo

A principal limitação desse estudo consistiu na baixa adesão dos hospitais ao convite em participar deste estudo. Dos 8 hospitais convidados apenas 2 aceitaram participar. É muito provável que a baixa adesão dos hospitais tenha influenciado negativamente as análises psicométricas do instrumento. Os dois hospitais participantes apresentam características semelhantes quanto ao *status* da cultura de segurança do paciente e não constituem ainda organizações hospitalares acreditadas,

limitando a variabilidade dos dados obtidos no estudo seccional. Outra limitação encontrada foi o elevado número de dados ausentes, isto é, questionários apresentando preenchimento parcial dos 42 itens. O elevado número de dados ausentes possivelmente prejudicou as estimativas de confiabilidade e validade de constructo do instrumento traduzido para o português. Dos 322 questionários incluídos no estudo, 105 apresentaram pelo menos um dado ausente, critério que levou à exclusão destes da etapa de análise psicométrica. Na etapa inicial da análise dos dados desse estudo, o emprego de técnicas de imputação dos dados faltantes foi considerado, contudo essa opção metodológica foi descartada devido ao impacto sobre as estimativas e o desconhecimento de sua direcionalidade advinda das técnicas examinadas face ao pequeno número de casos incluídos no estudo.

Outra importante limitação consiste no provável viés de não resposta, próprios de delineamentos de estudos seccionais, gerado pela recusa de potenciais respondentes em participar do estudo, prejudicando, dessa forma, a generalização dos achados para a população do estudo. Vale ainda destacar a opção pela coleta dos dados em questionário impresso, que apesar de ter sido utilizada para facilitar a adesão dos respondentes, poderia num cenário crescente do uso de tecnologia da informação ser substituída pela coleta via web ou mesmo correio eletrônico. Contudo, questões relacionadas aos requisitos dos comitês de ética em pesquisa foram ponderadas nessa decisão de coletar os dados em papel, posterior ao preenchimento do termo de consentimento em participar da pesquisa.

Além disso, as dificuldades encontradas na adesão dos hospitais ao estudo associadas à expectativa de um baixo percentual de resposta, inerentes aos estudos seccionais que utilizam questionários extensos, não viabilizou a realização de uma amostra aleatória estratificada por unidades e categorias profissionais, o que seria necessário para garantir a representatividade dos achados sobre a cultura de segurança do paciente nos hospitais estudados.

CAPÍTULO V – CONCLUSÃO

A cultura de segurança do paciente entre profissionais de hospitais tem recebido atenção crescente. Considerada um aspecto da cultura organizacional, a cultura de segurança do paciente se reflete no comportamento dos membros de uma organização, unidade ou equipe, em especial nos valores e crenças por eles partilhados, no quanto eles priorizam a segurança do paciente. Uma cultura de segurança do paciente fortalecida é caracterizada pela valorização do trabalho em equipe, pelo engajamento dos líderes da organização aos desafios de se proporcionar cuidados de saúde seguros, pela adoção de uma postura proativa desses líderes frente à ocorrência de erros, respaldada pela comunicação aberta entre os profissionais e o encorajamento da notificação de incidentes de segurança, e por consequência, promovendo o aprendizado organizacional efetivo a partir deles.

A promoção da cultura de segurança pode ser conceituada como um conjunto de intervenções enraizadas nos princípios da liderança, do trabalho em equipe, na mudança de comportamento. As estratégias utilizadas para promover a segurança do paciente podem incluir intervenções únicas ou várias intervenções combinadas. Elas podem incluir mudanças ao nível do sistema, como por exemplo, na gestão, ou no nível da estrutura, como na implantação de um sistema de relato de eventos efetivo. Diversas estratégias vêm sendo utilizadas para melhorar a cultura de segurança das quais são exemplos os treinamentos em equipe, os quais se referem a um conjunto de métodos estruturados que visam otimizar os processos de trabalho em equipe, melhorando a comunicação, a colaboração e a liderança; e os *rounds* interdisciplinares onde há o engajamento das lideranças organizacionais diretamente com provedores do cuidado da linha de frente, discutindo as potenciais ameaças à segurança do paciente, partilhando responsabilidades e confiança (Weave *et al*., 2013). A avaliação do *status* da cultura de segurança no hospital tem sido objeto de diversos estudos a nível global incluindo desenhos de estudos pré e pós intervenções,

mostrando as necessidades percebidas em uma avaliação pré-intervenção e os ganhos alcançados a partir da implementação efetiva de intervenções de segurança, traduzidas pelo fortalecimento da cultura de segurança avaliado pós-intervenção.

Este estudo teve como objeto central a adaptação transcultural do HSOPSC – instrumento de avaliação da cultura de segurança do paciente, para o português e uso no contexto hospitalar brasileiro. Nesse sentido, os objetivos do mesmo foram alcançados. As etapas de tradução envolvendo a validação de conteúdo, semântica e de itens foram cumpridas satisfatoriamente. A participação do painel de especialistas enriqueceu esse processo. A estrutura dimensional de 12 fatores proposta pelo modelo original do instrumento não se confirmou com a amostra brasileira utilizada nesse estudo, constatada pelos índices de ajustes inadequados obtidos da Análise Fatorial Confirmatória e pelas correlações excessivamente altas verificadas entre algumas dimensões. A consistência interna estimada para o instrumento como um todo foi muito boa e em geral foram satisfatórias para a maior parte das 12 dimensões que compõem o modelo original, com exceção das dimensões “adequação de profissionais” e “respostas não punitivas aos erros”, que tiveram coeficientes de alfa de Cronbach muito baixos.

Durante o processo exploratório em busca de um modelo consistente e que se ajustasse adequadamente aos dados desse estudo optou-se pela exclusão de 4 itens. A Análise Fatorial Exploratória resultou em um modelo de 10 fatores, com índices de ajustes adequados, porém apresentando inconsistências em três fatores: dois fatores obtiveram carga de apenas 1 item e um fator obteve cargas de 2 itens. Optamos por interromper a exploração neste ponto pelos seguintes motivos: (1) prosseguir na exploração de um modelo consistente que se ajustasse aos dados desse estudo implicaria na remoção de itens; essa opção deve ser analisada com profundidade visto que reduz a possibilidade de comparação entre estudos; (2) esse estudo tem um caráter exploratório visto que é o primeiro estudo brasileiro de validação psicométrica do HSOPSC, assim recomenda-se que estudos subsequentes utilizando outras amostras no Brasil sejam realizados no intuito de confirmar a validade psicométrica avaliada neste estudo baseada na aplicação do instrumento traduzido para o português e adaptado para o contexto hospitalar brasileiro; (3) o HSOPSC passou por rigoroso

processo de construção e validação (Sorra & Nieva, 2004) e sua versão traduzida para o português foi de fácil compreensão por parte dos participantes do estudo, portanto, propostas de alteração com base nas análises empíricas dificultaria, em outras repercussões, a comparação com estudos internacionais e o aprendizado com experiências exitosas ou não voltadas para garantir um cuidado e um ambiente de trabalho mais seguros.

Baseado nos resultados obtidos no âmbito dos hospitais estudados e considerando as limitações quanto à possibilidade da generalização dos mesmos, já anteriormente descritas, a cultura de segurança do paciente na amostra brasileira se apresenta como uma cultura punitiva frente à ocorrência de erros. Os erros decorrentes do cuidado de saúde podem estar ligados a falhas ocultas existentes na estrutura ou no sistema e a melhoria da segurança do paciente requer alterações no sistema, incluindo enfrentar desafios difíceis, como mudar a cultura predominante punitiva frente aos erros. A cultura da culpabilidade desencoraja a notificação de erros, negligencia informações valiosas sobre eles e, portanto, limita a capacidade de analisá-los e, mais o importante, impede evitar que eles aconteçam novamente. Adicionalmente, foram identificadas fragilidades em relação à adequação de profissionais nos hospitais estudados e o trabalho em equipe entre as unidades do hospital. A maioria dos participantes afirmou lidar com cargas excessivas de trabalho e recursos humanos insuficientes em suas atividades laborais diárias e apontaram dificuldades referentes à coordenação do trabalho em equipe entre as unidades. Essas informações podem ser úteis para se estabelecer estratégias e medidas de melhoria para benefício dos pacientes e dos profissionais envolvidos na prestação de um cuidado de saúde que almeje condições adequadas para ser mais seguro, efetivo, oportuno, centrado no paciente, eficiente e equânime (IOM, 2001).

REFERÊNCIAS

Abraão SR, Bezerra ALQ, Branquinho NCSS, Paranaguá TTB. Caracterização, motivação e nível de satisfação dos técnicos de enfermagem de um hospital universitário. *Rev Enf UERJ* 2010; 18(2):253-8.

Aday LA. Evaluating the Medical Care System Effectiveness, Efficiency and Equity. São Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers, 1993.

Agency for Healthcare Research and Quality AHRQ. Improving Patient Safety in Hospitals: A Resource List for Users of the AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture. Westat, contract number HHSA 290200710024C, AHRQ Publication No. 11-0012-2-EF, 2010.

Alahmadi HÁ. Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. *Qual Saf Health Care* 2010; 19:1-5.

Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramirez R, Amarilla A, Restrepo FR, Urroz O, Sarabia O, García-Corcuera LV, Terol-García E, Agra-Varela Y, Gonseth-García J, Bates DW, Larizgoitia I, IBEAS team. Prevalence of adverse events in the hospitals of Five Latin American countries: results of the “Iberoamerican study of adverse events”(IBEAS). *BMJ Qual Saf* 2011; 20:1043-1051.

Bahr G. Accreditation – impacting the organizational culture of a public hospital in Brazil [MBA final thesis]. Nantes, France: Audencia Nantes - École de Management, 2010.

Barreiros D. Gestão da segurança e saúde no trabalho estudo de um modelo sistêmico para as organizações do setor mineral [tese de doutorado]. São Paulo (SP): Escola Politécnica, Universidade de São Paulo, 2002.

Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* 2000; 25:3186-24.

Berwick DM. Continuous Improvement as an Ideal in Health Care. *N Eng J Med* 1989 320(1):53-6.

Blegen AM, Gearhart S, O’Brien R, Sehgal NL, Alldredge BK. AHRQ’s Hospital Survey on Patient Safety Culture: Psichometric Analyses. *J Patient Saf,* 2009; 5:139-144.

Blumenthal D. Quality of care – What is it? *N Engl J Med*, 1996; 335:891-894.

Bodur S, Filiz E. Validity and reliability of Turkish version of “Hospital Survey on Patient Safety Culture” and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. *BMC Health Services Research* 2010; 10:(28)1-9.

Brennan TA, Leape LL, Laird NM, *et al*.. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Eng J Med, 1991*; 324:370-6.

Brook RH, Davies AR, Greenfield S, Harris LJ, Lelah T, Solomon NE, Ware JE. Quality of Medical Care Assessment Using Outcome Measures: An Overview of the Method. Santa Monica, CA: RAND Corporation, 1976.

Brown A. *Organisational culture*. 2nd Ed. Harlow, England: Prentice Hall, 1998.

Brown C, Hofer T, Johal A, *et al*.. An epistemology of patient safety research: a framework for study design and interpretation. Part 1. Conceptualising and developing interventions. *Qual Saf Health Care* 2008;17:158-162.

Brown TA. Confirmatory factor analysis for applied research. New York: The Guilford Press, 2006.

Burr M, Sorra J, Nieva VF et al*. Analysis of the Veteran's Administration (VA) National Center for Patient Safety (NCPS)*. FY 2000 Patient Safety Questionnaire. (Prepared by Westat under contract to Barents/KPMG Rockville, nº 290-96-0004) Agency for Healthcare Research and Quality, 2002.

Carvalho REFL. Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil – Questionário de Atitudes de Segurança [tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2011.

Clinco SDO. O Hospital é seguro? Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente [dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, 2007.

Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB: Measuring patient safety climate: A review of surveys. *Qual Saf Health Care*, 2005; 14:364-366.

Cortina JM. What is Coefficient Alpha? An Examination of Theory and Applications. *Journal of Applied Psychology*, 1993; 78(1):98-104.

Cox SJ, Cox T. The structure of employee attitude to safety: a European example. *Work & Stress*, 1991; 5:93-106.

Cox, S, Flin R. Safety culture: philosopher's stone or man of straw? *Work & Stress*, 1998; 12(3):189-201.

Dolci GF, Suárez JR, Casanova HA, Fernández CR, Torres FH, Varela JS. Cultura sobre seguridad del paciente em profesionales de la salud. *Cir Cir* 2010; 78(6)527-532.

Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.

Donahue KT, O'Leary DS. A evolução dos Sistemas de Acreditação de Instituições de Saúde. *Ensaio, Avaliação em Políticas Públicas em Educação*. Rio de Janeiro, 2000: Número Especial, 9:5-16.

El-Jardali F, Jaafar M, Dimassi H, Jamal D, Hamdan R. The current state of patient safety culture in Lebanese hospitals: a study at baseline. *International Journal for Quality in Health Care* 2010; 22 (5):386-395.

Etchegaray JM, Thomas EJ. Comparing two safety culture surveys: Safety Attitudes Questionnaire and Hospital Survey on Patient Safety. *BMJ Qual Saf* 2012; 21:490-498.

Flin R. Measuring safety culture in healthcare: a case for accurate diagnosis. *Safety Science*, 2007; 45:653-667.

Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM: Measuring safety climate in health care. *Qual Saf Health Care*, 2006; 15:109-115.

Flin R, Mearns K, O'Connor P, Bryden R. Measuring safety climate: identifying the common features. *Safety Science*, 2000; 34(1-3):177-192.

Freitas ME. Cultura organizacional: o doce controle no clube dos raros. In: Motta FCP; Caldas MP (Orgs). *Cultura organizacional e cultura brasileira*. São Paulo: Atlas, 1997, p. 293-304.

Gaba DM, Singer SJ, Sinaiko AD, *et al*. Differences in safety climate between hospital personnel and naval aviators. *Human Factors*, 2003; 45: 173-85.

Gama ZAS, Oliveira ACS, Hernández PJS. Cultura de seguridad Del paciente y factores asociados em uma red de hospitales públicos españoles. *Cad Saúde Pública* 2013; 29(2):283-293.

Ginsburg L, Gilin D, Tregunno D, *et al*. Advancing measurement of patient safety culture. *Health Serv Res* 2009; 44:205-24.

Goffee R, Jones G. The character of a corporation: how your company's culture can make or brake your business. Londres: Harper Collins-Hammersmith, 1998.

Gomes AQF. Iniciativas para segurança do paciente difundidas pela Internet por organizações internacionais: estudo exploratório [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

Gorsuch RL. Factor analysis. 2ª ed. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum, 1983.

Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. Análise Multivariada de Dados. 6ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

Halligan M, Zecevic A. Safety Culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf*, 2011; 20:338-343.

Handler SM, Castle NG, Studentski SA, Perera S, Fridsma DB, Nace DA *et al*.. Patient safety culture assessment in the nursing home. *Qual Saf Health Care* 2006, 15:400-404.

Health and Safety Comission. Third Report: Organizing for Safety. ACSNI Study Group on Human Factors. London: HMSO, 1993:23.

Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A. Challenging patient safety culture: survey results. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 2007; 20(7):620-632.

Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res* 1998; 7:323-35.

Holland WW. Evaluation of health care. CA: Oxford University Press, 1983.

Hudson P. Applying the lessons of high risks industries to health care. *Qual Saf Health Care*, 2003; 12(Supl I): i7-i12.

IOM Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington: National Academy Press, 2001.

Ito S, Seto K, Kigawa M, Fujita S, Hasegawa T, Hasegawa T. Development and applicability of Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) in Japan. BMC Health Services Research 2011; 11:(28)1-7.

Jackson J, Sarac C, Flin R. Hospital safety climate surveys: measurement issues. *Current Opinion in Critical Care* 2010; 16:632-638.

Kass-Bartelmes BL, Rutherford MK. AHRQ Tools and resources for better health care. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2002. Research in Action Issue 10. AHRQ Pub No. 03-0008. Disponível em http://www.ahrq.gov/qual/tools/toolsria.pdf (Acessado em 15/11/12).

Kho ME, Carbone JM, Lucas J, Cook DJ. Safety climate survey: reliability of results from a multicenter ICU survey. *Qual Saf Health Care* 2005; 14:273-8.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson, MC (eds.); Committee on Quality in Health Care; Institute of Medicine. To err is human. Building a safer health system. Washington: National Academy Press, 1999.

Lacombe FJ, Heilborn GLJ. Administração – Princípios e tendências. São Paulo: Saraiva, 2003.

Leape LL, Brennan TA, Laird N, et al.. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Eng J Med* 1991; 324: 377-84.

Leape LL, Woods D, Hatlie M, Kizer K, Schroeder S, Lundberg G. Promoting patient safety by preventing medical error. *Journal of the American Association* 1998; 280:1444-1447.

Lima Júnior J, Alchieri JC, Maia EMC. Avaliação das condições de trabalho em hospitais de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(3):670-6.

Long AF, HARRISON S. Health Services Performance (1985). In: PRO-ADESS (Projeto: Desenvolvimento de metodologia de avaliação do sistema de saúde brasileiro). Relatório Final. Rio de Janeiro, Agosto de 2003.

Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care* 2009; 21:279-284.

Mintzberg H. Structure & dynamique des organizations. Paris: Les éditions d'organisation, 1982.

Mintzberg H, Ahlstrand B, Lampel J. *Safári de estratégia: um roteiro pela selva do planejamento.* Porto Alegre: Bookman, 2010.

Moghri J, Arab M, Saari AA, Nateqi E, Forooshani AR, Ghiasvand H, Sohrabi R, Goudarzi R. The Psychometric Properties of the Farsi Version of "Hospital Survey on Patient Safety Culture"In Iran's Hospitals. *Iranian J Publ Health*, 2012; 42(4):80-86.

Muthén LK, Muthén BO. Mplus User's Guide. Seventh Edition. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén (1998-2012).

Nascimento A. Sécurité des patients et culture de sécurité: une revue de la littérature. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(8):3591-3602.

Nascimento NB, Travassos CMR. O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 2010;20(2):625-651.

Nieva VF, Sorra J. Safety Culture Assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Healthcare* 2003; 12: ii17-1123.

Olsen E. Reliability and Validity of the Hospital Survey on Patient Safety Culture at a Norwegian Hospital. In: ∅vretveit J, Sousa PJ. *Quality and Safety Improvement Research: Methods and Research Practice from the International Quality Improvement Research Network (QIRN).* Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, 2008; p. 173-186.

Oña PMP. Are there differences in patient safety between different countries using the HSOPSC? [Master of Public Health]. Copenhagen University, Copenhagen (Denmark) 2012.

Pfeiffer Y, Manser T. Development of the German version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: Dimensionality e psychometric properties. *Safety Science* 2010; 48:1452-1462.

Premier Healthcare Alliance. Customized Excel Data Tool, January 2007. Disponível em https://www.premierinc.com/quality-safety/tools-services/safety/topics/culture/data-tool.jsp#download. (Acessado em 31/10/12).

Pronovost PJ, Weast B, Bishop K, Paine L, Griffith R, Rosenstein BJ, et al.. Senior executive adopt-a-work unit: a model for safety improvement. *Jt Comm J Qual Saf* 2004, 30:59-68.

Ramirez LCB. Establish baseline of the culture of patient safety in a University Hospital in Bogota. Iberoamericana magazine of Phycology. *Science and Technology*(1):9-28, 2008.

Reason J. Beyond the organisational accident: the need for "error wisdom" on the frontline. *Qual Saf Health Care* 2004; 13(Suppl II):28-33.

Reason J. *Human error*. London: Cambridge University Press, 2003, 302 p.

Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000; (320):768-770.

Reason JT, Carthey J, Leval MR. Diagnosing “vulnerable system syndrome”: an essential prerequisite to effective risk management. *Quality in Health Care* 2001; 10(2):ii21-ii25.

Reichenheim ME, Moraes, CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saúde Pública* 2007; 41:665-73.

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.

Robb G, Seddon M. Measuring the safety culture in a hospital setting: a concept whose time has come? *NZMJ* 2010; 123 (1313):66-76.

Rose JS, Thomas CS, Tersigni A, Sexton JB, Pryor D. A leadership framework for culture change in health care. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2006; 32(8):433-42.

Runciman W, Hibbert P, Thomson R, et al. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care* 2009; 21:9-1.

Runciman WB, Baker GR, Michel P, Dovey S, Lilford RJ et al. Tracing the foudations of a conceptual framework for a patient safety ontology. *Qual Saf Health Care* 2010; 19 (56):1-5.

Sarac C, Flin R, Mearns K, Jackson J. Hospital Survey on Patient Safety Culture: psychometric analysis on a Scottish sample. *BMJ Qual Saf* 2011; 20(10):842-8.

Schein EH. *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1991.

Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB *et al*. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res* 2006; 6:44.

Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL *et al*. *Frontline assessments of healthcare culture: Safety Attitudes Questionnaire norms and psychometric properties.* Austin, TX: The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice, 2004. Technical Report nº 04-01. Grant nº 1PO1HS1154401. Agency for Healthcare Research and Quality. Disponível em http://www.uth.tmc.edu/schools/med/imed/patient_safety/questionnaires/SAQBibliography.html (Acessado em 20/Mar/2011).

Shell CM, Karen DD. Florence Nightingale, Dr. Ernest Codman, American College of Surgeons Hospital Standardization Committee, and The Joint Commission: Four Pillars in the Foundation of Patient Safety*. Perioperative Nursing Clinics* 2008, 3: 19-26.

Singer S, Meterko M, Baker L *et al*. Workforce perceptions of hospital safety culture: development and validation of the patient safety climate in healthcare organizations survey. *Health Serv Res* 2007; 42: 1999-2021.

Smith GT, McCarthy DM. Methodological considerations in the refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment* 1995; 7:300-308.

Smits M, Christiaans-Dingelhoff I, Wagner C, Wal G, Groenewegen PP. The psychometric properties of the “Hospital Survey on Patient Safety Culture” in Dutch hospitals. *BMC Health Services Research* 2008; 8:230-238.

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:. September 2004.

Sorra J, Nieva V, Famolaro T, Dyer N, Nelson D, Khanna K: Hospital Survey on Patient Safety Culture 2008 Comparative Database Report. Part II, III Rockville MD; 2008. AHRQ Publ. No. 08-0039 2008.

Tabachnick B G, Fidell L S. Using multivariate statistics. New York: Harper Collins, 2001.

Voluntary Hospitals of America. Strategies for Leadership: *An Organizational Approach to Patient Safety*, 2000. Disponível em http://www.aha.org/aha/content/2002/pdf/VHAtool.pdf (Acessado em 15/Mar/2011).

Weaver SJ, Lubomski LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy. Annals of Internal Medicine 2013; 158(5):369-375.

Weingart SN, Farbstein K, Davis RB *et al*. *Using a multihospital survey to examine the safety culture. Jt Comm J Qual Saf* 2004; 30:125-32.

Wenqi L. Validation of a translated version of the Hospital Survey on Patient Culture – HSOPSC [Thesis MSc Applied Statistics]. Hasselt (Belgium): University of Hasselt, 2005.

Westrum R. Cultures with requisite imagination. In: Wise J, Stager P, Hopkins J, eds. *Verification and validation in complex man-machine systems*. New York: Springer, 1993.

