

## **Clima de Segurança do Doente: Perceção dos Profissionais de Saúde**

Anabela Antunes de Almeida ([aalmeida@ubi.pt](mailto:aalmeida@ubi.pt)). Universidade da Beira Interior. Portugal

Dora Maria Ricardo Fonseca Saraiva ([dorasaraiva1@hotmail.com](mailto:dorasaraiva1@hotmail.com)). Centro Hospitalar Cova da Beira. Portugal.

**PALAVRAS-CHAVE:** Segurança do doente; clima de segurança; cultura de segurança; *safety attitudes questionnaire*.

### **RESUMO**

O clima de segurança do doente tem um impacto fundamental sobre a segurança dos cuidados de saúde. O presente estudo teve como objetivo conhecer a perceção dos profissionais de saúde do Centro Hospitalar Cova da Beira em relação ao clima de segurança do doente. O estudo descritivo de abordagem quantitativa decorreu entre janeiro e março de 2015. Os dados foram colhidos através do questionário SAQ - Short Form 2006, tendo-se obtido uma amostra de 623 profissionais. Os resultados obtidos atestam a favor de um clima de segurança positivo.

### **SOMMARIO**

Il clima sicurezza del paziente ha un forte impatto sulla sicurezza delle cure sanitarie. Questo studio ha lo scopo di conoscere la percezione degli operatori sanitari del Centro Ospedaliero da Beira Cova in relazione al clima la sicurezza del paziente. Lo studio descrittivo di approccio quantitativo ha avuto luogo tra gennaio e marzo 2015. I dati sono stati raccolti attraverso la SAQ - Short Form 2006, avendo ottenuto un campione di 623 professionisti. I risultati testimoniano a favore di un clima di sicurezza positivo.

### **INTRODUÇÃO**

A segurança do doente tem sido considerada a componente chave da qualidade dos cuidados de saúde, tendo assumido nos últimos anos uma relevância crescente. A implementação de políticas de gestão que visem a sua melhoria constituiu uma prioridade internacional<sup>1</sup> de forma a promover ganhos em saúde e aumentar a satisfação dos cidadãos utilizadores e dos profissionais da saúde<sup>2</sup>.

A avaliação do clima de segurança é essencial para identificar áreas de melhoria e introduzir mudanças de comportamento dos profissionais com vista a uma melhoria progressiva que vise a otimização da segurança do doente<sup>3</sup>. Neste contexto, reconheceu-se a necessidade de pesquisas nesta área, que permitam aferir as atitudes dos profissionais na área da segurança e ajudem a planear a melhoria da qualidade interna das instituições de saúde, avaliar o impacto e a eficácia das medidas implementadas e efetuar *benchmarking* interno e externo.

## REFERENCIAL TEÓRICO

O clima de segurança é considerado um fenómeno de grupo que foi desenvolvido no âmbito da psicologia organizacional<sup>4</sup>. É um dos temas mais estudados na abordagem organizacional e multicausal dos acidentes no local de trabalho<sup>5</sup>.

Este conceito surge na sequência do trabalho desenvolvido por Zohar em 1980, que considera o clima de segurança como um tipo particular de clima organizacional que reflete as perceções compartilhadas dos trabalhadores sobre as questões de segurança no seu ambiente ocupacional<sup>6</sup>. Desde então até à presente data, muitos autores elaboraram outras definições, considerando-se para o âmbito deste estudo a definição elaborada por Sexton *et al.*<sup>7</sup> na qual o clima é o componente mensurável da cultura de segurança que pode ser avaliado por meio da perceção dos profissionais.

Neste contexto, o clima de segurança está relacionado com o *output* da cultura de segurança, isto é, como as pessoas percebem a importância dada à segurança na organização, a política, a prática e os procedimentos partilhados, os quais influenciam a forma como as pessoas se comportam, como pensam e como agem face à segurança<sup>8</sup>.

## METODOLOGIA

### Tipo de estudo e objetivo

O estudo descritivo, quantitativo e de carácter transversal, teve como objetivo geral conhecer as perceções dos profissionais de saúde do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB) em relação ao clima de segurança do doente.

### Critérios de seleção e amostra

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

- Exercer funções no CHCB;
  - Ter contacto direto com doentes;
  - Concordância da participação no estudo;
- Através do método de amostragem não probabilístico e por conveniência, a amostra foi constituída por 623 profissionais.

