



ORIGINALES

Análisis factorial confirmatorio del cuestionario de actitudes de seguridad/centro quirúrgico

Análise fatorial confirmatória do questionário de atitudes de segurança/centro cirúrgico
Confirmatory factor analysis of the safety attitudes questionnaire/operating room

Daniela Campos de Andrade Lourenção¹
Daisy Maria Rizatto Tronchin²

¹ Enfermera. Doctora en Ciencias. Postdoctoranda del Departamento de Orientación Profesional de la Universidad de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. danielalourencao@usp.br

² Enfermera. Doctora en Enfermería. Profesora Asociada del Departamento de Orientación Profesional de la Universidad de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

.. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.334781>

Recibido: 18/06/2018

Aceptado: 11/08/2018

RESUMEN:

Objetivo: Analizar la estructura factorial de la versión traducida y adaptada culturalmente del *Safety Attitudes Questionnaire / Operating Room Version* para el contexto brasileño.

Método: Fue desarrollado un estudio metodológico acerca del cuestionario. El cuestionario fue aplicado a 412 profesionales de salud trabajadores en centros quirúrgicos. La evaluación del cuestionario fue realizada con base en Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) y en el alfa de Cronbach.

Resultados: El valor total del alfa de Cronbach fue 0,912; en los dominios los valores variaron de 0,56 a 0,85. El peor dominio fue Comunicación en el Ambiente Quirúrgico. Los hallazgos de la AFC mostraron que el valor de SRMR fue de 0,052; el RMSEA de 0,031 y el de CFI de 0,95. Estos valores demuestran la confiabilidad y un ajuste de modelo aceptable de la versión brasileña del SAQ / OR.

Conclusión: la estructura factorial mostró que la versión brasileña del cuestionario es válida y confiable para medir el clima de seguridad del paciente en la percepción de los profesionales de salud que trabajan en el ambiente quirúrgico.

Palabras Claves: Seguridad del paciente; Centros Quirúrgicos; Enfermería Perioperatoria; Cuestionarios; Estudios de Validación.

RESUMO:

Objetivo: Analisar a estrutura fatorial da versão traduzida e adaptada culturalmente do *Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room Version* para o contexto brasileiro.

Método: Trata-se de um estudo metodológico sobre o questionário. O questionário foi aplicado a 412 profissionais de saúde atuantes em centros cirúrgicos. A avaliação do questionário foi realizada com base na Análise Fatorial Confirmatória (AFC) e no alpha de Cronbach.

Resultados: O valor total do alpha de Cronbach foi 0,912; nos domínios os valores variaram de 0,56 a 0,85. O pior domínio foi Comunicação no Ambiente Cirúrgico. Os achados da AFC demonstraram que o valor de SRMR foi de 0,052; o RMSEA de 0,031 e o de CFI de 0,95. Esses valores demonstram a confiabilidade e um ajuste de modelo aceitável da versão brasileira do SAQ/OR.

Conclusão: A estrutura fatorial demonstrou que a versão brasileira do questionário é válida e confiável para mensurar o clima de segurança do paciente na percepção dos profissionais de saúde que atuam no ambiente cirúrgico.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Centros Cirúrgicos; Enfermagem Perioperatória; Estudos de Validação.

ABSTRACT:

Objective: To analyze the factor structure of the version of the Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room Version that has been translated and culturally adapted to the Brazilian context.

Method: This was a methodological study about a questionnaire. The questionnaire was administered to 412 health professionals who worked in operating rooms. The factor structure was tested with confirmatory factor analysis (CFA) and Cronbach's alpha. Results: The total score for Cronbach's alpha was 0.912; and the scores for the domains ranged from 0.56 and 0.85. The domain with the worst performance was communication in the surgical setting.

The **results** of CFA showed that the score for SRMR was 0.052, RMSEA, 0.031, and CFI, 0.95. These scores indicate the reliability and acceptability of the Brazilian adaptation of the questionnaire.