Westrum R. A typology of organisational cultures. *Qual Saf Health Care* 2004; 13 (Suppl II) ii22-27.

WHO World Health Organization. Patient safety – a global priority. Bull World Health Organ. Genebra 2004;vol.82 nº12 .Disponível em http://www.who.int/bulletin/volumes/82/12/editorial11204html/en/ (acessado em 15/Jun/11).

WHO World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Sections III e IV (PPS 49-90), 2008. **Disponível em** http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596541_eng.pdf**.**

WHO World Health Organization. Patient Safety - Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1. Technical Report. January 2009. Disponível em http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf (acessado em 19/Jun/2012).

Yafang T. Relationship between Organizational Culture, Leadership Behavior and job satisfaction. *BMC Health Services Research*, 2011; 11:98.

Zhang W, Wiegmann DA, von Thaden TL, Sharma G, Mitchell AA. Safety culture: a concept in chaos? In: *Proceedings of the 46th Annual Meeting of the Human Factors and Ergonomics Society.* Santa Monica, Human Factors and Ergonomics Society, 2002.

Zimmer PM, Ribas EO, Berquó LS, Lopes GAM. A avaliação da cultura de segurança do paciente: uma análise comparativa com os hospitais norte-americanos. IX Congresso Internacional de Qualidade e Serviços e Sistemas de Saúde, Anais Qualihosp, 2009, p. 262-265.

Zohar D. Safety climate in industrial organizations: Theoretical and applied implications. *Journal of Applied Psychology*, 1980; 65:96-102.

ANEXOS

ANEXO A – Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)- Versão Original

Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)

Instructions

This survey asks for your opinions about patient safety issues, medical error, and event reporting in your hospital and will take about 10 to 15 minutes to complete.

If you do not wish to answer a question, or if a question does not apply to you, you may leave your answer blank.

6. *An **"event"** is defined as any type of error, mistake, incident, accident, or deviation, regardless of whether or not it results in patient harm.*
7. ***"Patient safety"** is defined as the avoidance and prevention of patient injuries or adverse events resulting from the processes of health care delivery.*

SECTION A: Your Work Area/Unit

In this survey, think of your "unit" as the work area, department, or clinical area of the hospital where you spend *most* of your work time or provide *most* of your clinical services.

What is your primary work area or unit in this hospital? Select ONE answer.

- ☐ a. Many different hospital units/No specific unit
- ☐ b. Medicine (non-surgical)
- ☐ c. Surgery
- ☐ d. Obstetrics
- ☐ e. Pediatrics
- ☐ f. Emergency department
- ☐ g. Intensive care unit (any type)
- ☐ h. Psychiatry/mental health
- ☐ i. Rehabilitation
- ☐ j. Pharmacy
- ☐ k. Laboratory
- ☐ l. Radiology
- ☐ m. Anesthesiology
- ☐ n. Other, please specify: _____

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your work area/unit.

Think about your hospital work area/unit…	**Strongly Disagree ▼**	**Disagree ▼**	**Neither ▼**	**Agree ▼**	**Strongly Agree ▼**
1. People support one another in this unit.....	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
2. We have enough staff to handle the workload	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
3. When a lot of work needs to be done quickly, we work together	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

as a team to get the work done .....

4. In this unit, people treat each other with respect	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
5. Staff in this unit work longer hours than is best for patient care.....	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

SECTION A: Your Work Area/Unit (continued)

Think about your hospital work area/unit…	**Strongly Disagree ▼**	**Disagree ▼**	**Neither ▼**	**Agree ▼**	**Strongly Agree▼**
6. We are actively doing things to improve patient safety	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
7. We use more agency/temporary staff than is best for patient care	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
8. Staff feel like their mistakes are held against them	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
9. Mistakes have led to positive changes here.....	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
10. It is just by chance that more serious mistakes don't happen around here	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
11. When one area in this unit gets really busy, others help out.....	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
12. When an event is reported, it feels like the person is being written up, not the problem	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
13. After we make changes to improve patient safety, we evaluate their effectiveness.....	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
14. We work in "crisis mode" trying to do too much, too quickly	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
15. Patient safety is never sacrificed to get more work done.....	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
16. Staff worry that mistakes they make are kept in their personnel file.....	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
17. We have patient safety problems in this unit.....	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
18. Our procedures and systems are good at preventing errors from happening.....	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

SECTION B: Your Supervisor/Manager

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your immediate supervisor/manager or person to whom you directly report.

	Strongly Disagree▼	**Disagree ▼**	**Neither ▼**	**Agree ▼**	**Strongly Agree▼**
1. My supervisor/manager says a good word when he/she sees a job done according to established patient safety procedures.....	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

2. My supervisor/manager seriously considers staff suggestions for improving patient safety	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
3. Whenever pressure builds up, my supervisor/manager wants us to work faster, even if it means taking shortcuts	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
4. My supervisor/manager overlooks patient safety problems that happen over and over	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

SECTION C: Communications

How often do the following things happen in your work area/unit?

Think about your hospital work area/unit…	**Never▼**	**Rarely ▼**	**Some-times▼**	**Most of the time ▼**	**Always ▼**
1. We are given feedback about changes put into place based on event reports	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
2. Staff will freely speak up if they see something that may negatively affect patient care	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
3. We are informed about errors that happen in this unit	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
4. Staff feel free to question the decisions or actions of those with more authority	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
5. In this unit, we discuss ways to prevent errors from happening again	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
6. Staff are afraid to ask questions when something does not seem right	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

SECTION D: Frequency of Events Reported

In your hospital work area/unit, when the following mistakes happen, *how often are they reported?*

	Never▼	**Rarely ▼**	**Some-times ▼**	**Most of the time ▼**	**Always ▼**
1. When a mistake is made, but is *caught and corrected before affecting the patient*, how often is this reported?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
2. When a mistake is made, but has *no potential to harm the patient*, how often is this reported?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
3. When a mistake is made that *could harm the patient*, but does not, how often is this reported?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

SECTION E: Patient Safety Grade

Please give your work area/unit in this hospital an overall grade on patient safety.

☐	☐	☐	☐	☐
A	**B**	**C**	**D**	**E**
Excellent	Very Good	Acceptable	Poor	Failing

SECTION F: Your Hospital

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your hospital.

Think about your hospital…	**Strongly Disagree** ▼	**Disagree** ▼	**Neither** ▼	**Agree** ▼	**Strongly Agree** ▼
1. Hospital management provides a work climate that promotes patient safety	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
2. Hospital units do not coordinate well with each other	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
3. Things "fall between the cracks" when transferring patients from one unit to another	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
4. There is good cooperation among hospital units that need to work together	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

SECTION F: Your Hospital (continued)

Think about your hospital…	**Strongly Disagree** ▼	**Disagree** ▼	**Neither** ▼	**Agree** ▼	**Strongly Agree** ▼
5. Important patient care information is often lost during shift changes	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
6. It is often unpleasant to work with staff from other hospital units	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
7. Problems often occur in the exchange of information across hospital units	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
8. The actions of hospital management show that patient safety is a top priority	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
9. Hospital management seems interested in patient safety only after an adverse event happens	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
10. Hospital units work well together to provide the best care for patients	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
11. Shift changes are problematic for patients in this hospital	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

SECTION G: Number of Events Reported

In the past 12 months, how many event reports have you filled out and submitted?

☐ a. No event reports
☐ b. 1 to 2 event reports
☐ c. 3 to 5 event reports
☐ d. 6 to 10 event reports
☐ e. 11 to 20 event reports
☐ f. 21 event reports or more

SECTION H: Background Information

This information will help in the analysis of the survey results.

1. How long have you worked in this hospital?

☐ a. Less than 1 year
☐ d. 11 to 15 years

☐ b. 1 to 5 years ☐ e. 16 to 20 years

☐ c. 6 to 10 years ☐ f. 21 years or more

2. How long have you worked in your current hospital work area/unit?

☐ a. Less than 1 year ☐ d. 11 to 15 years

☐ b. 1 to 5 years ☐ e. 16 to 20 years

☐ c. 6 to 10 years ☐ f. 21 years or more

3. Typically, how many hours per week do you work in this hospital?

☐ a. Less than 20 hours per week ☐ d. 60 to 79 hours per week

☐ b. 20 to 39 hours per week ☐ e. 80 to 99 hours per week

☐ c. 40 to 59 hours per week ☐ f. 100 hours per week or more

SECTION H: Background Information (continued)

4. What is your staff position in this hospital? Select ONE answer that best describes your staff position.

☐ a. Registered Nurse

☐ b. Physician Assistant/Nurse Practitioner

☐ c. LVN/LPN

☐ d. Patient Care Asst/Hospital Aide/Care Partner

☐ e. Attending/Staff Physician

☐ f. Resident Physician/Physician in Training

☐ g. Pharmacist

☐ h. Dietician

☐ i. Unit Assistant/Clerk/Secretary

☐ j. Respiratory Therapist

☐ k. Physical, Occupational, or Speech Therapist

☐ l. Technician (e.g., EKG, Lab, Radiology)

☐ m. Administration/Management

☐ n. Other, please specify:

5. In your staff position, do you typically have direct interaction or contact with patients?

☐ a. YES, I typically have direct interaction or contact with patients.

☐ b. NO, I typically do NOT have direct interaction or contact with patients.

6. How long have you worked in your current specialty or profession?

☐ a. Less than 1 year ☐ d. 11 to 15 years

☐ b. 1 to 5 years ☐ e. 16 to 20 years

☐ c. 6 to 10 years ☐ f. 21 years or more

SECTION I: Your Comments

Please feel free to write any comments about patient safety, error, or event reporting in your hospital.

THANK YOU FOR COMPLETING THIS SURVEY.

ANEXO B - Autorização para tradução e uso do HSOPSC

3/9

Data: Fri, 30 Mar 2011 13:38:11 +0000
De: Joann Sorra <JoannSorra@westat.com>
Para: Claudia Tartaglia Reis <claudiatartaglia@ensp.fiocruz.br>
Cópia: Databases On Safety Culture <databasesonsafetyculture@ahrq.hhs.gov>
Assunto: RE: FW: HSOPSC in Brazil

Cabeçalho Completo

Hello Claudia,

Thank you for updating us on your progress. Because the survey is in the public domain, you do not need permission to use it; you can use it and translate it for your dissertation research. For reference, we have some information and guidelines for translators of the surveys. You may want to view this information at http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/pscintusers.htm .

Best wishes to you in your doctoral program! We would be very interested in obtaining information about your translation and the psychometrics when it is complete so we can provide you as a contact person for Brazilian/Portuguese translations in the future.

Best regards,
Joann

****

Joann Sorra, PhD
Project Director
Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS) www.cahps.ahrq.gov
Surveys on Patient Safety Culture (SOPS) www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture

Westat
1600 Research Blvd, RA 1110
Rockville, MD 20850-3129
p) 301-294-3933
f) 301-315-5912
joannsorra@westat.com

ANEXO C – Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Rio de Janeiro, 15 de agosto de 2011.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 177/11
CAAE: 0191.0.031.000-11

Título do Projeto: "A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro"

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Será encaminhado à Conep (áreas temáticas especiais) e, portanto, deve aguardar a apreciação final desta para início da execução? Não

Pesquisadora Responsável: Cláudia Tartaglia Reis

Orientadora: Mônica da Silva Martins

Data de recebimento no CEP-ENSP: 14 / 07 / 2011

Data de apreciação: 10 / 08 / 2011

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado*.
* A pesquisadora deverá apresentar ao CEP/ENSP a autorização para a coleta dos dados nos hospitais participantes.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.

Profa Ângela Esher
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP

APÊNDICES

APÊNDICE A – Primeiro Artigo

A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura

Artigo encaminhado à Revista Ciência & Saúde Coletiva em 03/09/2012 e aprovado para publicação em 03/10/2012. A formatação do artigo e de suas referências segue o requerido pela revista.

Titulo: A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura

Title: Patient safety as a dimension of the quality of health care - a look at the literature

Autores: Cláudia Reis, Mônica Martins, Josué Laguardia

RESUMO

O cenário moderno e competitivo dos sistemas de prestação de cuidados de saúde contrapõe-se às suas demandas ascendentes e aos recursos nem sempre suficientes. A preocupação com a segurança do paciente, importante dimensão da qualidade do cuidado de saúde, constitui atualmente tema de relevância crescente entre pesquisadores de todo o mundo. Os eventos adversos ocorrem em qualquer local onde se prestam cuidados de saúde e na maioria das situações são passíveis de medidas preventivas. O objetivo deste artigo é apresentar, por meio de uma revisão bibliográfica, o discurso sobre a segurança do paciente a partir do século XXI, enfocando sua relevância enquanto problema global de saúde pública; discorrer sobre os desafios relacionados às lacunas e perspectivas em termos de pesquisa acerca do tema e sua abordagem na realidade brasileira. Verifica-se que a investigação sobre a segurança do paciente ainda não possui o benefício de ter suas abordagens bem estabelecidas; e ainda, que múltiplas barreiras e desafios precisam ser enfrentados na concepção de delineamentos de estudos e na utilização de técnicas de pesquisa.

Descritores: Segurança do paciente. Eventos adversos. Erro médico. Qualidade do cuidado de saúde.

SUMMARY

The modern and competitive setting of healthcare delivery systems is opposed to their rising demands and not always sufficient resources. The concern about patient's safety, an important dimension in healthcare quality, is, nowadays, an issue of growing significance among researchers around the world. Adverse events occur in any places where there is healthcare delivery service and in most of the situations those events are subject to preventive actions. The aim of this paper is to present, through a literature review, the concept of patient's safety in the twenty-first century, focusing on its significance as a public health world problem; to discuss the challenges related to the gaps and perspectives involving research on the issue and its approach in the Brazilian reality. It appears that research on patient's safety still lacks the benefits of having their approaches well established, and also, that many barriers must be faced in terms of having outlined studies and use of research techniques.

Keywords: Patient Safety. Adverse Events. Medical Errors. Quality of Healthcare.

INTRODUÇÃO

Tradicionalmente, a preocupação com a segurança no âmbito dos serviços de saúde é abordada no campo da avaliação tecnológica, uma sub-dimensão da eficácia e um dos atributos da qualidade do cuidado de saúde propostos por Donabedian (1980)[1]. Tendo como pano de fundo os avanços tecnológicos nas áreas clínicas nas últimas seis décadas, a ampliação do acesso aos serviços de saúde ao longo dos anos e a difusão da informação em saúde na era da globalização, verifica-se que transformações importantes ocorreram no cenário moderno e competitivo dos sistemas de cuidados de saúde. Atualmente, a redução da morbimortalidade por diversas doenças contrasta-se com os riscos elevados inerentes a esses sistemas complexos, com demandas ascendentes e investimentos nem sempre suficientes.

O foco na segurança do paciente, caracterizado pela preocupação com a magnitude da ocorrência de eventos adversos (EA), isto é, com lesões ou danos ao paciente ocasionados pelo cuidado de saúde, torna-se evidente com os resultados do Estudo da Prática Médica de Harvard, em 1991[2,3]. Mais tarde, a publicação *"To Err is Human"* do *Institute of Medicine* (IOM)[4], provoca a mobilização da classe médica e do público em geral, das organizações norte-americanas e de diversos países para as questões relacionadas à segurança do paciente. Parte dessa mobilização é fruto da constatação de que a ocorrência de eventos adversos (EA) envolve custos sociais e econômicos consideráveis, podendo implicar em danos irreversíveis aos pacientes e suas famílias. O relatório do IOM estimou a ocorrência de 44 a 98 mil óbitos a cada ano, nos Estados Unidos (EUA), decorrentes de EA.

A partir da década de 2000, a segurança do paciente entra para a agenda de pesquisadores de todo o mundo e passa a ser internacionalmente reconhecida como uma dimensão fundamental

da qualidade em saúde. Os EUA e vários outros países com configurações de sistemas de saúde distintos, dos quais se destacam a Inglaterra, Irlanda, Austrália, Canadá, Espanha, França, Nova Zelândia e Suécia, protagonizam iniciativas como a criação de institutos, associações e organizações voltadas à questão da segurança do paciente[5].

Reconhecendo a magnitude do problema da segurança do paciente a nível global, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu em 2004 a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*). O propósito dessa iniciativa foi definir e identificar prioridades na área da segurança do paciente em diversas partes do mundo e contribuir para uma agenda mundial para a pesquisa no campo. O *WHO Patient Safety Program*, composto por diversos países, busca definir questões prioritárias para a pesquisa na área de segurança do paciente que sejam de alta relevância para países em todos os níveis de desenvolvimento. Dentre essas, destacam-se: cuidados de saúde maternos e aos recém-nascidos; cuidados de saúde aos idosos; eventos adversos (EA) relacionados a erros de medicação; frágil cultura de segurança, voltada ao processo de responsabilização pelo erro; competências e habilidades inadequadas entre profissionais de saúde; infecções associadas ao cuidado de saúde[6].

Este artigo tem por objetivo rever a literatura para apresentar o tema segurança do paciente e suas complexas relações, a partir do século XXI, destacando as evidências sobre a magnitude do problema; as iniciativas nacionais e internacionais que buscam melhorias para o mesmo; os desafios relacionados às perspectivas na pesquisa acerca do tema e sua abordagem na realidade brasileira.

METODOLOGIA

A busca na base bibliográfica utilizou termos do *Medical Subject Heading Terms* (MeSH) que indexam os artigos, combinados com outros termos contidos em títulos e resumos.

O Quadro 1 ilustra a equação de busca utilizada no MEDLINE, por meio da interface com o PubMed, através do Portal de Periódicos da Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). O período de busca limitou-se entre 1º de janeiro de 2000 a 31 de agosto de 2011. A escolha do período justifica-se por ser o ano 2000 um marco no surgimento do tema da segurança do paciente como sub-área da avaliação da qualidade do cuidado de saúde no âmbito internacional. Foram selecionados artigos na Língua Inglesa e Espanhola, e que tivessem disponíveis seus respectivos resumos.

Quadro 1

Equação de busca utilizada no Medline

(((((medical error[MeSH Terms]) OR iatrogenic disease[MeSH Terms]) OR adverse event[Title/Abstract]) AND patient safety[Title/Abstract])) OR (((safety culture[Title/Abstract]) OR safety climate[Title/Abstract]) AND patient safety[Title/Abstract]) AND (hasabstract[text] AND ("2000/01/01"[PDat] : "2011/08/31"[PDat]) AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR Spanish[lang]))

Os critérios utilizados para seleção dos artigos consistiram em sua abordagem baseada nos seguintes sub-temas relacionados à segurança do paciente: a segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde; estudos sobre eventos adversos em hospitais de cuidados agudos; estudos sobre a cultura de segurança do paciente; iniciativas internacionais e nacionais para a segurança do paciente. Foram incluídos também na revisão as referências de artigos capturados pela busca eletrônica, livros e documentos de organizações, obtidos em sítios da *internet*. Foram excluídos artigos cujo objeto de estudo não se referia a questões relacionadas à segurança do paciente e artigos que focalizavam um tipo específico de evento adverso (EA).

Foram incluídos artigos que, embora não tivessem sido disponibilizados integralmente na busca eletrônica, foram acessados na íntegra por busca manual na *internet* e na Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

RESULTADOS

A busca eletrônica inicial identificou 2241 artigos. Após leitura dos títulos, foram selecionados 369 artigos para leitura dos resumos, e finalmente, 157 artigos foram lidos integralmente por um dos autores. A análise do material bibliográfico direcionou a organização do artigo por temas e tomou as definições, metodologias e achados descritos nos artigos como aspectos importantes a serem avaliados na revisão.

A FREQUÊNCIA DOS EVENTOS ADVERSOS – A MAGNITUDE DO PROBLEMA

Verifica-se na literatura uma multiplicidade de abordagens à temática da segurança do paciente, as quais apresentam em comum, questões estreitamente relacionadas às políticas de qualidade em saúde. Nesse contexto, a qualidade em saúde é definida como o grau em que os serviços prestados ao paciente diminuem a probabilidade de resultados desfavoráveis, e aumentam a probabilidade de resultados favoráveis, de acordo com o conhecimento científico corrente[7]. Os resultados desfavoráveis são os eventos adversos (EA).

Embora os EA possam ocorrer em quaisquer contextos e modalidades assistenciais onde se prestam cuidados de saúde, dados da literatura estimam que 10% dos pacientes internados em

hospitais sofram EA evitáveis[8]. Além dos danos e prejuízos causados aos pacientes e suas famílias, os EA constituem um encargo financeiro considerável para os sistemas de saúde[9]. Em 1999, estimava-se o total de custos anuais com EA evitáveis nos EUA entre U$ 17 bilhões e U$ 29 bilhões[4].

No continente europeu, estudos realizados sobre a atenção hospitalar revelaram que um em cada dez pacientes internados são vítimas de EA em decorrência dos cuidados de saúde recebidos e 50 a 60% desses eventos são classificados como evitáveis[10].

Em um estudo de revisão sistemática sobre a incidência e natureza dos EA, De Vries *et al*. [11] estimaram uma incidência mediana de EA de 9,2% em pacientes internados em hospitais, e destes, o percentual mediano estimado de EA classificados como evitáveis foi 43,5%. Quanto à natureza dos EA, os de maior incidência foram os relacionados à cirurgia, seguidos dos relacionados aos medicamentos, diagnóstico, terapêutica, procedimentos clínicos e queda.

Existem poucos dados sobre a frequência de EA em países em desenvolvimento e em fase de transição. Um estudo transversal estimou a prevalência pontual de EA em 58 hospitais localizados na Argentina, Colômbia, Costa Rica, México e Peru[12]. O estudo observou um total de 11379 pacientes internados e estimou uma prevalência pontual de EA de 10,5%. Dos EA identificados, 28% causaram incapacidade aos pacientes, 6% foram associados à morte do paciente e 60% foram classificados como evitáveis.

No Brasil, a avaliação da incidência de EA em hospitais foi realizada por Mendes *et al*.[13]. A incidência de EA foi estimada em 7,6%. Os autores observaram que, do total de EA, 67% foram classificados como evitáveis; os eventos mais frequentes foram relacionados à cirurgia, seguidamente de EA associados a procedimentos clínicos. Conforme Mendes *et al*.[13], o fato da estimativa da proporção de EA evitáveis no Brasil ser mais elevada pode sugerir que o problema

seja mais frequente em países em fase de desenvolvimento ou transição, quando comparado a países desenvolvidos.

Quanto à metodologia utilizada para avaliar EA em hospitais, verifica-se que a maioria dos estudos utiliza como método para coletar dados a revisão retrospectiva de prontuários, por meio de um desenho de coorte retrospectivo [11].

Apesar de haver um contingente maior de estudos focados na área hospitalar, mais recentemente, pesquisadores tem se voltado à investigação dos EA em outros níveis de atenção à saúde. Um estudo transversal com componentes analíticos foi realizado em 48 centros de saúde de Atenção Primária, em 16 comunidades autônomas na Espanha, com o objetivo de identificar a ocorrência de EA na atenção primária e estimar a sua frequência[14]. Estimou-se uma prevalência de 11,8‰ EA; entre os EA identificados, 54,7% deles foram considerados leves, 38,0% moderados e 7,6% graves. Makeham & Dovey *et al.*[15], através de uma revisão sistemática, investigaram os estudos sobre segurança do paciente na atenção primária com o intuito de avaliar as medidas produzidas e utilizadas pelos mesmos. Eles identificaram 9 estudos retrospectivos, 34 prospectivos, e 6 estudos mistos. O método mais utilizado entre eles foi a análise da notificação de incidentes de segurança do paciente, registrada por médicos, profissionais da equipe de atenção primária, ou pelo próprio usuário. Os autores não identificaram pesquisas de segurança do paciente na atenção primária em países em desenvolvimento, e concluíram que estudos muito úteis tem sido realizados na área, mas que métodos com mais rigor e definições mais claras e coerentes de termos comuns precisam ser utilizados, para auxiliar na comparabilidade dos mesmos.