### Instrumento de colheita de dados

O *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) é um questionário desenvolvido em 2006 por Bryan Sexton, Eric Thomas e Bob Helmreich da Universidade do Texas<sup>7</sup>. Este instrumento avalia as perceções de segurança dos profissionais em vários contextos de saúde e foi traduzido, adaptado culturalmente e validado para a população portuguesa em 2015 por Dora Saraiva (SAQ - Short Form 2006 PT)<sup>9</sup>.

O SAQ possui 36 itens e 6 dimensões que abrangem fatores organizacionais, fatores do ambiente de trabalho e fatores de equipa:

- Clima de trabalho em equipa: perceção da qualidade da colaboração entre os profissionais da equipa (Itens 1-6);
- Clima de segurança: perceção de um forte e proativo compromisso organizacional com a segurança (Itens 7 – 13);
- Satisfação no trabalho: sentimento agradável ou estado emocionalmente positivo resultante da perceção da experiência de trabalho (Itens 15-19);
- Reconhecimento do *stress*: reconhecimento de como o desempenho é influenciado por

fatores *stressores* (Itens 20-23);

- Percepção da gestão: aprovação das ações da administração quanto às questões de segurança (Itens 24-29), sendo que cada um destes itens é medido em dois níveis (percepção da gestão do serviço e percepção da gestão hospitalar);
- Condições de trabalho: percepção da qualidade do suporte ambiental e logístico no local de trabalho (por exemplo: equipamentos e profissionais) (Itens 30-32).

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

### **Procedimentos formais, éticos e estatísticos**

Previamente ao início do estudo procedeu-se aos pedidos de autorizações formais ao Conselho de Administração do CHCB, respetivos diretores de serviço das unidades clínicas e cirúrgicas e Comissão de Ética para aplicação do referido instrumento.

Foram respeitados os princípios éticos preconizados, sendo que todos os indivíduos que aceitaram participar no estudo o fizeram de forma intencional, anónima, voluntária e informada. Foi assumido o compromisso de garantia da confidencialidade dos dados e da não existência de quaisquer custos ou prejuízos para os participantes.

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

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Caraterização da amostra .**

A amostra de 623 profissionais de saúde é maioritariamente do género feminino, com um total de 442 (70,9%) profissionais *versus* 181 (29,1%) profissionais do género masculino. Tendo em conta a distribuição por serviço, verificou-se uma repartição pela generalidade das áreas de intervenção, com maior incidência nos Serviços de Urgência Geral (6,6%), Medicina II (6,3%) e Especialidades Médicas (5,3%). Relativamente à função desempenhada, constatou-se que a amostra é formada por todos os grupos profissionais com contacto direto com o doente, sendo maioritariamente constituída por enfermeiros (47,0%), seguidos pelos assistentes operacionais (22,3%), assistentes técnicos administrativos (10,1%), técnicos de diagnóstico e terapêutica (9,8%) e os médicos (5,3%). Resultados semelhantes verificaram-se em estudos noutros países<sup>4,10-13</sup>. Estes resultados podem traduzir um aumento do interesse na criação de um ambiente de trabalho positivo e seguro por parte dos enfermeiros<sup>4</sup>.

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

### **Análise descritiva do SAQ - Short Form 2006 PT**

A análise descritiva do SAQ - *Short Form* 2006 PT foi realizada com base no cálculo das respostas dos profissionais aos itens do questionário e pela média das respostas aos

itens após a inversão dos itens reversos. Constatou-se que a maioria das respostas tendeu para o lado favorável do questionário, o que reflete uma atitude positiva para a segurança do doente.

Os itens que se destacaram pela positiva foram: item 5 (“É fácil para os profissionais que atuam neste serviço colocarem questões quando não compreendem algo”), item 15 (“Gosto do meu trabalho”), item 18 (“Tenho orgulho em trabalhar neste serviço”) e item 20 (“Quando a minha carga de trabalho se torna excessiva, o meu desempenho é prejudicado”). O contrário foi observado nos itens reversos (itens 2, 11 e 36) e nos itens da dimensão Percepção da Gestão (itens 24 a 29), os quais apresentaram uma percentagem significativa de respostas concentradas em “discordo totalmente” ou “discordo parcialmente”.