Conclusion: The factor structure demonstrated the validity and reliability of the Brazilian version of the questionnaire for measuring the patient safety climate as perceived by healthcare professionals who worked in surgical settings

Key words: Patient Safety; Surgicenters; Perioperative Nursing; Validation Studies.

INTRODUCCIÓN

Los errores y eventos adversos en la asistencia sanitaria han sido debatidos intensamente en el mundo debido al impacto en la vida de las personas, en la condición de paciente, de profesional o gestor, así como en los sistemas de salud.

La estimativa de los impactos asistenciales y económicos de los eventos adversos en Brasil fue publicada en el anuario de la seguridad asistencial hospitalaria en Brasil y los resultados de la investigación mostraron que en el año 2016, en la red hospitalaria de salud suplementaria y en el Sistema Único de Salud (SUS), el número de brasileños víctimas de una condición adquirida (evento adverso) correspondió a 1.377.243. Los autores infieren que las condiciones adquiridas en el hospital determinaron 120.514 a 302.610 muertes y consideraron que el patrón de 302.610 muertes fue representativo de la realidad brasileña. Ratificaron que asociado con una mayor mortalidad hospitalaria, los eventos adversos generan costes sociales significativos, ya que el coste por errores de atención hospitalaria en el seguro de salud alcanzó R \$ 15.57 mil millones ⁽¹⁾.

Entre los desafíos del sector de salud destaca el ambiente quirúrgico, donde las actividades desarrolladas son complejas, interdisciplinarias y fuertemente dependientes de la actuación individual, con alto riesgo para la ocurrencia de eventos adversos (EA) ^(2,3).

La cirugía es considerada uno de los servicios más complejos y más caros prestados por los sistemas de salud. El estudio norteamericano conducido en el año 2012 identificó que ocurrieron cerca de 312,9 millones de cirugías en el mundo ⁽⁴⁾, y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la mitad de los eventos adversos en pacientes hospitalizados se refería a la asistencia quirúrgica y en los casos donde el proceso quirúrgico llevó a pérdidas, al menos la mitad de ellos era evitable, evidenciando el impacto de los cuidados quirúrgicos inseguros en los sistemas de salud ⁽⁵⁾.

Otro estudio de revisión de literatura identificó que cerca del 48% de todos los eventos adversos estaban relacionados a procedimientos quirúrgicos y anestésicos, y apuntó que de 30 a 50% de esos eventos serían evitables ⁽⁶⁾.

El análisis de los EAs quirúrgicos tiene especial relevancia en función de su frecuencia; las estimaciones brasileñas del costo asociado a los pacientes que sufrieron EA quirúrgico indican el aumento de los costos de la asistencia hospitalaria, pues en cerca del 45% de los EAs hubo aumento, en promedio, de 14 días de internación ⁽⁷⁾.

Así, medir y analizar la cultura de seguridad en las organizaciones de salud, con base en la percepción del clima de seguridad de los profesionales de salud, permite identificar y gestionar aspectos destinados a la seguridad del paciente; esta evaluación puede proporcionar bases para el diagnóstico situacional, desarrollo de programas de educación continuada, implementación de protocolos asistenciales y monitoreo de los eventos adversos y de la calidad asistencial.

La literatura enfatiza que la cultura de seguridad viene siendo evaluada por medio de cuestionarios psicométricos, con versiones específicas para los diversos escenarios de las instituciones hospitalarias ⁽⁸⁾.

En este sentido, los instrumentos de investigación necesitan de traducción y adaptación entre las culturas y los países, con el fin de mantener el contenido, las características psicométricas y su validez al ser empleado en poblaciones distintas ⁽⁹⁾.

Entre las propiedades psicométricas se encuentran la validez y la confiabilidad del instrumento. La evaluación de la consistencia interna, denominada en la literatura como confiabilidad, afina la consistencia con que un determinado conjunto de ítems de medida estima un determinado constructo o dimensión latente ⁽¹⁰⁾. En este sentido, se entiende como la medición del grado de consistencia entre medidas de una variable ⁽¹¹⁾.