FATORES CONTRIBUINTES À OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS – MODELOS EXPLICATIVOS

O conceito atual de segurança do paciente aponta como principais fatores responsáveis pela ocorrência de EA as deficiências do sistema de prestação de cuidados de saúde, em sua concepção, organização e funcionamento, em vez de responsabilizar os profissionais ou produtos isoladamente. A premissa é de que os seres humanos cometem falhas, e que, portanto, erros são esperados. Os erros são consequências, não causas. E embora não se possa mudar a condição humana, é possível mudar as condições sobre as quais os seres humanos trabalham, criando defesas no sistema[16]. Os EA podem ser resultados de problemas na prática, produtos, processos ou sistemas. As organizações de saúde são complexas e a ocorrência de EA é consequência de um encadeamento de fatores sistêmicos, os quais incluem as estratégias de uma organização, sua cultura, práticas de trabalho, abordagem de gestão da qualidade, da prospecção de riscos e da capacidade de aprendizagem a partir dos erros[8].

A compreensão do caráter multifatorial subjacente às falhas de segurança é elucidada à luz da teoria sobre o erro humano, proposta por James Reason[17], professor de psicologia da Universidade de Manchester, Reino Unido. Sua teoria conhecida como a teoria do “queijo suíço” compara as vulnerabilidades do sistema de saúde aos buracos de um queijo suíço. A fonte do problema seria frequentemente desencadeada por múltiplos fatores; como se a ocorrência dos EA se devesse ao alinhamento de diversos “buracos”, que seriam as falhas estruturais ou pontuais, má prática ou descuido dos profissionais de saúde, comportamentos inseguros, ou comportamento de risco por parte dos pacientes. As falhas ativas seriam atos inseguros ou omissões, cometidos pelos profissionais de saúde, cujas consequências teriam efeito adverso

imediato para o paciente; elas podem acontecer devido a um erro, à quebra de regras ou pela assunção de riscos. As falhas latentes, entretanto, constituem características existentes no sistema, em sua estrutura e processo, as quais permanecem ocultas, até que um evento ou acidente ocorra e as exponham. Em hospitais, essas condições podem se relacionar ao ambiente de trabalho, à supervisão inadequada, falta de treinamento ou formação deficiente, estresse, sobrecarga de trabalho e sistemas de comunicação inadequados.

Alguns autores [2,18] buscam uma sobreposição entre a Teoria do Queijo Suíço e os elementos da tríade estrutura – processo – resultado proposta por Donabedian[1]. A estrutura caracteriza-se por aspectos relativamente estáveis, tais como os profissionais, os instrumentos e recursos que estes têm ao seu alcance, os locais e modelos de organização do trabalho; o processo refere-se ao conjunto de atividades que os profissionais realizam para os pacientes e as respostas destes, e inclui atividades de decisão ao nível diagnóstico, terapêutico e preventivo; e os resultados relacionam-se aos níveis de saúde, representados pela efetividade e eficiência das ações e pelo nível de satisfação dos pacientes.

Apesar do interesse crescente pela segurança do paciente, alguns pontos são frágeis na conscientização do problema. É frequente a tendência de se procurar um culpado pelo erro mediante a ocorrência de um EA. A excessiva preocupação com a confidencialidade da informação, somada ao receio da responsabilização profissional, associados aos escassos e frágeis registros nas organizações de saúde, prejudicam a visibilidade e análise pormenorizada dos EA[19].

Brown *et al.* [20] incorporam no modelo da tríade estrutura – processo – resultado, proposto por Donabedian[1], a influência do comportamento humano e dos conceitos de cultura e clima de segurança. Os autores consideram que para melhorar a segurança do paciente, faz-se necessário

um acúmulo de conhecimentos provenientes da pesquisa clínica e das ciências cognatas, como a Sociologia, Psicologia, Estudos Organizacionais, Ergonomia e Educação. A capacidade de relatar, analisar, sistematizar e aprender com as experiências e com os erros constitui desafios a serem vencidos, e relacionam-se estreitamente com a cultura de segurança da organização.

A IMPORTÂNCIA DO FORTALECIMENTO DA CULTURA DE SEGURANÇA NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

A necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança no nível organizacional é apontada como medida fundamental ao processo de melhoria da segurança do paciente no contexto hospitalar[4]. A cultura de segurança é definida como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura. Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas pela comunicação fundamentada na confiança mútua, pela percepção comum da importância da segurança e confiança na efetividade de medidas preventivas[21].

Na literatura científica observa-se o emprego de diferentes terminologias nos estudos sobre cultura de segurança. O termo “clima de segurança” é utilizado com pouca ou nenhuma diferenciação do termo “cultura de segurança” nos estudos realizados em organizações prestadoras de cuidados de saúde [22, 23]. Embora seja utilizado em pesquisas como sinônimo de cultura de segurança, clima de segurança é definido como as características superficiais da cultura de segurança, a partir das percepções e atitudes dos indivíduos em um determinado ponto do tempo, ou como sendo os componentes mensuráveis da cultura de segurança[24].

A avaliação da cultura de segurança é vista como o ponto de partida para iniciar o planejamento de ações que busquem mudanças para reduzir a incidência de EA, e consequentemente, para garantir cuidados de saúde seguros. Segundo Pronovost[25], para se estabelecer uma cultura de segurança em uma organização de saúde, o primeiro passo é avaliar a cultura corrente. A partir dessa avaliação, tem-se acesso às informações dos funcionários a respeito de suas percepções e comportamentos relacionados à segurança, permitindo identificar as áreas mais problemáticas para que se possa implementar intevenções[26].

A multiplicidade de definições da cultura e clima de segurança reflete a diversidade de metodologias utilizadas para avaliar a cultura de segurança em uma organização. Segundo Nascimento[27], a abordagem epidemiológica quantitativa comumente utiliza questionários de auto-preenchimento e está estreitamente relacionada à avaliação do clima de segurança. Por seu turno, a abordagem sócio-antropológica qualitativa prevê a avaliação da cultura de segurança por meio de técnicas de observações associadas a entrevistas.

Os estudos que utilizam questionários como instrumento de coleta de dados constituem a maioria dos estudos que avaliam cultura de segurança em organizações de saúde. Esses questionários baseiam-se em uma combinação de dimensões e são considerados como estratégia eficiente, por ser anônima e com custos mais reduzidos que as abordagens qualitativas para coletar dados sobre cultura de segurança[28].

Reason[29] enfatiza a necessidade de uma cultura de segurança justa nas organizações de saúde, onde não haja punição para os erros, mas sim para condutas impróprias; que seja uma cultura voltada para o relato dos erros em um ambiente seguro, que estimule as pessoas a conversarem sobre as falhas ocorridas, analisar as situações as quais as precederam, identificando os pontos frágeis do sistema para que esses sejam reparados. Um estudo realizado

por Weingart *et al*.[30] sobre a participação ativa dos pacientes internados em sua terapêutica, corroboram com as premissas anteriormente descritas; os autores encontraram associação positiva entre a participação de pacientes internados em hospitais na participação de seus cuidados e o julgamento favorável sobre a qualidade do cuidado recebido, e redução dos riscos de sofrer um EA durante a hospitalização.

INICIATIVAS INTERNACIONAIS E NACIONAIS PARA MELHORIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Ações para melhoria da segurança do paciente foram desenvolvidas por diversos governos. Destaca-se a criação de agências especializadas para estudar e propor medidas de melhoria da segurança do paciente, das quais é exemplo: a *National Patient Safety*, no Reino Unido; a *Danish Society for Patient Safety*, na Dinamarca; e a *Australian Patient Safety Agency*, na Austrália. Outra ação adotada em diversos países foi a implantação de um sistema nacional, de caráter voluntário, de notificação de eventos adversos[31]. Dinamarca, Suécia, Noruega, República Tcheca e Holanda são países que se destacam com essa iniciativa. Nos EUA a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) foi criada com a missão de melhorar a qualidade, a segurança, a eficiência e a efetividade do cuidado à saúde para os americanos[32].

No Brasil, a agência governamental que atua na área de segurança do paciente é a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), cuja finalidade é promover a proteção da saúde da população. Ações visando a segurança do paciente e melhoria da qualidade em serviços de saúde consonantes com as previstas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) vem sendo desenvolvidas no Brasil pela ANVISA por meio de sua Gerência Geral de Tecnologia em

Serviços de Saúde (GGTES/ANVISA), as quais envolvem: i) a higienização das mãos; ii) procedimentos clínicos seguros; iii) a segurança do sangue e hemoderivados; iv) a administração segura de injetáveis e de imunobiológicos; e v) a segurança da água e manejo de resíduos[33].

A inclusão de indicadores de qualidade e segurança nos programas de monitoramento da qualidade dos serviços de saúde representa uma importante estratégia para promover a segurança do paciente hospitalizado[34]. Um indicador de qualidade é definido como uma medida quantitativa sobre algum aspecto do cuidado do paciente[35]. Esforços internacionais na construção e adoção desses indicadores vêm sendo feitos com o objetivo de possibilitar a comparabilidade desses indicadores entre diversos países [34, 36]. O desenvolvimento desses indicadores de segurança do paciente destacam o progresso técnico realizado na construção de medidas e a necessidade contínua de melhorias metodológicas.

No que tange à disseminação de informações em prol da melhoria do cuidado de saúde e segurança do paciente, destaca-se o Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (PROQUALIS) [37]. O portal, vinculado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT) da Fundação Oswaldo Cruz desenvolve-se sob a premissa de que a disseminação ampla de informação selecionada, atualizada e de qualidade a todos os envolvidos na cadeia de prestação de cuidados de saúde é essencial para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados aos pacientes. O PROQUALIS [37] possibilita a médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, pacientes e o público em geral, acessarem informações selecionadas e atualizadas sobre qualidade do cuidado de saúde e segurança do paciente, a partir de qualquer ponto do Brasil.

Considerações Finais

O tema da segurança do paciente tornou-se uma questão central nas agendas de diversos países do mundo, a partir do início do século XXI.

Observadas as limitações desse estudo, o qual não utilizou de uma revisão sistemática, mas apenas uma revisão da literatura para apresentar um panorama sobre a temática da segurança do paciente, verificou-se, no que concerne à pesquisa, que muitos desafios se apresentam para tornar o cuidado de saúde mais seguro. A literatura aponta para a necessidade da realização de estudos que mensurem os erros por meio de medidas acuradas; estudos que busquem a compreensão das causas das ocorrências de EA através de análises das situações as quais contribuíram para a sua ocorrência; estudos que desenvolvam soluções efetivas para tornar o cuidado mais seguro.

As pesquisas que investigam a cultura de segurança do paciente no âmbito hospitalar são cada vez mais presentes no meio científico. Uma cultura de segurança positiva favorece o aprimoramento de práticas seguras, através das melhorias na comunicação, no trabalho em equipe e no compartilhamento de conhecimentos. No Brasil, não há ainda um diagnóstico amplo sobre os problemas de segurança do paciente em hospitais, e a elevada proporção de EA evitáveis reforçam a necessidade do fortalecimento da cultura de segurança entre os profissionais de hospitais. Não foi encontrado, nessa revisão, nenhum estudo brasileiro relacionado à ocorrência de eventos adversos na atenção primária de saúde. Tais argumentos elencam a segurança do paciente como área fértil para pesquisa.

A investigação sobre a segurança do paciente ainda não possui o benefício de ter suas diretrizes bem estabelecidas. Múltiplas barreiras e desafios precisam sem enfrentados na concepção de delineamentos de estudos e na utilização de novas técnicas, as quais envolvem o paciente como parceiro na identificação do risco e na resolução dos problemas.

Referências

1. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.
2. Brennan TA, Leape LL, Laird NM et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*. 1991;324:370-77.
3. Leape LL, Brennan TA, Laird NM, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: results from the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*.1991;324:377-84.
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MC (eds.); Committee on Quality of Health Care; Institute of Medicine. To Err is Human: building a safer health system. Washington (DC): National Academy Press; 2000. Disponível em http://www.nap.edu/books/0309068371/html (acessado em 15/Jun/2011).
5. Cassiani SHB. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. *Rev Bras Enferm*. 2005; jan-fev;58(1):95-9.
6. World Health Organization. Global Priorities for patient safety research, 2009. Disponível em http://www.who.int/patientsafety/research/priorities (acessado em 20/Jun/11).
7. Institute of Medicine. National Roundtable on Health Care Quality. Measuring the Quality of Health Care. Washington DC: National Academy Press; 1999.
8. World Health Organization. Patient safety – a global priority. Bull World Health Organ. Genebra 2004;vol.82 n°12 . Disponível em http://www.who.int/bulletin/volumes/82/12/editorial11204html/en/ (acessado em 15/Jun/11).
9. Porto S, Martins M, Mendes W, Travassos C. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. *Rev Port Saúde Pública* 2010;Vol Temat(10):3-10.
10. Gallotti RMDG. Eventos adversos – o que são? *Rev Assoc Med Bras* 2004;(50):109-126.

11. De Vries EN, Ramrattan M A, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care* 2008;17:216-23.
12. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, Amarilla A, Restrepo FR, Urroz O, García-Corcuera LV, Terol-García E, Agra-Varela Y, Gonseth-García J, Bates DW, Larizgoitia I. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican Study of Adverse Events' (IBEAS). *BMJ Qual Saf* 2011; 20:1043-1051.
13. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care* 2009;21(4):279-84.
14. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira JJ, Orozco D. Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Resumen. Ministerio de Sanidad y Consumo (España) 2007. Disponível em http://www.msc.es (acessado em 20/Jan/11).
15. Makeham M, Dovey S, Runciman W, Larizgoitia I. Methods and Measures used in Primary Care Patient Safety Research, 2009. Disponível em http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/makeham_dovey_full.pdf (acessado em 03/Jan/2011).
16. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000; 320(7237):768-70.
17. Reason J. Diagnosing vulnerable system syndrome: an essential prerequesite to effective risk management. *Qual Saf Health Care* 2001; 10:21-25.
18. Runciman RB, Helps SC, Sexton EJ et al: A classification for incidents and accidents in the health care system. *J Qual Clin Practice* 1998; 18: 199-211.
19. World Health Organization. Quality of care: patient safety. Fifty-Fifth World Health Assembly Provisional agenda item 13.9, March 2002. Disponível em http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea5513.pdf (acessado em 15/Fev/11).
20. Brown C, Hofer T, Johal A, Thomson R, Nicholl J, Franklin BD, Lilford RJ. An epistemology of patient safety research: a framework for study design and interpretation. Part 1. Conceptualising and developing interventions. *Qual Saf Health Care* 2008;17:158-62.

21. Health and Safety Comission. Third Report: Organizing for Safety. ACSNI Study Group of Human Factors. London: HMSO, 1993.
22. Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM: Measuring safety climate in health care. *Qual Saf Health Care* 2006;15:109-115.
23. Halligan M, Zecevic A. Safety Culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf* 2011;20:338-343.
24. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB: Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care 2005*;14:364-366.
25. Pronovost PJ, Weast B, Bishop K, Paine L, Griffith R, Rosenstein BJ, et al.. Senior executive adopt-a-work unit: a model for safety improvement. *Jt Comm J Qual Saf* 2004;30:59-68.
26. Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ publication no 04-0041. Rockville, MD: September, 2004.
27. Nascimento A. Sécurité des patients et culture de sécurité: une revue de la littérature. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011;16(8) :3591-3602.
28. Flin R. Measuring safety culture in healthcare: a case for accurate diagnosis. *Safety Science*, 2007;45:653-667.
29. Reason J. Beyond the organizational accident: the need for "error wisdom" on the frontline. *Qual Safety Heal Care* 2004;0:1-4.
30. Weingart SN, Zhu J, Chiappetta L, Stuver SO, Scheneider EC et al. Hospitalized patient's participation and its impact on quality of care and patient safety. *Int J Qual Health Care* 2011;23(3):269-77.
31. Sousa P. Patient Safety - A necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Med Port* 2006;19:309-318.
32. Agency for Healthcare Research and Quality AHRQ. Annual Report on Research and Management, 2001. Disponível em http://www.ahrq.gov/about/annrpt01/ (acessado em 20/Julho/11).
33. Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA. Boletim Informativo. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, Jan-Jul 2011. Disponível em http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home (acessado em 5/Ago/11).

34. Gouvêa CSD, Travassos C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(6):1061-1078.
35. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Health Care* 2003; 15:523-530.
36. Drösler S, Romano P, Wei L. Health care quality indicators project: patient safety indicators. OECD Health Working Papers no. 47. http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/44192992.pdf (acessado em 28/jun/2012).
37. Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente PROQUALIS. Disponível em http://proqualis.net/sobre-o-proqualis (acessado em 30/jun/2012).

APÊNDICE B

Segundo Artigo: Adaptação transcultural da versão brasileira do *Hospital Survey on Patient Safety Culture:* etapas iniciais

Artigo encaminhado ao periódico Cadernos de Saúde Pública em 02/04/2012 e aprovado para publicação no formato de nota de pesquisa, em 08/08/2012.

Titulo: Adaptação transcultural da versão brasileira do *Hospital Survey on Patient Safety Culture:* etapas iniciais

Title: Translation and cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: initial steps

Autores: Cláudia Reis, Josué Laguardia, Mônica Martins

Resumo

A avaliação da cultura de segurança do paciente permite aos hospitais identificar e gerir prospectivamente questões relevantes de segurança em suas rotinas de trabalho. Este artigo descreve a adaptação transcultural do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) para a Língua Portuguesa e contexto brasileiro. Adotou-se abordagem universalista para avaliar a equivalência conceitual, de itens e semântica. A metodologia incluiu os seguintes estágios: (1) tradução do questionário para o Português; (2) retradução para o Inglês; (3) painel de especialistas para elaboração da versão preliminar; (4) avaliação da compreensão verbal pela população-alvo. O questionário foi traduzido para o Português e sua versão final incluiu 42 itens. A população-alvo avaliou todos os itens como de fácil compreensão. O questionário encontra-se traduzido para o Português e adaptado para o contexto brasileiro, entretanto, faz-se necessário avaliar sua equivalência de mensuração, validade externa e reprodutibilidade.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Cultura Organizacional; Questionário; Tradução (processo); Adaptação Transcultural.

Abstract

Patient safety culture assessment, allows hospitals to identify and prospectively manage safety-relevant issues in work routines. This article aimed to describe the cross-cultural adaptation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) into Brazilian Portuguese. A universalist approach was adopted to assess conceptual, item and semantic equivalence. The methodology involved the following stages: (1) translation of the questionnaire into Portuguese; (2) back-translation into English; (3) experts panel to prepare a draft version; (4) assessment of verbal understanding of the draft by a sample of the target population. The questionnaire was translated into Portuguese, and the scale's final version included 42 items. The target population sample assessed all the items as easy to understand. The questionnaire has now been translated and into Portuguese and adapted to Brazilian hospital context, however, it is necessary to assess its measurement equivalence, external validity and reproducibility.

Key-words: Patient Safety; Organizational Culture; Questionnaires; Translating(process)

Introdução

A cultura de segurança tem recebido crescente atenção no campo das organizações de saúde. Os cuidados de saúde, cada vez mais complexos, elevam o potencial para ocorrência de acidentes, erros ou falhas. Lesões ou danos decorrentes do cuidado prestado são considerados grave problema relacionado ao desempenho dos serviços de saúde; cuidados de saúde inseguros causam morbidade e mortalidade significantes por todo o mundo [1].

A cultura de segurança, aspecto específico da cultura organizacional geral, é definida como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura [2]. Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas pela comunicação fundada na confiança mútua, pelas percepções partilhadas da importância da segurança e pela confiança na efetividade de ações preventivas [3].

Avaliar cultura de segurança permite identificar e gerir prospectivamente questões relevantes de segurança nas rotinas e condições de trabalho. Esta abordagem permite acessar informações dos funcionários a respeito de suas percepções e comportamentos relacionados à segurança, identificando pontos fracos e fortes de sua cultura de segurança e as áreas mais problemáticas para que se possa planejar e implementar intervenções. Avaliar a cultura de segurança pode ter múltiplas propostas: (i) diagnóstico da cultura de segurança e a conscientização dos funcionários acerca do tema; (ii) avaliação de intervenções para a segurança do paciente implementadas na organização e o acompanhamento ao longo do tempo; (iii) comparação com dados internos e externos à organização; e (iv) verificação do cumprimento de necessidades regulatórias [4].

A maioria dos estudos que avaliam cultura de segurança em organizações de saúde utiliza questionários como instrumento de coleta de dados. Esses se baseiam em uma combinação de dimensões e são considerados como estratégia eficiente, por ser anônima e com custos mais reduzidos que abordagens qualitativas para coletar dados sobre cultura de segurança [5].

O *Hospital Survey on Patient Safety Culture* – HSOPSC[2] consiste em um dos instrumentos mais utilizados e testados mundialmente para mensurar cultura de segurança. Criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), apresenta uma estrutura de 12 dimensões de cultura de segurança e um total de 42 itens. Ele avalia questões referentes à

cultura de segurança nos níveis individual, das unidades da organização e a nível hospitalar com resultados válidos e confiáveis [6].

No Brasil, a avaliação da cultura de segurança em hospitais é incipiente e desconhece-se a existência de estudos publicados acerca da validação de questionários para avaliar cultura de segurança no contexto hospitalar brasileiro. O objetivo desse estudo é descrever as etapas iniciais do processo de adaptação transcultural do HSOPSC para o português e contexto hospitalar brasileiro, as quais compreendem a equivalência conceitual, de itens e semântica.

Métodos

A escolha do instrumento HSOPSC, baseou-se na livre disponibilidade sem ônus por via eletrônica, no uso extenso em diferentes contextos culturais e em suas propriedades psicométricas.

O HSOPSC é constituído por 9 seções, dispostas da letra A à I; é estruturado em 12 dimensões de cultura de segurança, avaliadas no âmbito individual, das unidades e hospitalar, além de avaliar variáveis de resultado (Figura 1).

Conforme Herdman *et al*. (1998) [7], considerou-se, sob uma perspectiva universalista, que os constructos não são os mesmos quando muda a região ou país de aplicação de um instrumento originário de outra cultura.

Para avaliar a equivalência conceitual e de itens, realizou-se uma revisão da literatura para investigar os construtos “cultura organizacional”, “cultura de segurança”, “clima de segurança”, “cultura de segurança do paciente”, seus conceitos, sua dimensionalidade e formas de mensuração. Foi realizada análise minuciosa do material bibliográfico disponível sobre a construção do instrumento original, de estudos que utilizaram o instrumento na cultura de origem e em outros contextos culturais e de material bibliográfico disponível no contexto brasileiro. Complementou essa etapa discussões entre grupo de especialistas e população-alvo do estudo, composta por profissionais que trabalham em hospitais. As discussões ocorreram durante o curso da disciplina Segurança do Paciente, ministrada no âmbito da pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, no segundo semestre de 2011.