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

No âmbito do *Clima de segurança*, a grande maioria (88,5%) tem conhecimento dos meios adequados para direccionar as questões relacionadas com a segurança do doente (item 9) e 74,3% referem que os erros dos profissionais são tratados de forma adequada (item 8). No entanto, apesar de 64,7% dos profissionais considerar que a cultura no serviço propicia a aprendizagem com os erros dos outros (item 13), 46,4% referem que é difícil discutir os erros (item 11). Esta dissonância sugere que existem elementos importantes subjacentes a um clima seguro que estão a falhar, nomeadamente o relato e a notificação de eventos adversos. Estes dados evidenciam que ainda existem falhas significativas no clima de segurança do doente, impedindo que o assunto seja discutido de modo positivo e não depreciativo, por meio de uma ação conjunta de todos os profissionais, visando a melhoria do cuidado em saúde e a redução de riscos para o doente.

Em relação à *Satisfação no trabalho* vale ressaltar que foi demonstrada pela maioria dos participantes do estudo, pois 93,3% gostam do seu trabalho (item 15); 83,7 % têm orgulho no serviço onde desempenham funções (item 18) e 81,3% concordam que o serviço onde trabalham é um bom local para trabalhar (item 17). Isso reflete a confiança que os profissionais sentem do seu próprio local de trabalho, considerado o espelho das suas atitudes<sup>14</sup>. Ainda no que refere a esta dimensão, 61,9% dos profissionais consideram que a moral no serviço é alta (item 19), o que reflete uma atitude emocional favorável do indivíduo para com as expectativas e a lealdade para como o grupo.

Quanto ao *Reconhecimento do stress*, 81,8% revelam que quando a carga de trabalho se torna excessiva, o desempenho é prejudicado (item 20) e 78,6% consideram ter maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis (item 22). No entanto, 18,6% discordaram da afirmação “A fadiga influencia o meu desempenho em situações de emergência” (item 23). O mesmo se verificou noutros estudos onde a cansaço dos profissionais não é determinante em situações de emergência<sup>15</sup>.

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

mesma questão em relação à administração do hospital (item 24b) obteve 36,0% de respostas não concordantes e 31,6% de indiferentes.

Ainda na dimensão Percepção da gestão, a maioria (53,5%) expressou que o número de profissionais no serviço não é suficiente para tratar o número de doentes (item 29). Estes resultados estão em conformidade com outros estudos realizados noutros países<sup>15-17</sup> e estão diretamente relacionados com o item 20 da dimensão anterior.

Diversos fatores da situação de trabalho tal como a carga de trabalho devido a insuficiente *staff*, podem contribuir para a fadiga dos profissionais o que se irá repercutir na fiabilidade esperada e conseqüentemente na segurança do doente<sup>18</sup>. Na verdade, existe uma evidência crescente de que os eventos adversos estão correlacionados com níveis inadequados de profissionais considerando-se um fator a otimizar.

Finalmente, uma percentagem significativa dos profissionais (44,4%) concorda que são comuns falhas de comunicação que levam a atrasos na prestação de cuidados (item 36). A comunicação é essencial para a eficiência do trabalho, para um desempenho de alta qualidade e para um trabalho seguro. Porém quando existem falhas, a segurança do doente é afetada, podendo pôr em causa o diagnóstico e a segurança do doente, conduzir à não continuidade de cuidados, a tratamentos ou procedimentos errados, inadequados ou pouco eficazes, com potenciais efeitos negativos para o doente<sup>19</sup>.

Desta forma, é imperativo que se envidem esforços nesta área, criando nos membros da organização, sentimentos de lealdade estabelecendo processos de comunicação bidirecional que estimulem e otimizem um clima de confiança, conduzindo-os à qualidade.

No sentido de determinar a percepção dos profissionais quanto ao clima de segurança, foram determinados os *scores* para o SAQ e respetivas dimensões. Cada item da escala de *Likert* de 5 pontos foi convertido transformando os *scores* em variáveis contínuas. O cálculo para cada dimensão foi realizado com base na fórmula  $(m - 1) \times 25$ , onde *m* é a média dos itens da dimensão em questão, variando no intervalo [0,100]. Valores maiores que 75 significam uma forte concordância dos profissionais quanto às questões de segurança do doente, traduzindo um clima de segurança positivo<sup>7</sup>.