Figura 1. **Dimensões da cultura de segurança e variáveis de resultado mensuráveis pelo Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSOPSC)**

Dimensões da Cultura de Segurança (escalas de múltiplos itens)

Nível da unidade de trabalho no hospital – 7 dimensões

- Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes (4 itens: B1, B2, B3, B4)
- Aprendizado organizacional – melhoria contínua (3 itens: A6, A9, A13)
- Trabalho em equipe no âmbito das unidades (4 itens: A1, A3, A4, A11)
- Abertura de comunicação (3 itens: C2, C4, C6)
- *Feedback* e comunicação sobre os erros (3 itens: C1, C3, C5)
- Respostas não punitivas aos erros (3 itens: A8, A12, A16)
- *Staffing* (4 itens: A2, A5, A7, A14)

Nível hospitalar – 3 dimensões

- Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente (3 itens: F1, F8, F9)
- Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares (4 itens: F2, F4, F6, F10)
- Transferências internas e passagens de plantão (4 itens: F3, F5, F7, F11)

Medidas de resultado (escalas de simples e múltiplos itens)

Variáveis de resultado (itens simples)

- Número de eventos de segurança relatados nos últimos 12 meses (item E)
- Nota da segurança do paciente (item G)

Dimensões de resultado (itens múltiplos)

- Percepções gerais sobre segurança (4 itens: A10, A15, A17, A18)
- Frequência de eventos relatados (3 itens: D1, D2, D3)

A avaliação semântica do instrumento envolveu cinco etapas: tradução, retrotradução, apreciação de equivalência, crítica por especialistas na área temática e pré-teste junto à população-alvo.

O instrumento foi traduzido do original, em inglês, para o português, por dois tradutores independentes, de nacionalidade brasileira; um deles possuía conhecimento sobre o fenômeno avaliado pelo instrumento, gerando duas traduções (T1 e T2). Posteriormente, procedeu-se à apreciação formal de equivalência de T1 e T2, realizada por três pesquisadores, os quais elaboraram uma síntese das traduções (T12) após decisões consensuais: uma pesquisadora, com experiência na área de Avaliação de Serviços de Saúde, Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente; um médico epidemiologista, com *expertise* na área de Informação em Saúde e Avaliação Psicométrica de Questionários; e uma enfermeira sanitarista, com experiência na área de Epidemiologia. A versão T12 foi enviada para retrotradução por dois tradutores independentes, nativos da língua inglesa, que desconheciam o instrumento original, gerando duas

versões retrotraduzidas para o inglês (R1 e R2). As versões retrotraduzidas (R1 e R2) foram comparadas por um único avaliador. A avaliação das versões traduzidas, retrotraduzidas e elaboração das versões síntese foram documentadas por meio de relatórios.

A equivalência semântica foi avaliada por um painel de especialistas tendo como base as versões: original, T1, T2, T12, R1, R2 e respectivos relatórios gerados nas etapas de tradução e síntese. O comitê de especialistas, constituído pelos três pesquisadores envolvidos no estudo, uma especialista linguista, um dos tradutores, um especialista em gestão hospitalar e dois especialistas em segurança do paciente elaborou a versão do instrumento a ser submetida ao pré-teste.

Para avaliar a compreensão verbal e clareza das questões o pré-teste foi realizado com amostra não aleatória de 31 profissionais que trabalham em diversos hospitais na cidade do Rio de Janeiro. Foi-lhes solicitado que indicassem o quanto compreenderam de cada item, através de uma escala *Likert*: 0 (não entendi nada); 1 (entendi só um pouco); 2 (entendi mais ou menos); 3 (entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas); 4 (entendi quase tudo) a 5 (entendi perfeitamente e não tive dúvidas). As respostas 0, 1, 2 e 3 indicariam compreensão insuficiente [8]. Foi-lhes encorajado descrever qualquer tipo de incompreensão das questões.

Foram realizadas análises descritivas dos dados do pré-teste utilizando o software *Statistical Package for the Social Sciences* versão 17.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Parecer nº 177/11).

Resultados

À luz da literatura e a partir das discussões com especialistas e população-alvo, constatou-se que a mensuração da cultura de segurança do paciente constitui prática emergente no Brasil. A dimensão relacionada ao relato de eventos foi assinalada pela população-alvo como não hegemônica nos hospitais brasileiros. Embora a população-alvo tenha relatado que alguns hospitais no Brasil já adotam esta prática, o relato de eventos (acidentes, incidentes, falhas ou erros) não se constitui, ainda, uma prática dominante. Especialistas e população-alvo concordaram que os itens componentes do instrumento original relacionam-se às dimensões da cultura de segurança no contexto hospitalar brasileiro. Não foi encontrada publicação sobre

achados de estudos de ATC e avaliação psicométrica de instrumentos traduzidos para o português e uso no Brasil.

Comparando as traduções para o português, divergências foram discutidas pelos pesquisadores e decisões tomadas por consenso. As etapas de tradução, retrotradução e versão final do instrumento produzida pelo painel de especialistas são observadas nas Tabelas 1 e 2. As principais alterações estão destacadas em negrito. Conforme o comitê de especialistas, em torno de 70% das questões foram consideradas “inalteradas” e 30% “pouco alteradas”.

No pré-teste, as questões mostraram ser de fácil compreensão. A média global de compreensão alcançada foi 4,83 (valor máximo=5). Os graus médios de compreensão verbal, apresentados na Tabela 3, demonstram valores médios superiores a 4,10.

Discussão

Com base no que foi apontado na revisão da literatura e discussões técnicas, esse estudo cumpriu satisfatoriamente as etapas iniciais e essenciais da ATC do HSOPSC para a língua portuguesa e contexto hospitalar brasileiro. O HSOPSC traduzido e adaptado apresentou valores satisfatórios de compreensão verbal. O processo de tradução e adaptação em curso envolveu algumas questões complexas, tais como a adequação conceitual das palavras *medical error* e *mistake*, adaptações de expressões idiomáticas, na intenção de garantir a equivalência semântica e, por conseguinte, a compreensão do conteúdo expresso no instrumento original (Tabelas 1 e 2).

Não foram necessárias exclusões de itens; na análise conceitual e de itens, o instrumento comprovou ser pertinente ao seu propósito, ou seja, avaliar características da cultura de segurança no contexto hospitalar brasileiro. A compreensão e clareza dos itens foram confirmadas e a participação do painel de especialistas e população-alvo enriqueceu este processo. A modificação mais extrema realizada foi com relação às categorias dos profissionais de saúde, pois algumas delas, previstas no questionário original, não se aplicam à realidade brasileira (Tabela 2).

Tabela 1

Avaliação da equivalência semântica entre o questionário original *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), a versão síntese traduzida para o português e a versão do painel de especialistas. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2012.

Documento original **Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)**	**Versão- síntese das traducões (T12)** **Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente (HSOPSC)**	**Versão painel de especialistas** **Pesquisa sobre Cultura de Segurança do paciente (HSOPSC)**
Instructions *This survey asks for your opinions about patient safety issues,* **medical error**, *and event reporting in your hospital and will take about 10 to 15 minutes to complete.* *If you do not wish to answer a question, or if a question does not apply to you, you may leave your answer blank.*	Instruções Esta pesquisa solicita suas opiniões sobre segurança do paciente, **erros do cuidado de saúde** e relato de eventos em seu hospital e tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser preenchida. Se não quiser responder uma questão, ou se uma pergunta não se aplicar a você, pode deixá-la em branco.	Instruções Esta pesquisa solicita suas opiniões sobre segurança do paciente, **erros associados ao cuidado de saúde** e relato de eventos em seu hospital e tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser preenchida. Se não quiser responder uma questão, ou se uma pergunta não se aplicar a você, pode deixá-la em branco.
An "event" is defined as any type of error, **mistake**, *incident, accident, or deviation, regardless of whether or not it results in patient harm.*	Um "evento" é definido como qualquer tipo de erro, **falha**, incidente, acidente ou desvio, independente se resultou ou não em dano ao paciente.	Um "evento" é definido como qualquer tipo de erro, engano, falha, incidente, acidente ou desvio, independente se resultou ou não em dano ao paciente.
"Patient safety" is defined as the avoidance and prevention of patient injuries or adverse events resulting from the processes of health care delivery.	"Segurança do paciente" é definida como evitar e prevenir danos ou eventos adversos aos pacientes, resultantes do processo de cuidados de saúde prestado.	"Segurança do paciente" é definida como evitar e prevenir danos ou eventos adversos aos pacientes, resultantes dos processos de cuidados de saúde prestados.
SECTION A: Your Work Area/Unit In this survey, think about of your "unit" as the work area, department, or clinical area of the hospital where you spend most of your work time or provide most of your clinical services.	SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho Nesta pesquisa, pense em sua "unidade" como área de trabalho, departamento, ou área clínica do hospital onde você passa a maior parte do seu tempo ou na qual presta a maior parte de seus serviços clínicos.	SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho Nesta pesquisa, pense em sua "unidade" como área de trabalho, departamento, ou área clínica do hospital onde você passa a maior parte do seu tempo ou na qual presta a maior parte dos seus serviços clínicos.
What is your primary work area or unit in this hospital? Mark ONE answer.	Qual é sua principal área ou unidade neste hospital? Selecione UMA resposta.	Qual é sua principal área ou unidade neste hospital? Selecione UMA resposta.
1. Many different hospital units/No specific unit *2. Medicine (non-surgical)* *3. Surgery* *4. Obstetrics* *5. Pediatrics* *6. Emergency department* *7. Intensive care unit (any type)* *8. Psychiatry/mental health* *9. Rehabilitation* *10. Pharmacy* *11. Laboratory* *12. Radiology* *13. Anesthesiology* *14. Other, please specify:*	1. Diversas unidades do hospital/ Nenhuma unidade específica 2. Medicina (não cirúrgica) 3. Cirurgia 4. Obstetrícia 5. Pediatria 6. Emergência 7. Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo) 8. Psiquiatria/saúde mental 9. Reabilitação 10. Farmácia 11. Laboratório 12. Radiologia 13. Anestesiologia Outra, por favor, especifique:	a. Diversas unidades do hospital / Nenhuma unidade específica b. Medicina (não cirúrgica) c. Cirurgia d. Obstetrícia e. Pediatria f. Emergência g. Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo) h. Psiquiatria/saúde mental i. Reabilitação j. Farmácia k. Laboratório l. Radiologia m. Anestesiologia n. Outra, por favor, especifique:

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your work area/unit.	Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre a sua área/unidade de trabalho.	Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre a sua área/unidade de trabalho.
o Strongly Disagreee	o Discordo totalmente	o Discordo totalmente
o Disagreee	o Discordo	o Discordo
o Neither	o Não concordo nem discordo	o Não concordo nem discordo
o Agree	o Concordo	o Concordo
o Strongly Agree	o Concordo totalmente	o Concordo totalmente
Think about your hospital work area/unit…	Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...
1. *People support one another in this unit*	1. Nesta unidade, as pessoas apóiam umas as outras	1. Nesta unidade, as pessoas apóiam umas as outras
2. *We have enough* **staff** *to handle the workload.*	2. Temos **quadro de pessoal** suficiente para dar conta da carga de trabalho.	2. Temos **profissionais (independente do vínculo empregatício**) suficientes para dar conta da carga de trabalho
3. *When a lot of work needs to be done quickly, we work together as a team to get work done*	3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para conclui-lo devidamente.	3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente
4. *In this unit, people treat each other with respect*	4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito
5. **Staff** *in this unit work longer hours than is best for patient care*	5. Nesta unidade, o **quadro de pessoal** trabalha mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	5. Nesta unidade, **os profissionais (independente do vínculo empregatício)** trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente
6. *We are actively doing things to improve patient safety*	6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente
7. *We use more* **agency/temporary staff** *than is best for patient care*	7. Usamos mais **pessoal temporário/terceirizado** do que seria desejável para o cuidado do paciente	7. Utilizamos mais **profissionais temporário/terceirizad**o do que seria desejável para o cuidado do paciente
8. **Staff** *feel like their* **mistakes** *are held against them*	8. O quadro de pessoal considera que suas **falhas** podem ser usadas contra ele	8. **Os profissionais (independente do vínculo empregatício)** consideram que suas **falhas** podem ser usadas contra eles
9. **Mistakes** *have led to positive changes here*	9. **Falhas** têm levado a mudanças positivas por aqui	9. **Erros, enganos ou falhas** têm levado a mudanças positivas por aqui
10. *It Just by chance that more* **serious mistakes** *don't happen around here*	10. **Falhas mais g**raves não acontecem por aqui apenas por sorte	10. **Erros, enganos ou falhas mais graves** não acontecem por aqui apenas por **acaso**
11. *When one area in this unit* **gets really busy**, *others help out*	11. Quando uma área/unidade de trabalho **fica sobrecarregada**, as outras ajudam	11. Quando uma área/unidade de trabalho **fica sobrecarregada**, as outras ajudam
12. *When an event is reported, it feels like the person is* **being written up**, *not the problem*	12. Quando um evento é relatado, parece que é a pessoa quem está **sendo avaliada**, e não o problema	12. Quando um evento é relatado, **parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema**
13. *After we make changes to improve patient safety, we evaluate their effectiveness*	13. Após implementarmos mudanças para melhorar a	13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade
		14. Nós trabalhamos em "situação de crise" tentando fazer muito e muito

14. *We work in* **"crisis mode"** *trying to do too much, too quickly* 15. *Patient safety is never sacrificed* **to get more work done** 16. **Staff** *worry that mistakes they make are kept in their personnel file* 17. *We have patient safety problems in this unit* 18. *Our procedures and systems are good at preventing errors from happening*	segurança do paciente, avaliamos a efetividade 14. Nós trabalhamos em **"situação de crise"** tentando fazer muito e muito rápido **15.** A segurança do paciente jamais é comprometida **em prol de mais quantidade de trabalho concluída** 16. O **quadro de pes**soal se preocupa que suas falhas sejam registradas em suas fichas funcionais 17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente 18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	rápido 15. A segurança do paciente jamais é comprometida **em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída** 16. **Os profissionais (independente do vínculo empregatício)** se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais 17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente 18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros
SECTION B: Your Supervisor/Manager *Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your immediate supervisor/manager or person to whom you directly report.* o *Strongly Disagreee* o *Disagreee* o *Neither* o *Agree* o *Strongly Agree* 1. *My supervisor/manager says a good word when he/she sees a job done according to established patient safety procedures* 2. *My supervisor/manager seriously considers staff suggestions for improving patient safety* 3. *Whenever pressure builds up, my supervisor /manager wants us to work faster, even if it means* **taking shortcuts** 4. *My supervisor/manager* **overlooks** *patient safety problems that happens over and over*	SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre o seu supervisor/chefe imediato ou pessoa a quem você se reporta diretamente. o Discordo totalmente o Discordo o Não concordo nem discordo o Concordo o Concordo totalmente 1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente 2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões do quadro de pessoal para melhoria da segurança do paciente 3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/Chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique **"pular etapas"** 4. O meu supervisor/chefe **não dá importância** aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre o seu supervisor/chefe imediato ou pessoa a quem você se reporta diretamente. o Discordo totalmente o Discordo o Não concordo nem discordo o Concordo o Concordo totalmente 1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente 2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos **profissionais (independente do vínculo empregatício)** para melhoria da segurança do paciente 3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/Chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique **"pular etapas"** 4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente
SECTION C: Communications How	SEÇÃO C: Comunicação Com que	SEÇÃO C: Comunicação Com que

often do the following things happen in your work/area unit? *o Never* *o Rarely* *o Sometimes* *o Most of the time* *o Always* *Think about your hospital work area/unit* 1. *We are given feedback about changes put into place based on event reports* 2. **Staff** *will freely speak up if they see something that may negatively affect patient care* 3. *We are informed about errors that happen in this unit* 4. *Staff* **feel free** *to question the decisions or actions of those with more authority* 5. *In this unit, we discuss ways to prevent errors from happening again* 6. *Staff are afraid to ask questions when something does not seem right*	frequência as situações abaixo ocorrem na sua área/unidade de trabalho? o Nunca o Raramente o Às vezes o Quase sempre o Sempre Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital 1. Somos informados sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos 2. O **quadro de pessoal** tem liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente 3. Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade 4. O **quadro de pessoal sente-se à vontade** para questionar as decisões ou ações dos seus superiores 5. Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente 6. O quadro de pessoal tem receio de perguntar, quando algo parece não estar cert	frequência as situações abaixo ocorrem na sua área/unidade de trabalho? o Nunca o Raramente o Às vezes o Quase sempre o Sempre Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital 1. Somos informados sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos 2. **Os profissionais (independente do vínculo empregatício)** têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente 3. Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade 4. **Os profissionais (independente do vínculo empregatício) sentem-se à vontade** para questionar as decisões ou ações dos seus superiores 5. Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente 6. **Os profissionais (independente do vínculo empregatício)** têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo
SECTION D: Frequency of Events Reported *If your hospital work area/unit, when the following mistakes happen, how often are they reported?* *o Never* *o Rarely* *o Sometimes* *o Most of the time* *o Always* 1. *When a* **mistake** *is made, but is caught and corrected before affecting the patient, how often is this reported?* 2. *When a* **mistake** *is made, but has no potential to harm the patient, how often is this reported?* 3. *When a* **mistake** *is made, that could harm the patient, but does not, how often is this reported?*	SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados Na sua área/unidade de trabalho no hospital, quando ocorrem as falhas a seguir, com que frequência elas são relatadas? o Nunca o Raramente o Às vezes o Quase sempre o Sempre 1. Quando ocorre uma **falha**, mas ela é percebida e corrigida antes de afetar o paciente, com que frequência ela é relatada? 2. Quando uma **falha** acontece, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ela é relatada? 3. Quando ocorre uma **falha** que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que	SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados Na sua área/unidade de trabalho no hospital, quando ocorrem as falhas a seguir, com que frequência elas são relatadas? o Nunca o Raramente o Às vezes o Quase sempre o Sempre 1. Quando ocorre **erro, engano ou falha**, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado? 2. Quando ocorre **erro, engano ou falha**, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado? 3. Quando ocorre **erro, engano ou falha** que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?

	frequência ela é relatada?	
SECTION E: Patient Safety Grade *Please give your work area/unit in this hospital an overall grade on patient safety. Mark one answer.* *o A Excellent o B Very Good* *o C* **Acceptable** *o D Poor o F Failing*	SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente Por favor, dê uma nota geral para a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital. o A Excelente oB Muito boa o C **Regular** o D Ruim oF Muito Ruim	SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente Por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital. o Excelente o Muito boa o **Regular** o Ruim o Muito Ruim
SECTION F: Your Hospital Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your hospital. Think about your hospital… *o Strongly Disagreee* *o Disagreee* *o Neither* *o Agree* *o Strongly Agree*	SEÇÃO F: O seu hospital Por favor, indique a sua concordância ou discordância com as seguintes afirmações sobre o seu hospital. Pense em seu hospital... o Discordo totalmente o Discordo o Não concordo nem discordo o Concordo o Concordo totalmente	SEÇÃO F: O seu hospital Por favor, indique a sua concordância ou discordância com as seguintes afirmações sobre o seu hospital. Pense em seu hospital... o Discordo totalmente o Discordo o Não concordo nem discordo o Concordo o Concordo totalmente
1. *Hospital management provides a work climate that promotes patient safety* 2. *Hospital units do not coordinate well with each other* 3. *Things* **"fall between the cracks"** *when transferring patients from one unit to another* 4. *There is good cooperation among hospital units that need to work together* 5. *Important patient care information is often lost during* **shift changes** 6. *It is often unpleasant to work with* **staff** *from other hospital units* 7. *Problems often occur in the exchange of information across hospital units* 8. *The actions of hospital management show that patient safety is a top priority* 9. *Hospital management seems interested in patient safety only after an adverse event happens*	1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente 2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si 3. **Algumas coisas se perdem** quando um paciente é transferido de uma unidade para outra 4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto **5.** É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as **mudanças de plantão** 6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com o **quadro de pessoal** de outras unidades do hospital 7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital 8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade 9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente	1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente 2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si 3. **O processo de cuidado é comprometido** quando um paciente é transferido de uma unidade para outra 4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto **5.** É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as **mudanças de plantão ou de turno** 6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com **profissionais (independente do vínculo empregatício)** de outras unidades do hospital 7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital 8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade 9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso 10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o

10. Hospital units work well together to provide the best care for patients *11. Shift changes are problematic for patients in this hospital*	quando ocorre algum evento adverso 10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes 11. Neste hospital, as mudanças de plantão são problemáticas para os pacientes	melhor cuidado aos pacientes 11. Neste hospital, **as mudanças de plantão ou de turno** são problemáticas para os pacientes
SECTION G: Number of Events Reported *In the past 12 months, how many event reports have you filled out and submitted?* *o a. No event reports o b. 1 to 2 event reports* *o c. 3 to 5 event reports o d. 6 to 10 event reports* *o e. 11 to 20 event reports o f. 21 event reports or more*	SEÇÃO G: Número de eventos relatados Nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos você preencheu e apresentou? o a. Nenhum relatório o b. 1 a 2 relatórios o c. 3 a 5 relatórios o d. 11 a 15 relatórios o e. 16 a 20 relatórios o f. 21 relatórios ou mais	SEÇÃO G: Número de eventos relatados Nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos você preencheu e apresentou? o a. Nenhum relatório o b. 1 a 2 relatórios o c. 3 a 5 relatórios o d. 11 a 15 relatórios o e. 16 a 20 relatórios o f. 21 relatórios ou mais
SECTION H: Background Information *This information will help in the analysis of the survey results.* *1. How long have you worked in this hospital?* *o a. Less than 1 year o b. 1 to 5 years* *o c. 6 to 10 years o d. 11 to 15 years* *o e. 16 to 20 years o f. 21 years or more* *2. How long have you worked in your current hospital work area/unit??* *o a. Less than 1 year o b. 1 to 5 years* *o c. 6 to 10 years o d. 11 to 15 years* *o e. 16 to 20 years o f. 21 years or more* *3. Tipically, how many hours per week do you work in this hospital?* *o a. Less than 20 hours per week* *o b. 20 to 39hours per week* *o c. 40 to 59 hours per week* *o d. 60 to 79 hours per week* *o e. 80 to 99 hours per week* *o f. 100 hours per week or more* *4. What is your staff position in this hospital? Mark ONE answer that best describes your staff position.*	SEÇÃO H: Informações gerais As informações a seguir contribuirão para a análise dos resultados da pesquisa. 1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital? o a. Menos de 1 ano o b. 1 a 5 anos o c. 6 a 10 anos o d. 11 a 15 anos o e. 16 a anos o f. 21 anos ou mais 2. Há quanto tempo você trabalha na sua atual área/unidade do hospital? o a. Menos de 1 ano o b. 1 a 5 anos o c. 6 a 10 anos o d. 11 a 15 anos o e. 16 a anos o f. 21 anos ou mais 3. Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste hospital? o a. Menos que 20 horas por semana o b. 20 a 39hours por semana o c. 40 a 59 hours por semana o d. 60 a 79 horas por semana o e. 80 a 99 horas por semana o f. 100 horas por semana ou mais 4. Qual é o seu cargo/função neste hospital? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal	SEÇÃO H: Informações gerais As informações a seguir contribuirão para a análise dos resultados da pesquisa. 1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital? o a. Menos de 1 ano o b. 1 a 5 anos o c. 6 a 10 anos o d. 11 a 15 anos o e. 16 a anos o f. 21 anos ou mais 2. Há quanto tempo você trabalha na sua atual área/unidade do hospital? o a. Menos de 1 ano o b. 1 a 5 anos o c. 6 a 10 anos o d. 11 a 15 anos o e. 16 a anos o f. 21 anos ou mais 3. Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste hospital? o a. Menos que 20 horas por semana o b. 20 a 39hours por semana o c. 40 a 59 hours por semana o d. 60 a 79 horas por semana o e. 80 a 99 horas por semana o f. 100 horas por semana ou mais 4. Qual é o seu cargo/função neste hospital? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal o a. Enfermeiro

o a. **Registered Nurse** *o b.* **PhysicianAssistant / Nurse Practitioner** *o c.* **LVN/LPN** *o d.* **Patient Care Assistant/Hospital Aide/Care Partner** *o e. Attending/Staff Physician* *o f. Resident Physician/ Physician in Training* *o g. Pharmacist* *o h. Dietician* *o i. Unit Assistant/Clerk/Secretary* *o j. Respiratory Therapist* *o k. Physical, Occupational, or Speech Therapist* *o l. Thecnician (e.g., EKG, Lab, Radiology)* *o m. Administration/Management* *o n. Other, please specify:* *5. In your staff position, do you tipically have direct interaction or contact with patients?* *o a. YES, I tipically have direct interaction or contact with patients.* *o b. NO, I tipically do NOT have direct interaction or contact with patient.* *6. How long have you worked in your current specialty or profession?* *o a. Less than 1 year* *o b. 1 to 5 years* *o c. 6 to 10 years* *o d. 11 to 15 years* *o e. 16 to 20 years* *o f. 21 years or more* *SECTION I: Your comments* *Please feel free to write any comments about patient safety, error, or event reporting in your hospital.* *THANK YOU FOR COMPLETING THIS SURVEY.*	o a. **Enfermeiro** o b. **Técnico de Enfermagem** o c. **Auxiliar de Enfermagem** o d. Médico do Corpo Clínico / Médico Assistente o e. Médico Residente/Médico em Treinamento o f. Farmacêutico /**Bioquímico/ Biólogo/ Biomédico** o g. Nutricionista o h. **Assistente social** o i. **Odontólog**o o j. **Psicólogo** o k.**Fisioterapeuta / Terapeuta Respiratório/ Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo** o l. Técnico (por ex., ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia) o m. Administração/Direção o n. Auxiliar Administrativo / Secretário o o. Outro, especifique: 5. No seu cargo/função, em geral você tem interação ou contato direto com os pacientes? o a. SIM, em geral tenho interação ou contato direto com os pacientes. o b. NÃO, em geral NÃO tenho interação ou contato direto com os pacientes. 6.Há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual? o a. Menos de 1 ano o b. 1 a 5 anos o c. 6 a 10 anos o d. 11 a 15 anos o e. 16 a 20 anos o f. 21 anos ou mais SEÇÃO I: Seus comentários Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança do paciente, erro ou relato de eventos no seu hospital. OBRIGADO POR PREENCHER ESTA PESQUISA.	o b. Técnico de Enfermagem o c. Auxiliar de Enfermagem o d. Médico do Corpo Clínico/ Médico Assistente o e. Médico Residente/Médico em Treinamento of.Farmaceutico / **Bioquímico / Biólogo / Biomédico** o g. Nutricionista o h. Assistente social o i. Odontólogo o j. Psicólogo o k. **Fisioterapeuta / Terapeuta Respiratório / Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo** o l. Técnico (por ex., ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia) o m. Administração/Direção o n. Auxiliar Administrativo/Secretário o o. Outro, especifique: 5. No seu cargo/função, em geral você tem interação ou contato direto com os pacientes? o a. SIM, em geral tenho interação ou contato direto com os pacientes. o b. NÃO, em geral NÃO tenho interação ou contato direto com os pacientes. 6.Há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual? o a. Menos de 1 ano o b. 1 a 5 anos o c. 6 a 10 anos o d. 11 a 15 anos o e. 16 a anos o f. 21 anos ou mais SEÇÃO I: Seus comentários Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança do paciente, erro ou relato de eventos no seu hospital. OBRIGADO POR PREENCHER ESTE QUESTIONÁRIO E FAZER PARTE DESTA PESQUISA.

Tabela 2

Avaliação da compreensão verbal da Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC), RJ, Brasil, 2012

Questões	**População – alvo (N = 31)** **Média (Desvio-padrão)**
A.1	4,84 (0,43)
A.2	4,70 (0,79)
A.3	4,87 (0,73)
A.4	5,00 (0,00)
A.5	4,45 (1,14)
A.6	4,77 (0,81)
A.7	4,45 (1,25)
A.8	4,61 (0,89)
A.9	4,84 (0,75)
A.10	4,13 (1,59)
A.11	5,00 (0,00)
A.12	4,77 (0,50)
A.13	4,66 (0,80)
A.14	4,32 (0,96)
A.15	5,00 (0,00)
A.16	5,00 (0,00)
A.17	4,45 (0,90)
A.18	4,90 (0,31)
B.1	5,00 (0,00)
B.2	5,00 (0,00)
B.3	4,94 (0,37)
B.4	4,94 (0,37)
C.1	4,97 (0,18)
C.2	4,97 (0,18)
C.3	5,00 (0,00)
C.4	5,00 (0,00)
C.5	5,00 (0,00)
C.6	4,94 (0,37)
D.1	4,63 (0,72)
D.2	4,70 (0,59)
D.3	4,83 (0,31)
F.1	4,77 (0,66)
F.2	5,00 (0,00)
F.3	4,84 (0,53)
F.4	4,83 (0,46)
F.5	5,00 (0,00)
F.6	5,00 (0,00)
F.7	4,77 (0,55)
F.8	5,00 (0,00)
F.9	4,87 (0,43)
F.10	5,00 (0,00)
F.11	4,77 (0,82)
Total	4,83 (0,42)

Com esse estudo, cumpriu-se uma etapa crucial para disponibilizar um instrumento válido para mensurar cultura de segurança do paciente nos hospitais brasileiros. Faz-se ainda necessário avaliar sua equivalência operacional e de mensuração, a fim de comprovar suas propriedades psicométricas.

Referências

1. Jha AK, Prasopa-Paizier N, Larizgoitia I, Bates DW. Patient safety research: an overview of the global evidence. Qual Saf Health Care 2010;19:42-47.
2. Health and Safety Comission. Third Report: Organizing for Safety. ACSNI Study Group on Human Factors. London: HMSO, 1993:23.
3. Advisory Committee for the Safety of Nuclear Installations (ACSNI).Human Factors Study Group Third Report: Organising for Safety. HSE Books, Sheffield, 1993.
4. Sorra JS, Nieva VF. Hospital survey on patient safety culture. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004.
5. Flin R. Measuring safety culture in healthcare: a case for accurate diagnosis. Safety Science 2007; 45:653-667.
6. Halligan M, Zecevic A. Safety Culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. BMJ Qual Saf 2011; 20:338-343.
7. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. Qual Life Res 1998; 7:323-35.
8. Conti MA, Latorre MRDO, Slater B. Tradução, validade e reprodutibilidade da EEICA – *Escala de Evaluación da Insatisfación Corporal para Adolescentes* – no Brasil. Rev Saúde Pública 2009; 43:515-24.

APÊNDICE C - RELATÓRIO DO CONFRONTO DAS DUAS TRADUÇÕES DO INGLÊS PARA O PORTUGUÊS (T1 E T2) PARA ELABORAÇÃO DA VERSÃO SÍNTESE (T12) REALIZADO EM 11 DE OUTUBRO DE 2011

por Cláudia Reis, Josué Laguardia e Mônica Martins

1. No confronto de traduções, uma versão apresentou a tradução da palavra *survey* (que significa inquérito, pesquisa, levantamento, exame, questionário) como "inquérito" e a outra, como "pesquisa". Por consenso entre os tradutores, a tradução escolhida e padronizada no instrumento foi "pesquisa"; justificativa: linguagem objetiva, mais coloquial e de fácil assimilação pela população-alvo.
2. "*Mistake*" foi traduzido como "engano" em uma versão e "falha" em outra. Os tradutores, por consenso, optaram por padronizar a tradução por "falha" ao longo do instrumento.
3. "*Medical error*" foi traduzido como "erro médico" e "erros do cuidado de saúde". Esta última tradução foi escolhida por consenso, por tratar-se de expressão mais utilizada no campo da segurança do paciente, segundo o estabelecido pela Organização Mundial da Saúde.
4. "*Event*" foi traduzido como "evento" e "ocorrência"; optaram por padronizar a tradução por "evento" ao longo do instrumento, por ser mais utilizado no campo da segurança do paciente.
5. "*To handle*" (questão 2, seção A): traduzido como "dar conta" e "arcar com"; optou-se por "dar conta".
6. "*Staff*" foi traduzido como "quadro de funcionários" em uma versão, e mantido em inglês "*staff*" na outra versão traduzida. No confronto de traduções, os tradutores, consideraram que "quadro de pessoal" abrangeria todos os profissionais envolvidos direta e indiretamente no cuidado do paciente, incluindo funcionários concursados, contratados e terceirizados, os quais constituem o objeto de interesse da avaliação, e optaram por essa tradução, padronizando ao longo do instrumento.
7. "*Agency temporary staff*" (questão 7, seção A) foi traduzido como "funcionários temporários/terceirizados" e "pessoal temporário de agências"; a opção dos tradutores foi por "funcionários temporários/terceirizados", por entenderem que esta reflete melhor o contexto brasileiro referente à contratos temporários de profissionais da área de saúde.
8. "*By chance*" (questão 10, seção A) foi traduzido como por acaso e por sorte. Os tradutores optaram por "por sorte".
9. A expressão "*gets really busy*" (questão 11, seção A) foi traduzida como "está realmente muito atarefada" e "fica sobrecarregada". A opção dos tradutores, por consenso, foi "fica sobrecarregada", por exprimir com maior clareza a circunstância a qual a questão se refere.
10. "*Written up*" (questão 12, seção A) foi traduzido como "exposta" e "avaliada". Os tradutores julgaram mais adequada para a circunstância a tradução "avaliada".
11. A expressão "*crisis mode*" (questão 14, seção A) foi traduzida como "modo crise" e "padrão de crise". Por consenso, a expressão "padrão de crise" foi considerada a mais adequada.

12. “*Is never sacrificed*” (questão 15, seção A) foi traduzido como “nunca é comprometida” e “jamais é sacrificada”. Por consenso, os tradutores optaram por “jamais é comprometida” por considerarem mais adequado.
13. “*Taking shortcuts*” (questão 3, seção B) foi traduzido como “de maneira mais sucinta” e “pular etapas”. “Pular etapas” foi a opção dos tradutores por melhor exprimir a situação colocada pela questão.
14. O verbo “*we discuss*” foi traduzido como “nós debatemos” e “nós discutimos”. A opção do consenso de tradutores foi “nós dicutimos”.
15. Na seção E, “*patient safety grade*” foi traduzido como “grau de segurança do paciente” e “nota da segurança do paciente”. “Nota da segurança do paciente” foi a opção dos tradutores. Na mesma questão, na opção de respostas, a letra B correspondeu a “muito bom” (referindo-se ao grau) e “muito boa” (referindo-se à nota). Em correspondência à opção pela nota, a escolha foi por “muito boa”.
16. O verbo “*provides*” (questão 1, seção F) foi traduzido como “provê” e “propicia”. Por consenso, “propicia” foi a tradução de escolha.
17. A expressão “things *fall between the cracks*” (questão 3, seção F) foi traduzida como “tudo vai por água abaixo” e “as coisas passam despercebidas”. Por consenso, a opção foi pela primeira.
18. “*Patient care*” (questão 5, seção F) foi traduzido como “cuidado com o paciente” e “atenção ao paciente”; A opção do consenso foi por “cuidado com o paciente”. Na mesma questão, “*shift changes*” foi traduzido como “mudanças de turno” e “mudanças de plantão”. Os tradutores optaram pelo segundo, por considerarem mais familiar à linguagem utilizada no contexto de serviços hospitalares no Brasil.
19. “To provide” (questão 10, seção F) foi traduzido por “prover” e “prestar”. A opção dos tradutores foi por “prestar”.
20. A questão 4 da seção H foi adaptada, retirando-se categorias profissionais não pertinentes ao contexto de serviços hospitalares no Brasil e acrescentando categorias profissionais relacionadas direta ou indiretamente ao referido contexto.
21. “*In your staff position*” (questão 5, seção H) foi traduzido como “na sua posição laboral”e “em seu cargo/função”, prevalecendo a última, por consenso.

Rio de Janeiro, 11 de outubro de 2011.

APÊNDICE D - Versão Síntese T12

Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais

Instruções

Esta pesquisa solicita suas opiniões sobre segurança do paciente, erros do cuidado de saúde e relato de eventos em seu hospital e tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser preenchido.

Se não quiser responder uma questão, ou se uma pergunta não se aplicar a você, pode deixá-la em branco.

Um "Evento" *é definido como qualquer tipo de erro, falha, incidente, acidente ou desvio, independente se resultou ou não em dano ao paciente.*

"Segurança do paciente" *é definida como a evitar e prevenir danos no paciente ou eventos adversos aos pacientes, resultantes do processo de cuidados de saúde prestado.*

SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho

Nesta pesquisa, pense em sua "unidade" como a área de trabalho, departamento ou área clínica do hospital onde você passa *a maior parte* do seu tempo de trabalho ou na qual presta *a maior parte* dos seus serviços clínicos.

Qual é a sua principal área ou unidade neste hospital? Selecione UMA resposta.

☐ a. Diversas unidades do hospital/Nenhuma unidade específica		
☐ b. Medicina (não cirúrgica)	☐ h. Psiquiatria/saúde mental	☐ n. Outra, por favor, especifique:
☐ c. Cirurgia	☐ i. Reabilitação	
☐ d. Obstetrícia	☐ j. Farmácia	
☐ e. Pediatria	☐ k. Laboratório	
☐ f. Emergência	☐ l. Radiologia	
☐ g. Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo)	☐ m. Anestesiologia	

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre a sua área/unidade de trabalho.

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Nesta unidade, as pessoas apóiam umas às outras	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Temos quadro de pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Continuação **Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...**	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Nesta unidade, o quadro de pessoal trabalha mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7. Usamos mais pessoal temporário/terceirizado do que seria desejável para o cuidado do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. O quadro de pessoal considera que suas falhas podem ser usadas contra ele	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. Falhas têm levado a mudanças positivas por aqui	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10. Falhas mais graves não acontecem por aqui apenas por sorte	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11. Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
12. Quando um evento é relatado, parece que é a pessoa quem está sendo avaliada, e não o problema	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
14. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
15. A segurança do paciente jamais é comprometida em prol de mais quantidade de trabalho concluído	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
16. O quadro de pessoal se preocupa que suas falhas sejam registradas em suas fichas funcionais	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com as seguintes afirmações sobre o seu supervisor/chefe imediato ou pessoa a quem você se reporta diretamente.

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões do quadro de pessoal para melhoria da segurança do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. O meu supervisor/chefe não dá importância aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO C: Comunicação

Com que frequência as situações abaixo ocorrem na sua área/unidade de trabalho?

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase sempre	Sempre
1. Somos informados sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. O quadro de pessoal tem liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. O quadro de pessoal sente-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. O quadro de pessoal tem receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados

Na sua área/unidade de trabalho no hospital, quando ocorrem as falhas a seguir, *com que frequência elas são relatadas?*

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase sempre	Sempre
1. Quando ocorre uma falha, mas ela é *percebida e corrigida antes de afetar o paciente*, com que frequência ela é relatada?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Quando uma falha acontece, mas *não há risco de dano ao paciente*, com que frequência ela é relatada?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Quando ocorre uma falha que *poderia causar danos ao paciente*, mas não causa, com que frequência ela é relatada?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO E: Nota de segurança do paciente

Por favor, dê uma nota geral para a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital.

☐	☐	☐	☐	☐
A	B	C	D	E
Excelente	Muito boa	Regular	Ruim	Muito Ruim

SEÇÃO F: O seu hospital

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com as seguintes afirmações sobre o seu hospital.

Pense no seu hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Algumas coisas se perdem, quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO F: O seu hospital (continuação)

Pense no seu hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
5 É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com o quadro de pessoal de outras unidades do hospital	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11. Neste hospital, as mudanças de plantão são problemáticas para os pacientes	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO G: Número de eventos relatados

Nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos você preencheu e apresentou?

☐ a. Nenhum relatório ☐ d. 6 a 10 relatórios

☐ b. 1 a 2 relatórios ☐ e.11 a 20 relatórios

☐ c. 3 a 5 relatórios ☐ f. 21 relatórios ou mais

SEÇÃO H: Informações gerais

As informações a seguir contribuirão para a análise dos resultados da pesquisa.

1. **Há quanto tempo você trabalha neste hospital?**

☐ a. Menos de 1 ano ☐ d. 11 a 15 anos

☐ b.1 a 5 anos ☐ e. 16 a 20 anos

☐ c. 6 a 10 anos ☐ f. 21 anos ou mais

2. **Há quanto tempo você trabalha na sua atual área/unidade do hospital?**

☐ a. Menos de 1 ano ☐ d. 11 a 15 anos

☐ b.1 a 5 anos ☐ e. 16 a 20 anos

☐ c. 6 a 10 anos ☐ f. 21 anos ou mais

3. Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste hospital?

☐ a. Menos de 20 horas por semana ☐ d. 60 a 79 horas por semana

☐ b.20 a 39 horas por semana ☐ e. 80 a 99 horas por semana

☐ c.40 a 59 horas por semana ☐ f. 100 horas por semana ou

4. **Qual é o seu cargo/função neste hospital? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal.**

☐ a. Médico do corpo clínico	☐ j. Odontólogo
☐ b. Médico assistente	☐ k. Fisioterapeuta, terapeuta ocupacional ou fonoaudiólogo
☐ c. Médico residente/ Médico em treinamento	☐ l. Técnico (por exemplo, ECG, Laboratório, Radiologia)
☐ d. Enfermeiro	☐ m. Administração/Direção
☐ e. Técnico de Enfermagem	☐ n. Assistente de unidade/auxiliar de escritório/secretário
☐ f. Auxiliar de Enfermagem	☐ o. Outro, especifique
☐ g. Farmacêutico	
☐ h. Nutricionista	
☐ i. Assistente Social	

5. No seu cargo/função, em geral você tem interação direta ou contato com os pacientes?

☐ a. SIM, em geral tenho interação direta ou contato com os pacientes.

☐ b. NÃO, em geral NÃO tenho interação direta ou contato com os pacientes.

6. Há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual?

☐ a. Menos de 1 ano ☐ d. 11 a 15 anos

☐ b. 1 a 5 anos ☐ e. 16 a 20 anos

☐ c. 6 a 10 anos ☐ f. 21 anos ou mais

SEÇÃO I: Seus comentários

Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança de paciente, erro ou relato de eventos no seu hospital.

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa!

APÊNDICE E - Relatório confronto de versões retrotraduzidas

RELATÓRIO DA AVALIAÇÃO DAS DIVERGÊNCIAS DE TRADUÇÃO ENTRE R1 E R2, REALIZADA EM 09/12/2011, POR UM ÚNICO PESQUISADOR.

Principais divergências encontradas nas retrotraduções:

1. Mistake= erro, engano, equívoco x failure= falta, carência, falha, deficiência / omissão, falta/ insucesso, fracasso

2. Handle= manobrar, guiar, controlar/ manejar, manusear, manipular x cope = lidar, enfrentar, fazer face, suportar

3. Ask = perguntar, pedir, solicitor x request= pedir, solicitar

4. Around= sobre, cerca, cerca de X about=sobre, cerca de

5. Boss= chefe, patrão X superior= superior

6. Notice= aviso prévio, notificação, aviso, anúncio X perceived= percebido

7. Afraid= com medo, receoso X reluctant= relutante

8. May= pode, podem X/ could= poderia, pode…

9. Occur= ocorre, ocorrem X happen= acontece, acontecem

10. Poor= pobre, fraco, ruim x bad= ruim, mal, mau (s)

11. Governance= governo, governaça, gestão X management= gestão, gerenciamento

12. Atmosphere= atmosfera, ambiente, clima X environment= ambiente, meio ambiente

13. Score= contagem, pontuação X grade= grau, classe, nota, qualidade, série

14. Give= dar X provide= fornecer, oferecer, proporcionar

15. Filled= preenchida, cheia X complete= concluir, completar, completa

16. Submitted= submetido, enviado, apresentado X presented= apresentado

17. Per week= por semana X a week= por semana

18. Fewer= menos X less= menos, menor, inferior

19. Current work unit= unidade de trabalho atual X present work unit= unidade de trabalho presente

20. Specialization= especialização X specialty= especialidade, especialização

21. Doctor= medico, doutor; X clinician= médico, clinic X physician=médico

22. Job= trabalho, emprego X position= posição de, cargo, situação

23. Unit assistant= assistente de unidade X unit aide = auxiliar de unidade

24. Office assistant = auxiliar de escritório/office aide= ajuda de escritório

25. Nursing auxiliary= auxiliary de enfermagem X nursing aide= suporte de enfermagem

26. Inter doctor = trainee doctor=medico estagiário

27. Dentist= dentist; odontologist = odontólogo, dentista

28. In this survey= nesta pesquisa, neste levantamento, neste inquérito X off this survey= fora deste levantamento, inquérito, pesquisa ou fora este levantamento....

29. Fair= justo, equitativo x regular= regular, normal

30. Regard= olhar, aparência, visão X pay attention= prestar atenção

31. Gives praise= dar elogios X praises= elogia

32. Take account= ter em conta, tomar em consideração X consider= considerar

33. Prejudiced= preconceituoso x compromised-= comprometida, comprometimento

34. Sake of= causa de, bem de, questão de X getting more= cada vez mais, obter mais, começando mais

Não foram encontradas discrepâncias relevantes entre a maioria dos termos traduzidos. No entanto, foram registrados alguns vocábulos os quais serão assinalados por ocasião da realização do comitê de especialistas: mistake x failure; governance x management; atmosphere x enviroment; prejudiced x compromised; sake of x getting more.

Rio de Janeiro, 09 de dezembro de 2011.

APÊNDICE F- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar, como voluntário (a) da pesquisa "A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro".

Essa pesquisa integra o Curso de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. O objetivo geral da pesquisa é validar uma versão em português para o contexto brasileiro do "Hospital Survey on Patient Safety Culture" questionário desenvolvido pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) dos EUA para medir a cultura de segurança do paciente entre os profissionais de instituições de saúde.

Não há riscos ou benefícios diretos para você, ao participar desta pesquisa. Caso concorde em participar, você contribuirá para a compreensão do *status* de cultura de segurança nas organizações hospitalares brasileiras, possibilitando que intervenções sejam feitas para o seu fortalecimento, somando possibilidades à melhoria do cuidado de saúde prestado aos pacientes nessas organizações.