A média e a mediana do SAQ total foram 67,03 e 68,13, respetivamente, o que indica uma percepção positiva do clima de segurança. Embora aquém dos desejáveis 75,00 (indicativos do forte clima de segurança), o estudo reflete atitudes positivas face à segurança do doente acima do padrão internacional (60,00) e de outros estudos que utilizaram o SAQ<sup>11,17,20,21</sup>.

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

Saliente-se que todas as dimensões obtiveram valores significativamente superiores à referência internacional, no entanto, a dimensão Percepção da gestão foi a que apresentou atitudes menos positivas tal como na maioria dos estudos com o SAQ<sup>7,10,17,20,21</sup>.

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

As equipas são cada vez mais uma característica da vida organizacional, pois quase todo o trabalho na área da saúde é realizado por grupos interdisciplinares. O clima de trabalho em equipa tem sido reconhecido como um fator importante para a segurança do doente, e a sua percepção está relacionada com a qualidade dos cuidados prestados. Quando o

trabalho em equipa é pouco frequente, os doentes estão mais propensos à experiência de morte ou complicações *major* <sup>22</sup>.

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

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

O clima de segurança está diretamente relacionado com o compromisso dos líderes das unidades de saúde com a segurança do doente, e com a forma como as questões de segurança são geridas<sup>7</sup>. Mudanças positivas no clima de segurança correlacionam-se com comportamentos seguros e de cidadania organizacional e com melhoria na morbidade e mortalidade dos doentes<sup>22</sup>. Por conseguinte, sugere-se a otimização progressiva de atitudes nesta área, as quais, devem incluir, inevitavelmente, a intervenção pró-ativa da gestão na melhoria na segurança do doente.

A *Satisfação no trabalho* foi a dimensão que registou a média mais alta neste estudo (77,08), revelando a perceção de um clima positivo quanto à moral dos profissionais, orgulho na organização e satisfação geral no trabalho<sup>20</sup>. Estes fatores são determinantes para uma prestação de cuidados seguros e de qualidade, pois os profissionais tendem a prestar cuidados e estabelecer rotinas seguras quando estão satisfeitos com o trabalho que realizam, ou seja, o profissional sente-se bem e transmite confiança e credibilidade ao doente<sup>14</sup>.

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

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

Um ambiente onde os profissionais estão vulneráveis a fatores *stressores*, como: falhas na comunicação, falta de apoio dos gestores, incerteza nos objetivos de trabalho, baixa interação entre profissionais, falta de clareza sobre as responsabilidades e o cansaço físico, propicia erros e diminui a qualidade da assistência no processo de cuidado seguro ao doente<sup>14,23</sup>. Exemplo disso, é o estudo de Taylor *et al.* onde o reconhecimento crescente do *stress* foi associado com um aumento de 1,5 para 3 vezes na probabilidade de acidentes, como quedas dos doentes, erros de medicação e úlceras de decúbito<sup>23</sup>.

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

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

A percepção da gestão pelo profissional é um fator importante para a garantia da segurança do doente, uma vez que este domínio reflete a concordância do profissional quanto às ações da administração do hospital e do serviço relacionadas com a segurança do doente, evidenciando-se, neste caso, por atitudes menos positivas. Estes resultados podem indicar distanciamento entre os profissionais que prestam cuidados diretos ao doente e os superiores hierárquicos e a administração no que se refere ao diálogo sobre as questões de segurança<sup>15</sup>.

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

Criar uma atmosfera no ambiente de trabalho propícia ao diálogo aberto<sup>15</sup>, elevado nível de comprometimento da gestão com a segurança, forte espírito de coesão entre os diversos departamentos, envolvimento de todos os intervenientes, bem como, o reconhecimento do trabalho desenvolvido pelos profissionais da instituição, são fatores imprescindíveis para a concepção de um clima de segurança mais favorável, onde a gestão tem como principal objetivo a garantia de uma assistência segura, tanto para o profissional que a realiza, como para o doente que a recebe.