Caso você concorde em participar, você preencherá um questionário cujas questões são relacionadas às dimensões da cultura de segurança. Seu preenchimento leva em torno de 10 minutos. As informações obtidas através dessa pesquisa são totalmente confidenciais e o sigilo sobre sua participação é assegurado. Os resultados serão utilizados estritamente para fins acadêmicos, congressos, reuniões técnico-científicas, revistas de saúde pública, sem qualquer identificação de indivíduos ou instituições e serão guardados, sob minha responsabilidade, por 5 anos, e posteriormente destruídos.

A sua participação não é obrigatória. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma. E a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar o seu consentimento.

Caso você concorde em fazer parte desse estudo, assine ao final desse documento, o qual possui duas vias: uma delas é sua, e a outra da pesquisadora responsável.

_____

Cláudia Tartaglia Reis (Pesquisadora Responsável)

Contatos da pesquisadora responsável: Rua Leopoldo Bulhões, 1480. Manguinhos, RJ. CEP 21 041-210. Tel: (32) 3421-3121 ou (32) 8808-7796.

Comitê de Ética em Pesquisa. Rua Leopoldo Bulhões, 1480, andar térreo. Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ).CEP: 21 041-210. Tel e Fax: (21) 2598-2863. E-mail: cep@ensp.fiocruz.br . Página na Internet: http://www.ensp.fiocruz.br/etica

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

_____

Participante da pesquisa

APÊNDICE G- VERSÃO FINAL

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
ENSP

Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)

Instruções

Esta pesquisa solicita sua opinião sobre segurança do paciente, erros associados ao cuidado de saúde e relato de eventos em seu hospital e tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser preenchida.

Se não quiser responder uma questão, ou se uma pergunta não se aplicar a você, pode deixá-la em branco.

Um "Evento" *é definido como qualquer tipo de erro, engano, falha, incidente, acidente ou desvio, independente se resultou ou não em dano ao paciente.*

"Segurança do paciente" *é definida como evitar e prevenir danos ou eventos adversos aos pacientes, resultantes dos processos de cuidados de saúde prestados.*

SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho

Nesta pesquisa, pense em sua "unidade" como a área de trabalho, departamento ou área clínica do hospital onde você passa *a maior parte* do seu tempo de trabalho ou na qual presta *a maior parte* dos seus serviços clínicos.

Qual é a sua principal área ou unidade neste hospital? Selecione UMA resposta.

☐ a. Diversas unidades do hospital/Nenhuma unidade específica	☐ h. Psiquiatria/saúde mental
☐ b. Clínica (não cirúrgica)	☐ i. Reabilitação
☐ c. Cirurgia	☐ j. Farmácia
☐ d. Obstetrícia	☐ k. Laboratório
☐ e. Pediatria	☐ l. Radiologia
☐ f. Setor de Emergência	☐ m. Anestesiologia
☐ g. Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo)	☐ n. Outra, por favor, especifique:.....

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre a sua área/unidade de trabalho.

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Nesta unidade, as pessoas apóiam umas às	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

outras					
Continuação **Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...**	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
2. Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Nesta unidade, os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7.Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10. É apenas por acaso, que erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem por aqui	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11. Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
12. Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
14. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
16. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre o seu supervisor/chefe imediato ou pessoa a quem você se reporta diretamente.

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais (independente do vínculo empregatício) para a melhoria da segurança do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO C: Comunicação

Com que frequência as situações abaixo ocorrem na sua área/unidade de trabalho?

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase sempre	Sempre
1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar, quando	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

algo parece não estar certo					

SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados

Na sua área/unidade de trabalho no hospital, quando ocorrem os erros, enganos ou falhas seguintes, com que frequência eles são relatados?

Pense na sua área/unidade no hospital	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase sempre	Sempre
1. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é **percebido e corrigido antes de afetar o paciente**, com que frequência ele é relatado?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas **não há risco de dano ao paciente**, com que frequência ele é relatado?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Quando ocorre erro, engano ou falha que **poderia causar danos ao paciente**, mas não causa, com que frequência ele é relatado?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente

Por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital.

☐	☐	☐	☐	☐
A Excelente	B Muito boa	C Regular	D Ruim	E Muito Ruim

SEÇÃO F: O seu hospital

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com as seguintes afirmações sobre o seu hospital.

Pense no seu hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5 É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

empregatício) de outras unidades do hospital					

Continuação **Pense no seu hospital...**	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO G: Número de eventos relatados

Nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos você preencheu e apresentou?

☐ a. Nenhum relatório
☐ b. 1 a 2 relatórios
☐ c. 3 a 5 relatórios
☐ d. 6 a 10 relatórios
☐ e.11 a 20 relatórios
☐ f. 21 relatórios ou mais

SEÇÃO H: Informações gerais

As informações a seguir contribuirão para a análise dos resultados da pesquisa.

1. **Há quanto tempo você trabalha neste hospital?**

☐ a. Menos de 1 ano
☐ b.1 a 5 anos
☐ c. 6 a 10 anos
☐ d. 11 a 15 anos
☐ e. 16 a 20 anos
☐ f. 21 anos ou mais

2. **Há quanto tempo você trabalha na sua atual área/unidade do hospital?**

☐ a. Menos de 1 ano
☐ b.1 a 5 anos
☐ c. 6 a 10 anos
☐ d. 11 a 15 anos
☐ e. 16 a 20 anos
☐ f. 21 anos ou mais

3. **Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste hospital?**

☐ a. Menos de 20 horas por semana ☐ d. 60 a 79 horas por semana

☐ b.20 a 39 horas por semana ☐ e. 80 a 99 horas por semana

☐ c.40 a 59 horas por semana ☐ f. 100 horas por semana ou mais

4. **Qual é o seu cargo/função neste hospital? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal.**

☐ a. Médico do Corpo Clínico/Médico Assistente

☐ b. Médico Residente/ Médico em Treinamento

☐ c. Enfermeiro

☐ d. Técnico de Enfermagem

☐ e. Auxiliar de Enfermagem

☐ f. Farmacêutico/Bioquímico/Biólogo/Biomédico

☐ g. Odontólogo

☐ h. Nutricionista

☐ i. Fisioterapeuta, Terapeuta Respiratório, Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo

☐ j. Psicólogo

☐ k. Assistente Social

☐ l. Técnico (por exemplo, ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia)

☐ m. Administração/Direção

☐ n. Auxiliar Administrativo/Secretário

☐ o. Outro, especifique _____

5. No seu cargo/função, em geral você tem interação ou contato direto com os pacientes?

☐ a. SIM, em geral tenho interação ou contato direto com os pacientes.

☐ b. NÃO, em geral NÃO tenho interação ou contato direto com os pacientes.

6. Há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual? _____ anos

7. Qual o seu grau de instrução:

☐ a. Primeiro grau (Ensino Básico) Incompleto ☐ e. Ensino Superior Incompleto

☐ b. Primeiro grau (Ensino Básico) Completo

☐ c. Segundo grau (Ensino Médio) Incompleto

☐ d. Segundo grau (Ensino Médio) Completo

☐ f. Ensino Superior Completo

☐ g. Pós-graduação (Nível Especialização)

☐ h. Pós-graduação (Nível Mestrado ou Doutorado)

8. Qual a sua idade? _____ anos

9. Indique o seu sexo:

☐ a. Feminino ☐ b. Masculino

SEÇÃO I: Seus comentários

Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança de paciente, erro ou relato de eventos no seu hospital. (Por favor, utilize o verso)

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.

APÊNDICE H

Resultados obtidos da avaliação da cultura de segurança no Hospital 1 e Hospital 2

Cultura de segurança do paciente no Hospital 1

Os percentuais de respostas positivas, neutras e negativas, obtidos no Hospital 1 para cada item das dimensões avaliadas são ilustrados nas figuras seguintes. Os pontos frágeis (percentual de 50% ou menos de respostas positivas) e fortes (percentual de 75% ou mais de respostas positivas) podem ser visualizados. As Figuras 1-12 apresentam o percentual de respostas positivas, neutras e negativas aos itens componentes das dimensões da cultura de segurança, obtidos no Hospital 1.

A Figura 1 apresenta os itens da dimensão "percepção geral da segurança". Os percentuais de respostas positivas aos itens não revelam áreas fortes nem áreas frágeis, que necessitam melhorias com relação a essa dimensão da cultura de segurança.

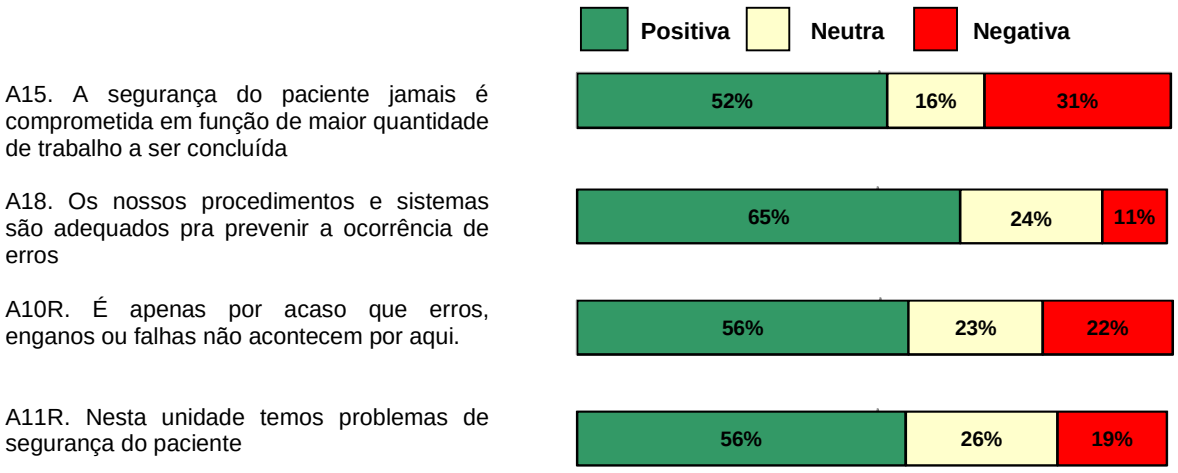

Figura 1. Distribuição percentual de respostas aos itens da dimensão "percepção geral da segurança", Hospital 1

A Figura 2 apresenta os itens da dimensão "frequência de relato de eventos". Os percentuais de respostas positivas aos itens não revelam áreas fortes nem áreas frágeis com relação a essa dimensão da cultura de segurança.

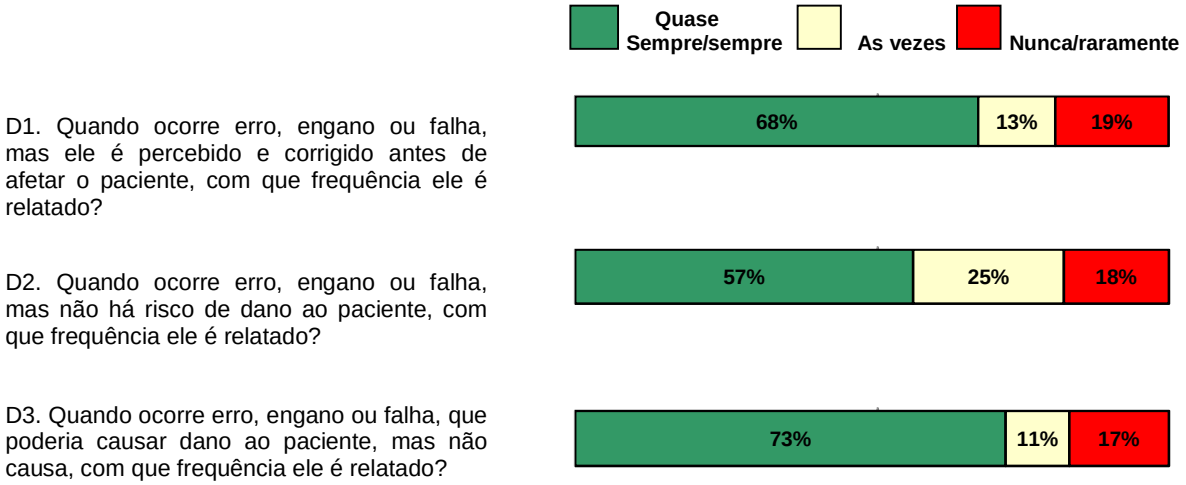

Figura 2. Distribuição percentual de respostas aos itens da dimensão "frequência de relato de eventos", Hospital 1

A Figura 3 apresenta os itens da dimensão "expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras da segurança". O percentual de 80% de respostas positivas ao item B4R ("o meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente") revela área fortalecida desta dimensão da cultura de segurança no Hospital 1.

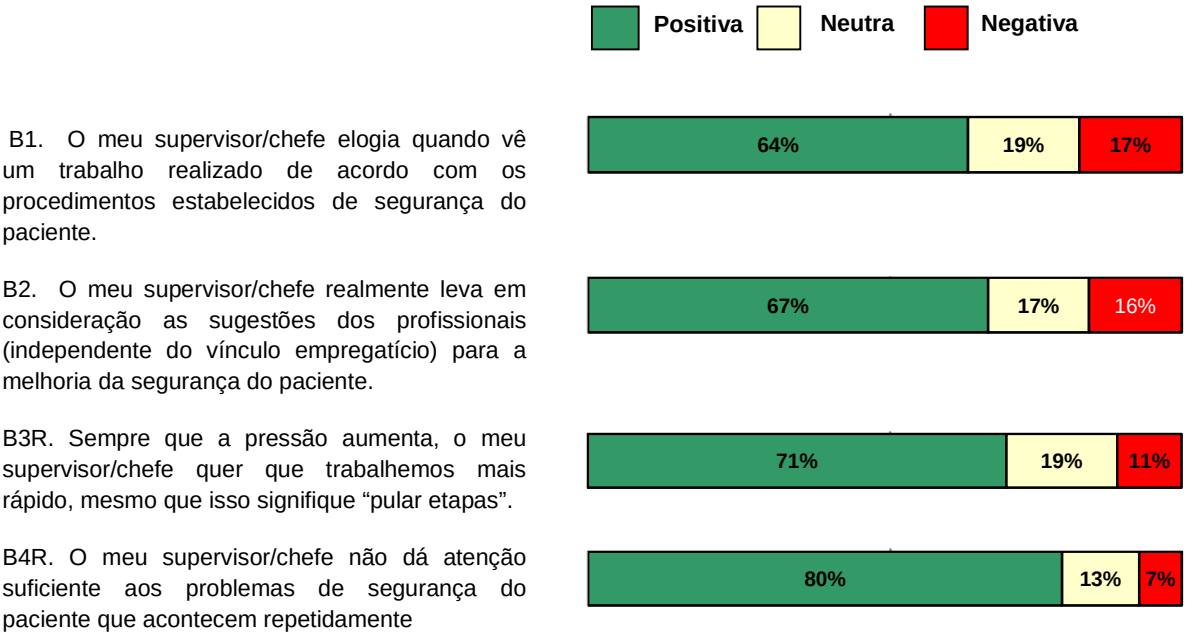

Figura 3. Distribuição percentual de respostas aos itens da dimensão “expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras da segurança”, Hospital 1

A Figura 4 apresenta os itens da dimensão “aprendizado organizacional – melhoria contínua”. O percentual de 86% de respostas positivas ao item A6 (“estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente”) revela área forte nesta dimensão da cultura de segurança no Hospital 1.

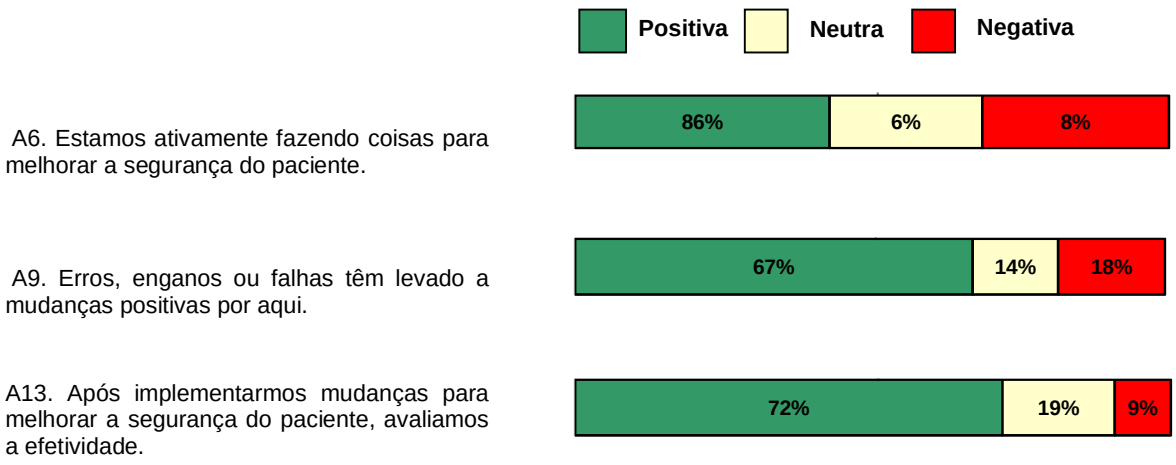

Figura 4. Distribuição percentual de respostas aos itens da dimensão “aprendizado organizacional – melhoria contínua”, Hospital 1

A Figura 5 apresenta os itens da dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades”. O percentual de 46% de respostas positivas ao item A1 (“nesta unidade as pessoas apoiam umas às outras”) e o percentual de 44% ao item A11 (“quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam”) revelam áreas frágeis que necessitam melhorias nesta dimensão da cultura de segurança no Hospital 1.

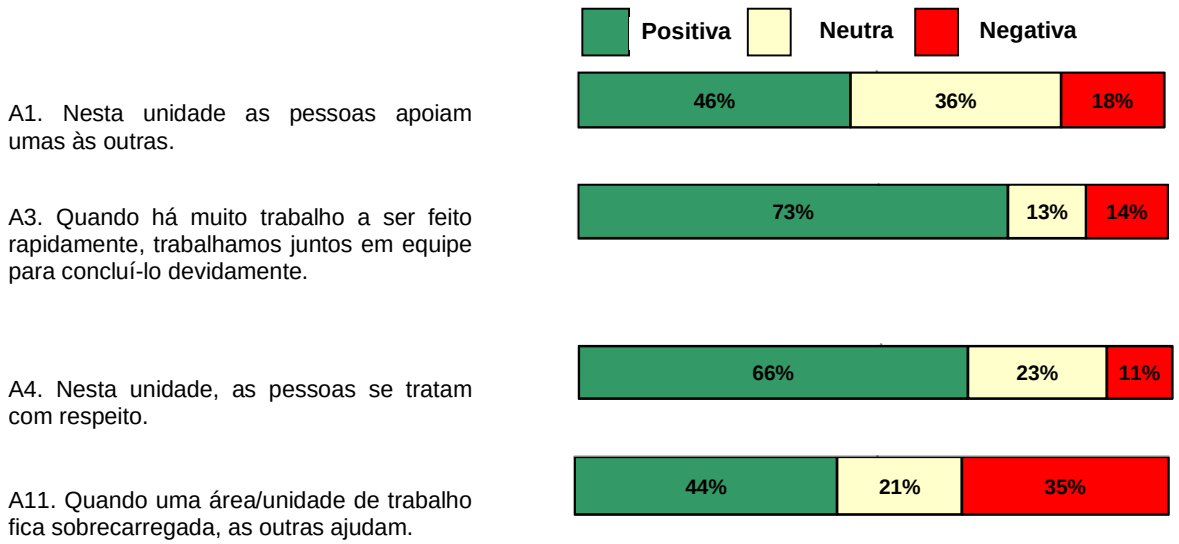

Figura 5. Distribuição percentual de respostas aos itens da dimensão "trabalho em equipe dentro das unidades", Hospital 1

A Figura 6 apresenta os itens da dimensão "abertura da comunicação". O percentual de 34% de respostas positivas ao item C4 ("os profissionais, independente do vínculo empregatício, sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores") e o percentual de 41% ao item C6R ("os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo" revelam áreas frágeis que necessitam melhorias nesta dimensão da cultura de segurança no Hospital 1.

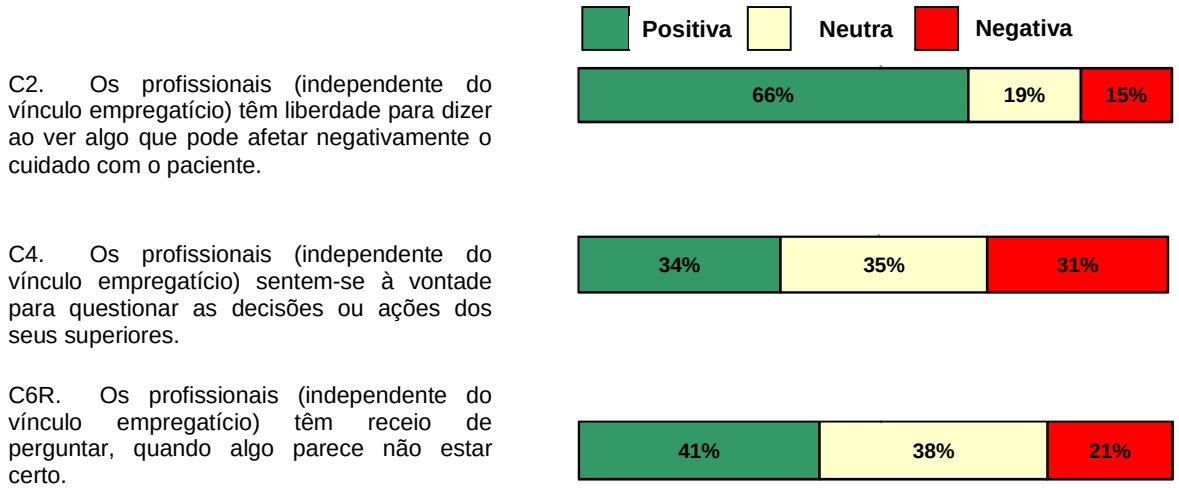

Figura 6. Distribuição percentual de respostas aos itens da dimensão “abertura da comunicação”, Hospital 1

A Figura 7 apresenta os itens da dimensão “respostas não punitivas aos erros”. O percentual de 17% de respostas positivas ao item A8R (“os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles”), o percentual de 24% ao item A12R (“quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema”) e o percentual de 16% ao item A16R (“os profissionais, independente do vínculo empregatício, se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais”) revelam áreas frágeis que necessitam melhorias nesta dimensão da cultura de segurança, no Hospital 1.