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

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

## **CONCLUSÃO**

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

Há espaço, evidentemente, para melhorias no desenvolvimento de um clima mais seguro, valorizando-se os problemas identificados através dos itens insatisfatórios formulando-se recomendações sobre o modo de otimizar as políticas de segurança. As dimensões Percepção da gestão e Condições de trabalho são áreas de potencial melhoria para o otimização do clima de segurança na organização.

O estudo pode servir de referência na formulação de políticas de segurança dos doentes a nível do hospital onde decorreu este estudo, para além de servir de estrutura de referência para futuro *benchmarking*. Considera-se que o seu seguimento ao longo do tempo com sucessivos estudos é fundamental, sendo a promoção do clima de segurança um processo contínuo de medição que inclui valorização dos problemas identificados,

formulação de intervenções de melhoria e avaliação do impacto das medidas empreendidas.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Pronovost, PJ *et al.* Framework for Patient Safety Research and Improvement. *Circulation*, 2009; 119: 330-337.
2. Ministério da Saúde (2010). A organização interna e a governação dos hospitais. Lisboa: Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais; 2010.
3. Sousa, AM. Avaliação da cultura de segurança do doente num centro hospitalar da região Centro [dissertação de Mestrado]. Portugal: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra; 2013.
4. Bondevik, GT *et al.* The safety attitudes questionnaire – ambulatory version: psychometric properties of the Norwegian translated version for the primary care setting. *BMC Health Services Research*. 2014; 4 (139): 1-10.
5. Silva, S, Lima, ML & Baptista, C. OSCI: An Organizational and Safety Climate Inventory. *Safety Science*. 2004; 42: 205-220.
6. Zohar, D. Safety climate in industrial organizations: theoretical and applied implications. *Journal of Applied Psychology*. 1980; 65 (1): 96-102.
7. Sexton, JB *et al.* The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*. 2006; 6 (44): 1-10.
8. Alves, MM. O clima de segurança na política e estratégia de saúde e segurança no trabalho [dissertação de Mestrado]. Portugal: Instituto Politécnico de Setúbal; 2011.
9. Saraiva, D. Validation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 to Portugal. *International Journal of Nursing*. No prelo. 2015.
10. Deilkås, ET & Hofoss, D. Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version (Short Form 2006). *BMC Health Services Research*. 2008; 8 (191): 1-10.
11. Lee, W *et al.* Hospital Safety Culture in Taiwan: A nationwide survey using chinese version Safety Attitude Questionnaire. *BMC Health Services Research*. 2010; 10 (234): 1-8.
12. Devriendt, E *et al.* Content validity and internal consistency of the Dutch translation of the Safety Attitudes Questionnaire: an observational study. *International Journal of Nursing Studies*. 2012; 49 (3): 327–337.
13. Zimmermann, N *et al.* Assessing the safety attitudes questionnaire (SAQ), German language version in Swiss university hospitals - a validation study. *BMC Health Services Research*. 2013; 13 (347): 1-11.
14. Hoch, AP *et al.* Cultura da segurança da equipe de enfermagem em um centro obstétrico [Graduação em Enfermagem]. Brasil: Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.
15. Rigobello, MC *et al.* Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2012; 25 (5); 728-735.



16. Bognár, A *et al.* Errors and the burden of errors: attitudes, perceptions, and the culture of safety in pediatric cardiac surgical teams. *The Annals of Thoracic Surgery*. 2008; 85: 1374–1381.
17. Carvalho, R. Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil-questionário de atitudes de segurança [Tese de Doutorado]. Brasil: Universidade de São Paulo; 2011.
18. Sousa, P *et al.* Investigação e inovação em segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2010; 10: 89-95.
19. Santos, G *et al.* Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2010; 10: 17-26.
20. Relihan, E *et al.* Measuring and benchmarking safety culture: Application of the Safety Attitudes Questionnaire to an acute medical admissions unit". *Irish Journal of Medical Science*. 2009; 178 (4): 433-439.
21. Raftopoulos, V *et al.* Safety culture in the maternity units: a census survey using the Safety Attitudes Questionnaire. *BMC Health Services Research*. 2011; 11 (238): 1-10.
22. Haynes, AB *et al.* Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. *BMJ Quality and Safety*. 2011; 20: 102-107.
23. Taylor, JA *et al.* Do nurse and patient injuries share common antecedents? An analysis of associations with safety climate and working conditions. *BMJ Quality & Safety*. 2012; 21 (2): 101-111.