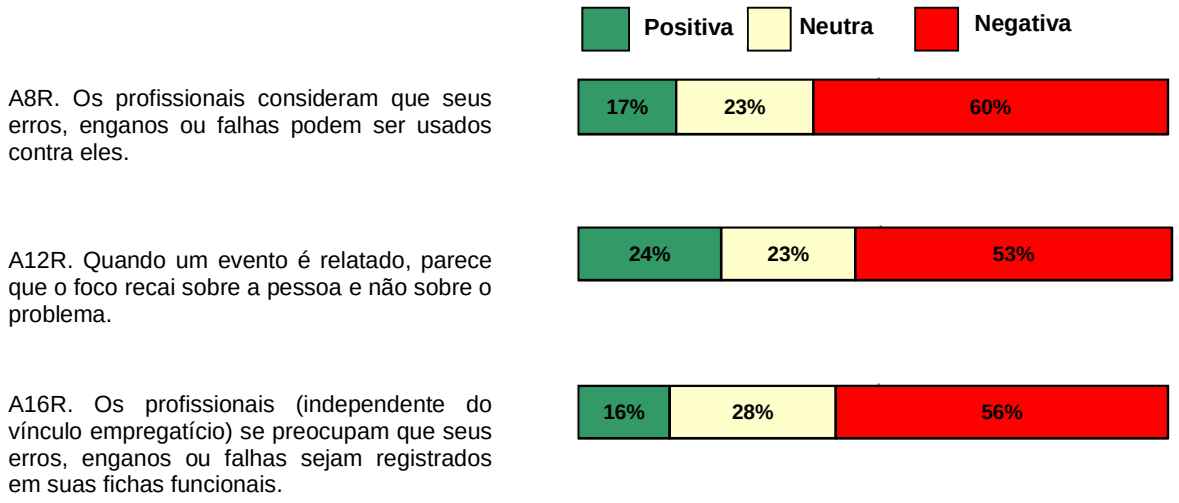

Figura 7. Distribuição percentual de respostas aos itens da dimensão “respostas não punitivas aos erros”, Hospital 1

A Figura 8 apresenta os itens da dimensão “adequação de profissionais”. O percentual de 31% ao item A2 (“temos profissionais, independente do vínculo empregatício, suficientes para dar conta da carga de trabalho”) o percentual de 37% ao item A5R (“nesta unidade, os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente”) e o percentual de 38% ao item A14R (“nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido”) revelam áreas frágeis que necessitam melhorias nesta dimensão da cultura de segurança no Hospital 1.

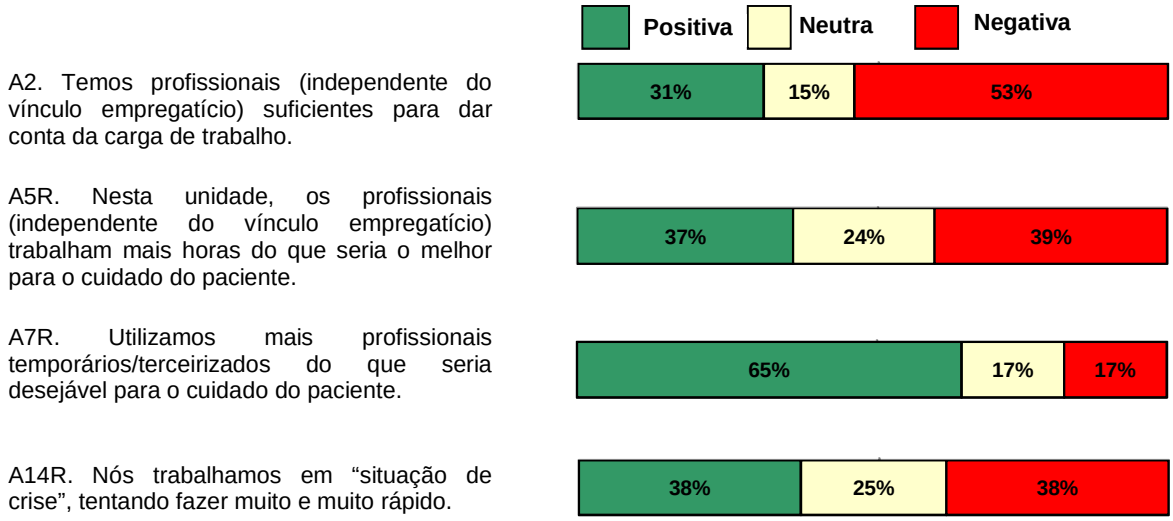

Figura 8. Distribuição percentual de respostas aos itens da dimensão "adequação de profissionais", Hospital 1

A Figura 9 apresenta os itens da dimensão "retorno da informação e comunicação sobre erro". O percentual de 79% de respostas positivas ao item C5 ("nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente") revela área forte nesta dimensão da cultura de segurança.

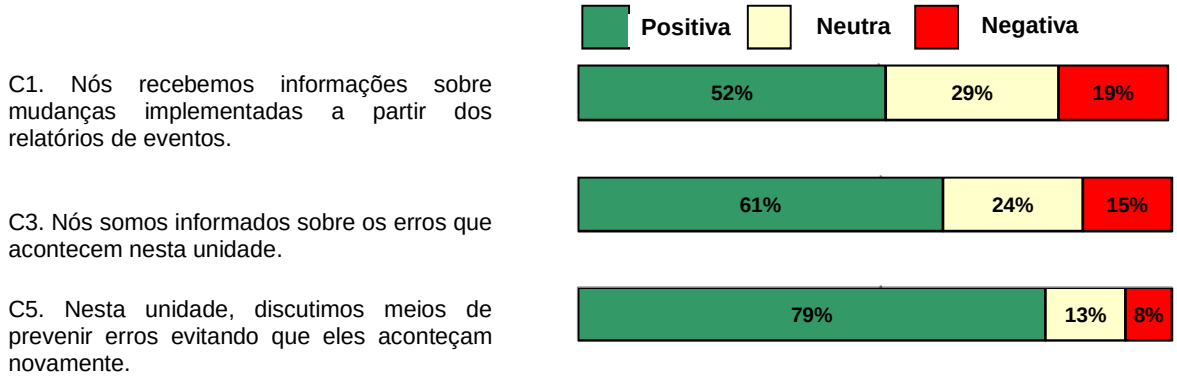

Figura 9. Distribuição percentuall de respostas aos itens da dimensão "retorno da informação e comunicação sobre erro", Hospital 1

A Figura 10 apresenta os itens da dimensão "apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente". Os percentuais de respostas positivas aos itens não revelam

áreas fortes nem áreas frágeis, que necessitam melhorias, com relação a essa dimensão da cultura de segurança no Hospital 1.

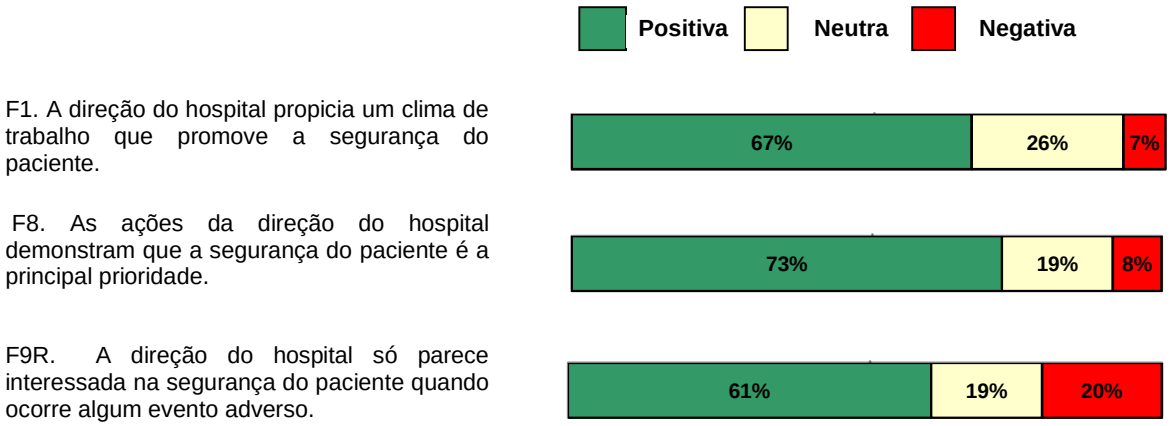

Figura 10. Distribuição percentual de respostas aos itens da dimensão "apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente", Hospital 1

A Figura 11 apresenta os itens da dimensão "trabalho em equipe entre as unidades". O percentual de 47% de respostas positivas ao item F2R ("as unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si") e o percentual de 42% ao item F6R ("muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais, independente do vínculo empregatício, de outras unidades do hospital"), revelam áreas frágeis que necessitam melhorias nesta dimensão da cultura de segurança no Hospital 1.

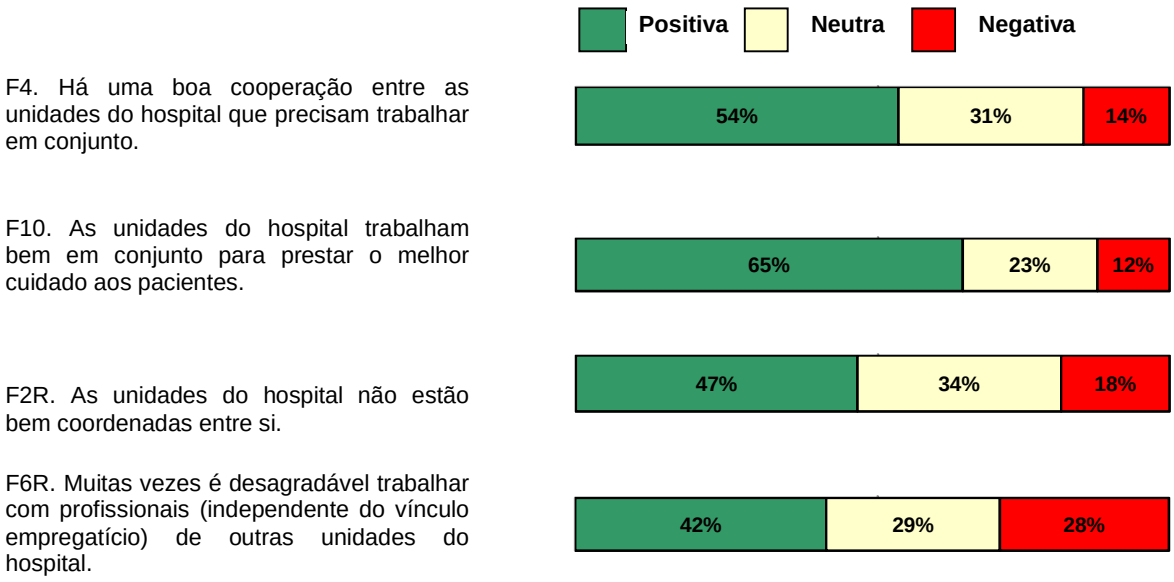

Figura 11. Percentual de respostas positivas, neutras e negativas da dimensão "trabalho em equipe entre as unidades", Hospital 1

A Figura 12 apresenta os itens da dimensão "passagem de plantão/turno e transferências". O percentual de 48% de respostas positivas ao item F3R ("o processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra") e o percentual de 43% ao item F7R ("com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital") revelam áreas frágeis nesta dimensão da cultura de segurança no Hospital 1.

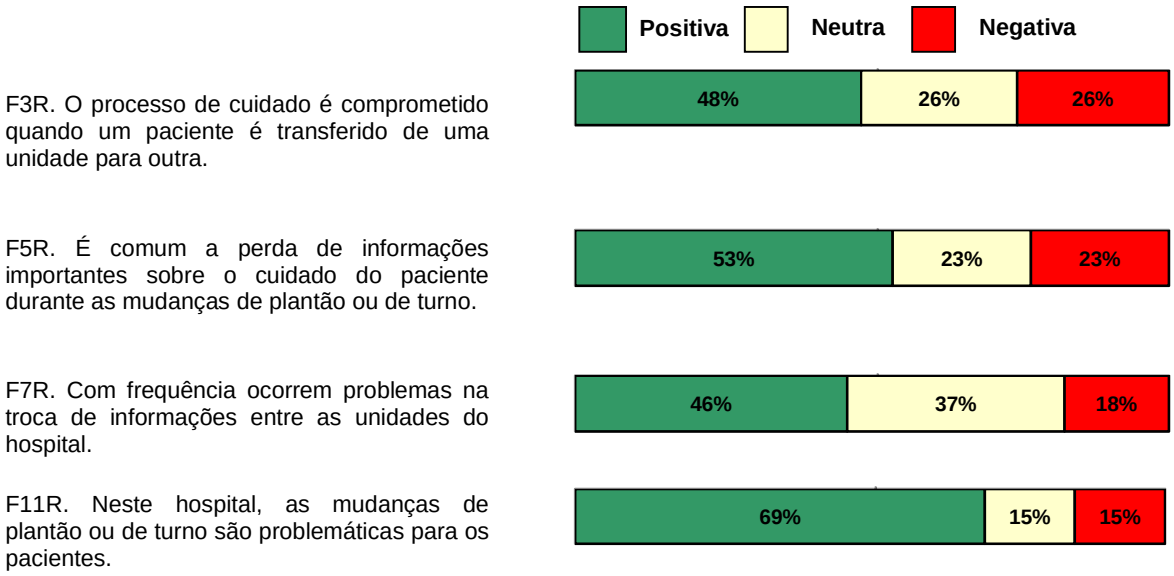

Figura 12. Distribuição percentual de respostas aos itens da dimensão "passagem de plantão/turno e transferências", Hospital 1

Cultura de segurança do paciente no Hospital 2

As Figuras 13-24, apresentam o percentual de respostas positivas, neutras e negativas aos itens componentes das dimensões da cultura de segurança, obtido no Hospital 2.

A Figura 13 apresenta os itens da dimensão "percepção geral da segurança". Os percentuais de respostas positivas aos itens A15 ("a segurança do paciente jamais é

comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída”) (43%), A18 (“os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros”) (43%) e A17R (“nesta unidade tempos problemas de segurança do paciente”) (43%) revelam áreas frágeis com relação a esta dimensão da cultura de segurança no Hospital 2.

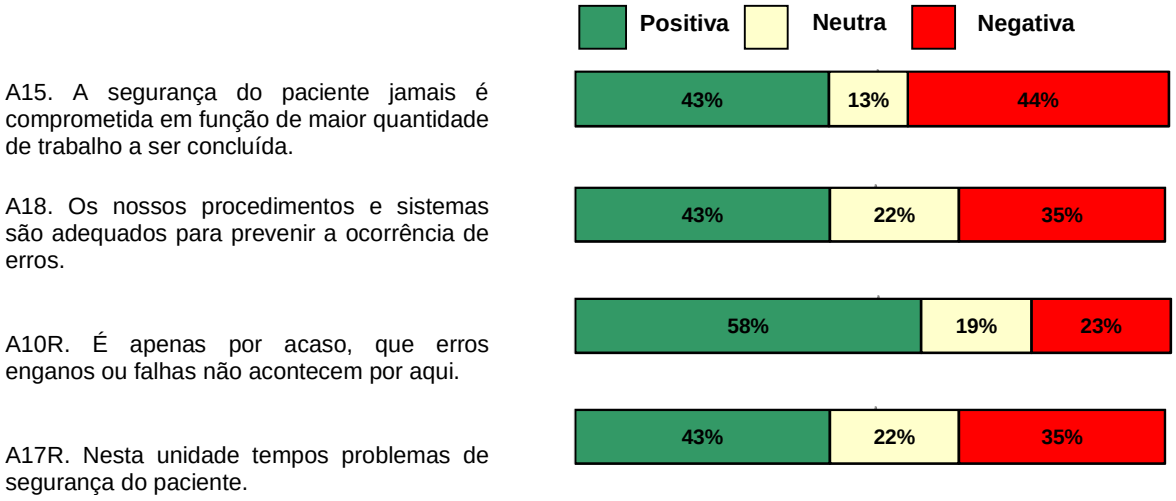

Figura 13. Distribuição percentual de respostas aos itens da dimensão “percepção geral da segurança”, Hospital 2

Com relação os itens da dimensão “frequência de relato de eventos” (Figura 14), os percentuais de respostas positivas aos itens D1 (“quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é percebido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?”) (46%), D2 (“quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado?) (43%) e D3 (“quando ocorre erro, engano ou falha, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?) (49%) revelam desconhecimento da magnitude desses problemas e indicam essas áreas como frágeis que necessitando de melhorias com relação a essa dimensão da cultura de segurança no Hospital 2.

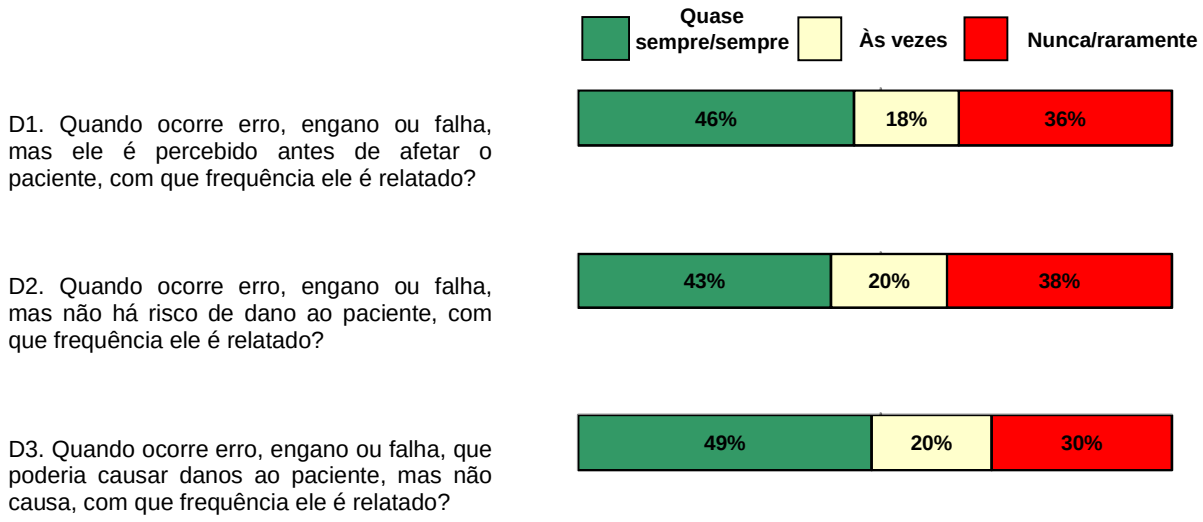

Figura 14. Distribuição percentual de respostas aos itens da dimensão "frequência de relato de eventos", Hospital 2

A Figura 15 apresenta os itens da dimensão "expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras da segurança". Os percentuais de respostas positivas aos itens B3R ("sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas") (76%) e B4R ("o meu supervisor/chefe não dá atenção aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente") (84%) revelam áreas fortes com relação a essa dimensão da cultura de segurança no Hospital 2.

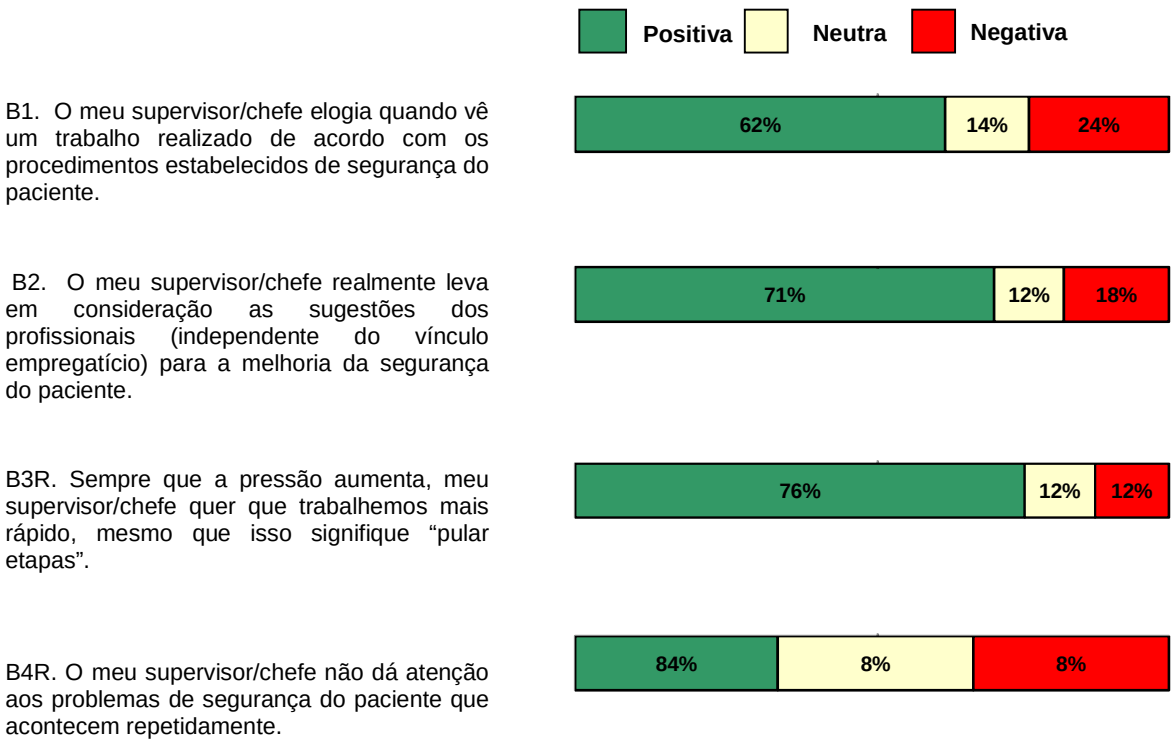

Figura 15. Distribuição percentual de respostas aos itens da dimensão "expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras da segurança", Hospital 2

A Figura 16 apresenta os itens da dimensão "aprendizado organizacional – melhoria contínua". O percentual de respostas positivas ao item A6 ("estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente") (79%) revela área forte com relação a essa dimensão da cultura de segurança no Hospital 2.

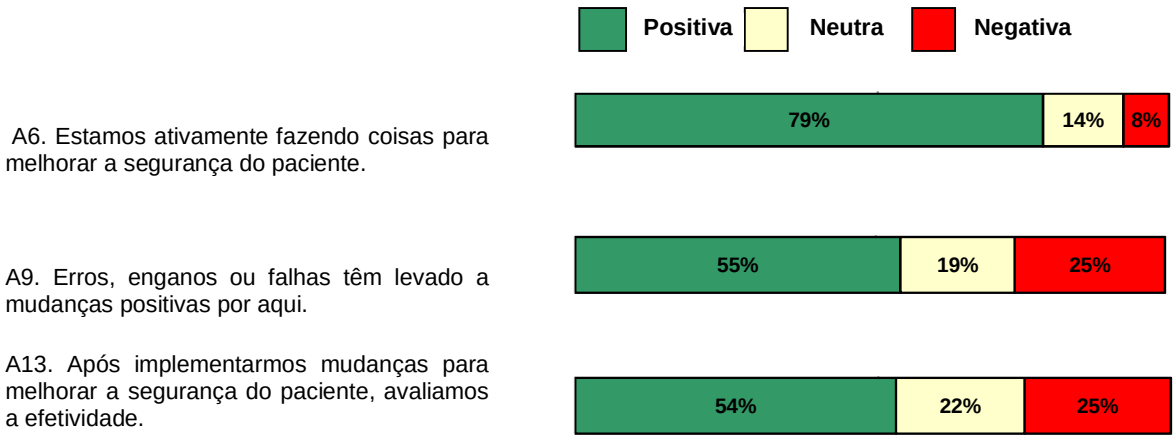

Figura 16. Distribuição percentual de respostas aos itens da dimensão “aprendizado organizacional – melhoria contínua”, Hospital 2

A Figura 17 apresenta os itens da dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades”. O percentual de respostas positivas ao item A3 (“quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente” (75%) revela área forte e o percentual de respostas positivas ao item A11 (“quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam” (35%) revelam área frágil que necessita melhoria com relação a esta dimensão da cultura de segurança no Hospital 2.

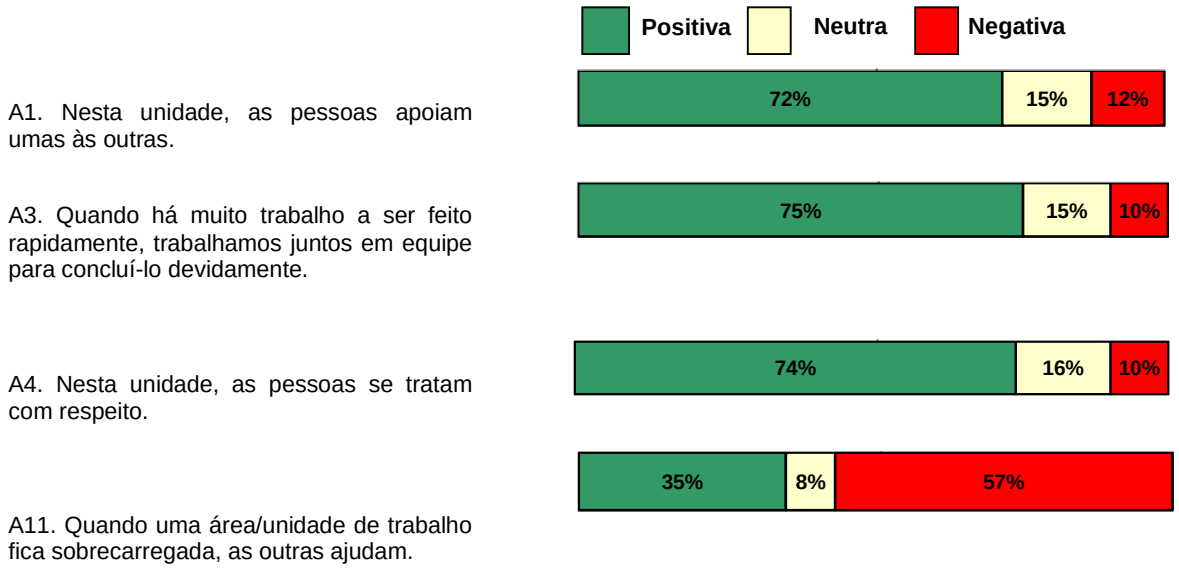

Figura 17. Distribuição percentual de respostas aos itens da dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades”, Hospital 2

A Figura 18 apresenta os itens da dimensão “abertura da comunicação”. O percentual de respostas positivas ao item C4 (“os profissionais, independente do vínculo empregatício, sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores” (39%) revela área frágil que necessita melhoria com relação a esta dimensão da cultura de segurança nos Hospital 2.

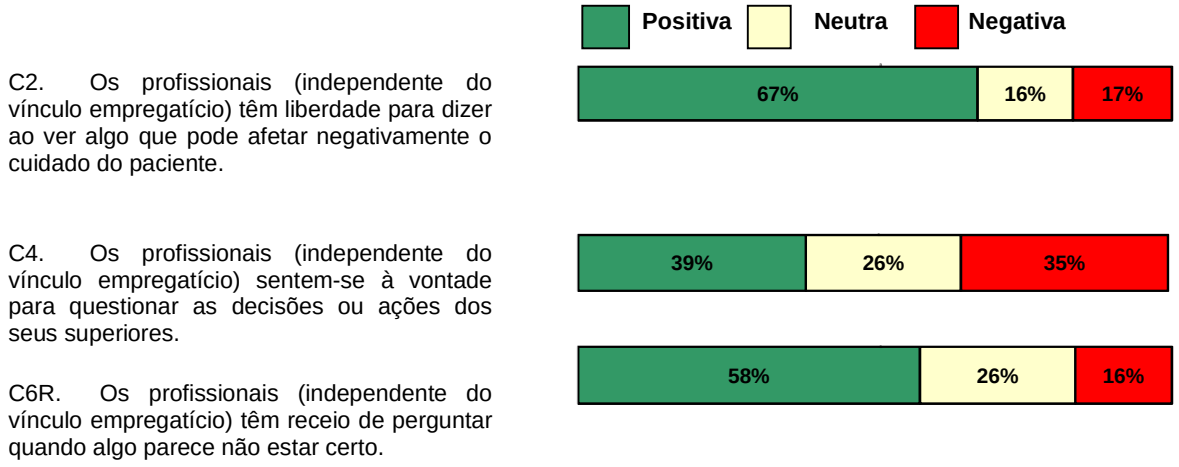

Figura 18. Distribuição percentual de respostas aos itens da dimensão "abertura da comunicação", Hospital 2

A Figura 19 apresenta os itens da dimensão "retorno da informação e comunicação sobre erro". O percentual de respostas positivas aos itens C1 ("nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos) (32%), C3 ("nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade") (44%) e C5 ("nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente") (50%) revelam áreas frágeis que necessitam melhorias com relação a esta dimensão da cultura de segurança no Hospital 2.

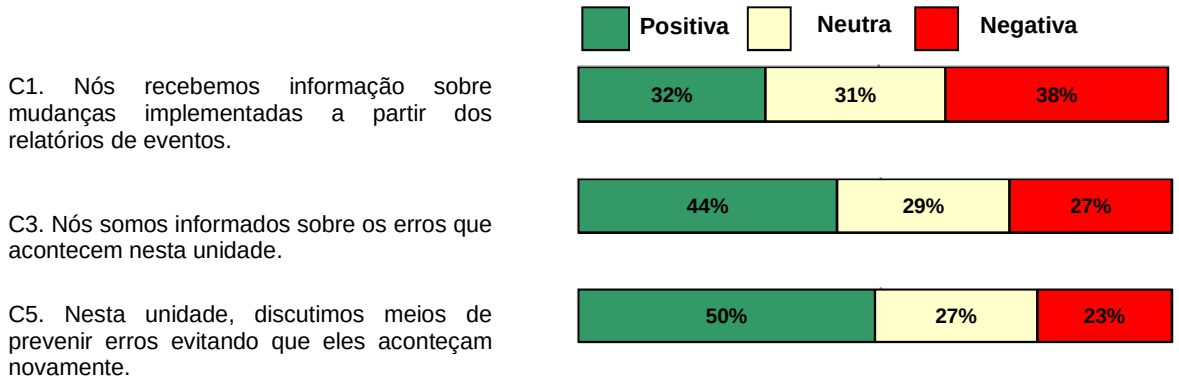

Figura 19. Distribuição percentual de respostas aos itens da dimensão "retorno da informação e comunicação sobre erro", Hospital 2

A Figura 20 apresenta os itens da dimensão “respostas não punitivas aos erros”**.** O percentual de respostas positivas aos itens A8R (“os profissionais, independente do vínculo empregatício, consideram que seus erros enganos ou falhas podem ser usados contra eles” (22%), A12R (“quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema”) (26%) e A16R (“os profissionais, independente do vínculo empregatício, se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais”) (21%) revelam áreas frágeis que necessitam melhorias com relação a esta dimensão da cultura de segurança no Hospital 2.

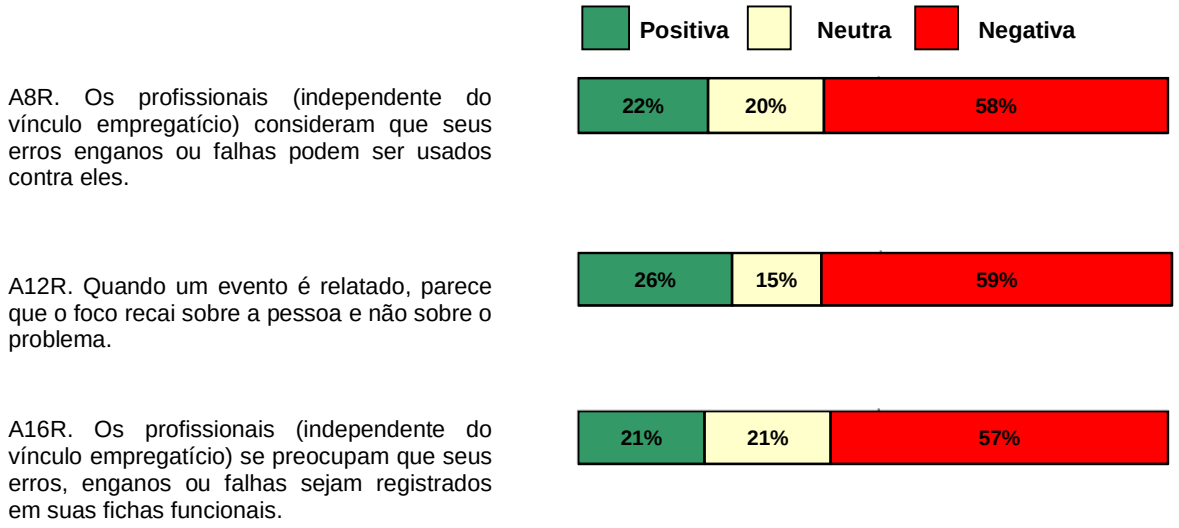

Figura 20. Distribuição percentual de respostas aos itens da dimensão “respostas não punitivas aos erros”**,** Hospital 2

A Figura 21 apresenta os itens da dimensão “adequação de profissionais”**.** O percentual de respostas positivas aos itens A2 (“temos profissionais, independente do vínculo empregatício, suficientes para da conta da carga de trabalho”) (13%), A5R (“nesta unidade, os profissionais, independente do vínculo empregatício, trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente”) (41%) e A14R (“nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido”) (31%) revelam áreas frágeis que necessitam melhorias e o percentual de respostas positivas ao item A7R (“utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria

desejável para o cuidado do paciente") (77%) revela área forte com relação a esta dimensão da cultura de segurança no Hospital 2.

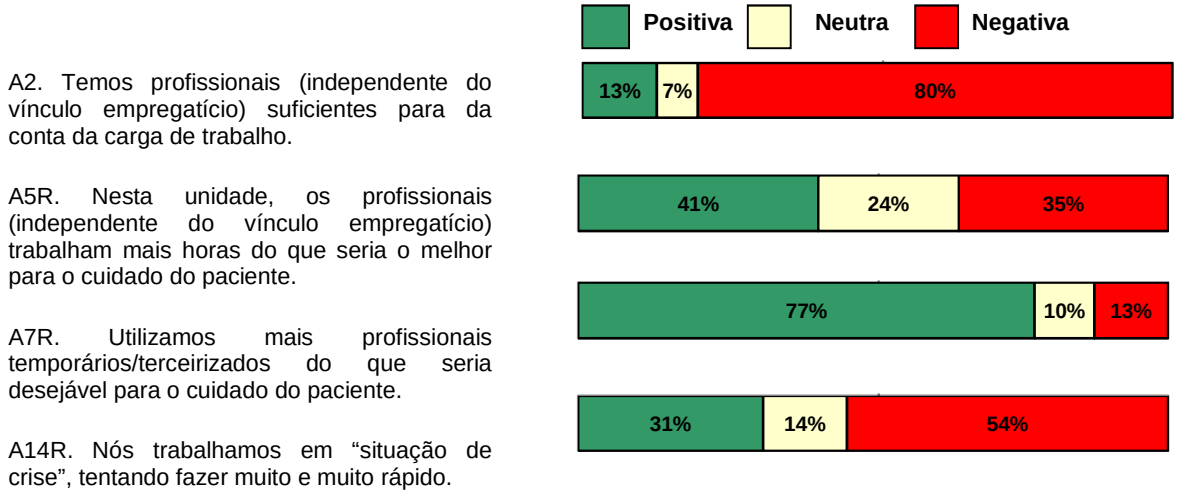

Figura 21. Distribuição percentual de respostas aos itens da dimensão "adequação de profissionais", Hospital 2

A Figura 22 apresenta os itens da dimensão "apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente". O percentual de respostas positivas aos itens F1 ("a direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente") (46%), F8 ("as ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade") (45%) e F9 ("a direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso") (41%) revelam áreas frágeis que necessitam melhorias com relação a esta dimensão da cultura de segurança no Hospital 2.

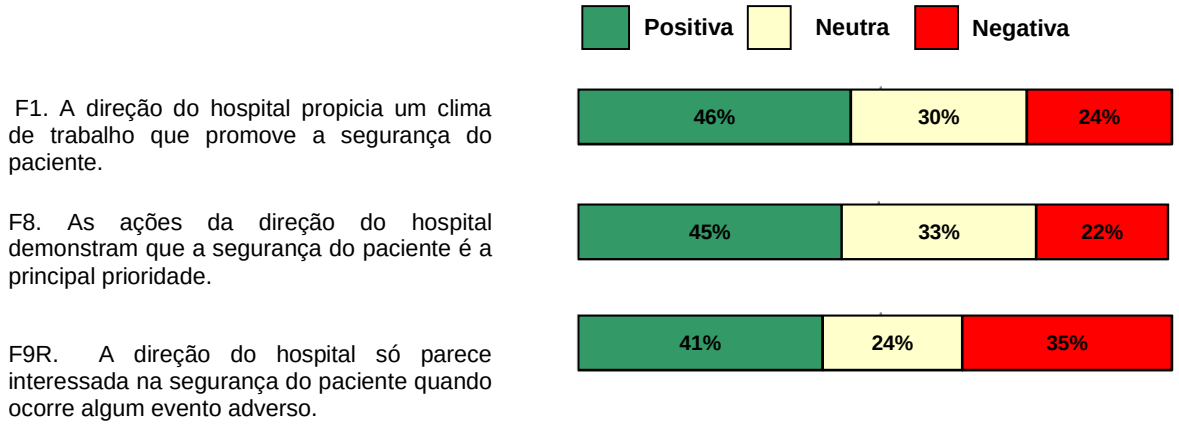

Figura 28. Distribuição percentual de respostas aos itens da dimensão "apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente", Hospital 22

A Figura 23 apresenta os itens da dimensão “trabalho em equipe entre as unidades”**.** O percentual de respostas positivas aos itens F4 (“há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto”) (28%), F10 (“as unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes”) (39%) e F2R (“as unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si”) (29%) revelam áreas frágeis que necessitam melhorias com relação a esta dimensão da cultura de segurança no Hospital 2.

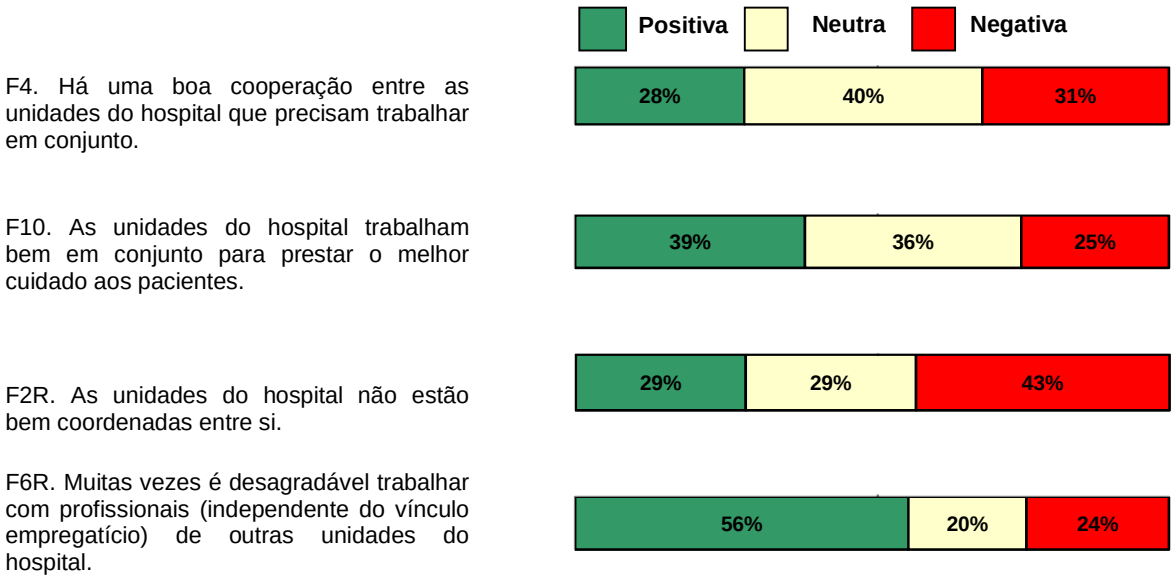

Figura 23. Distribuição percentual de respostas aos itens da dimensão “trabalho em equipe entre as unidades”**,** Hospital 2

A Figura 24 apresenta os itens da dimensão “passagem de plantão/turno e transferências”**.** O percentual de respostas positivas aos itens F3R (“o processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra”) (28%) e F7R (“com frequência ocorrem problemas na troca de informações sobre as unidades do hospital”) (35%) revelam áreas frágeis que necessitam melhorias com relação a esta dimensão da cultura de segurança no Hospital 2.

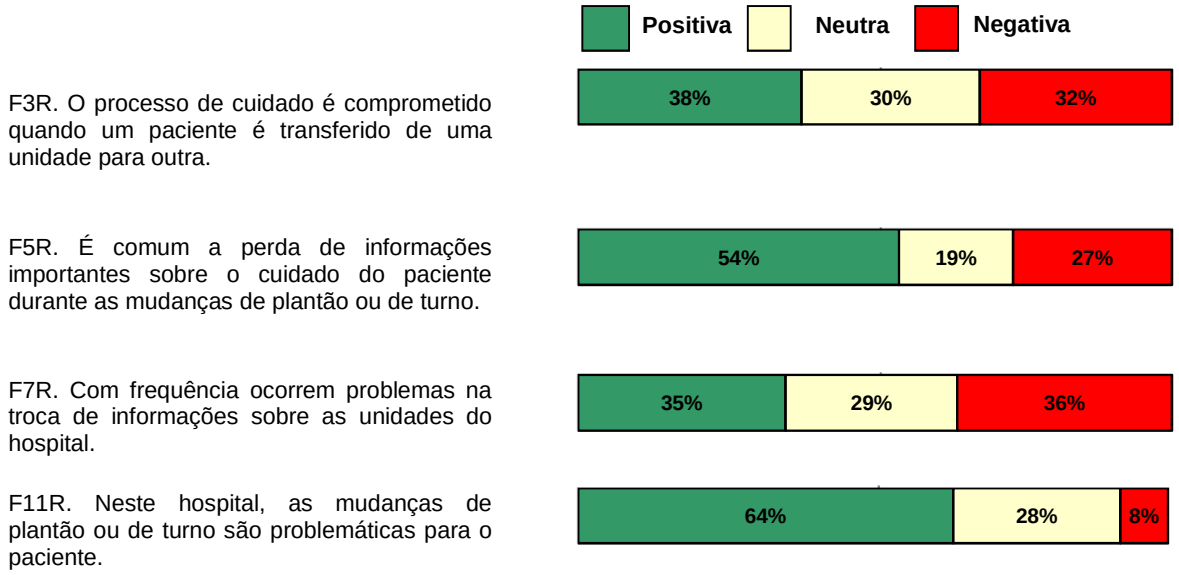

Figura 24. Distribuição percentual de respostas aos itens da dimensão "passagem de plantão/turno e transferências", Hospital 2

Percepção geral da segurança do paciente

Os participantes da pesquisa avaliaram a cultura de segurança do paciente em seus hospitais concedendo uma nota (Seção E – "Nota da segurança do paciente – Por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital"). A Figura 25 apresenta a nota de segurança do paciente concedida pelos participantes do Hospital 1 e do Hospital 2 para sua área/unidade no hospital.

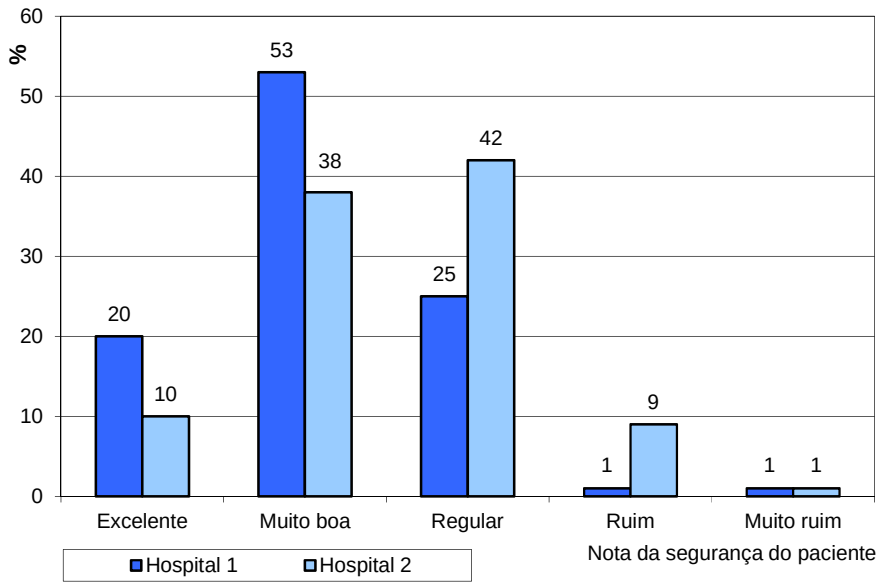

Figura 24. Distribuição percentual de respostas aos itens da dimensão "passagem de plantão/turno e transferências", Hospital 1 e Hospital 2

Relato de eventos

Os participantes da pesquisa foram questionados sobre o número de relato de eventos que realizaram nos últimos 12 meses (Seção G – "número de eventos relatados nos últimos 12 meses"). A Figura 25 apresenta o número de relato de eventos nos últimos 12 meses, pelos profissionais do Hospital 1 e Hospital 2.

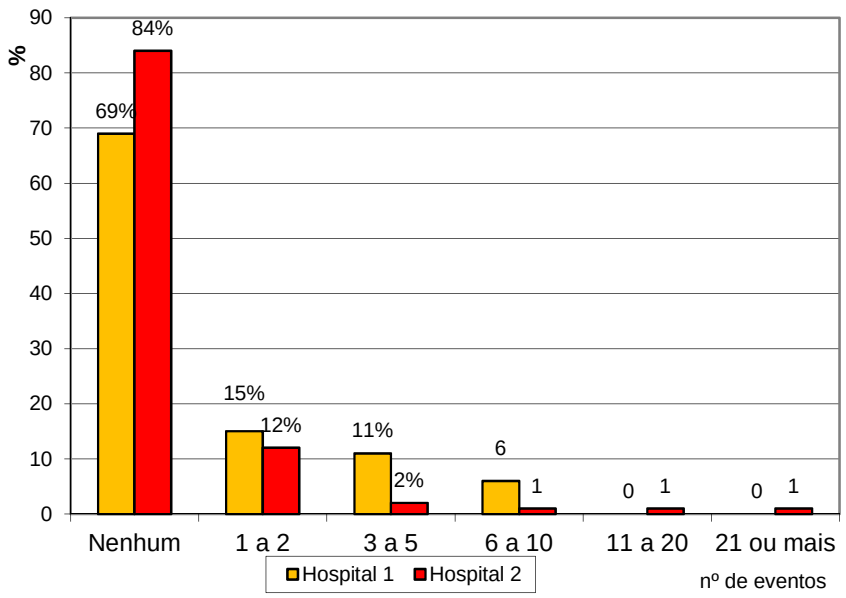

Figura 25. Número de eventos relatados nos últimos 12 meses, Hospital 1 e Hospital 2