Así, en los cuestionarios disponibles para medir el clima de seguridad se encuentra el Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) ⁽¹²⁾. Este instrumento fue traducido y validado para diversos países como Alemania, Noruega, Turquía, China, Suecia, Dinamarca y Grecia ⁽¹³⁻¹⁹⁾. Sin embargo, ante las especificidades de los servicios de salud, el SAQ fue construido para los contextos de clínica médica, terapia intensiva, centro quirúrgico y ambulatorios ⁽¹²⁾.

El Safety Attitudes Questionnaire / Operating Room (SAQ / OR) es la versión modificada para el ambiente quirúrgico del Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), desarrollada por investigadores de la Universidad de Texas, en los Estados Unidos de América, manteniendo las mismas propiedades del mismo, SAQ versión genérica, en relación al constructo de seguridad del paciente adaptado para el ambiente quirúrgico y la escala de respuestas ⁽²⁰⁾. Cabe señalar que el SAQ / O fue traducido y adaptado en Suecia, Japón y Portugal, manteniendo al mismo tiempo las propiedades psicométricas ⁽²¹⁻²³⁾ y también que tanto el SAQ y el SAQ / O original y sus versiones adaptadas, culturalmente, presentaron buenas propiedades psicométricas.

La adaptación cultural y la validación del SAQ / OR para Brasil fue realizada en un estudio con una muestra de 590 sujetos, trabajadores en cuatro hospitales del

Municipio de São Paulo ⁽²⁴⁾. De esta forma, se produjo un instrumento denominado Cuestionario de Actitudes de Seguridad / Centro Quirúrgico (SAQ / CC), con 40 ítems y seis dominios. Los dominios encontrados fueron: clima de seguridad, percepción de la gerencia, percepción del estrés, condición de trabajo, comunicación en el ambiente quirúrgico y percepción del desempeño profesional ⁽²⁵⁾. El cuestionario se mostró confiable presentando el valor general de alpha de Cronbach de 0,87 y entre los dominios variaron de 0,59 a 0,82. La confiabilidad del SAQ / CC es similar a la de los otros estudios de adaptación cultural del SAQ / OR (21-23).

En la adaptación cultural y validación del SAQ / CC realizada en el estudio brasileño se empleó el Análisis Factorial Exploratorio (AFE), pues no había los dominios (factores o dimensiones latentes) del SAQ / OR. Se destaca que dos dominios enumerados en esta investigación no se establecen en los estudios del SAQ versión genérica, a saber: comunicación en el ambiente quirúrgico y percepción del desempeño profesional ⁽²⁵⁾.

Así, en el presente estudio se buscó proceder a Análisis Factorial Confirmatorio y densificar las propiedades psicométricas del SAQ / CC.

OBJETIVO

Analizar la estructura factorial de la versión traducida y adaptada culturalmente del Safety Attitudes Questionnaire / Operating Room Version para el contexto brasileño.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio metodológico destinado al análisis del cuestionario SAQ / CC, versión brasileña, empleando el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC).

En los estudios de psicometría se define que el recurso estadístico para la validación de instrumentos se refiere a las diferentes técnicas de análisis factoriales cuya principal función es reducir un gran número de variables observadas en un número reducido de factores que representan los constructos o dimensiones latente ^(11,26).

Las técnicas analíticas de análisis factoriales pueden ser entendidas desde la perspectiva exploratoria o confirmatoria. En la perspectiva exploratoria, el Análisis Factorial Exploratorio (AFE), no se conocen a priori los componentes a ser extraídos y ni las variables que componen los constructos o dimensiones latentes ⁽¹¹⁾.

De esta forma, cuando se desea probar en qué grado los datos satisfacen la estructura de los factores / constructos definidos por la AFE se emplea el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) ⁽¹¹⁾.

La AFC se define como un procedimiento confirmatorio, es principalmente un método utilizado para evaluar la validez de las medidas y no para la reducción de datos ⁽²⁷⁾. Y, además, es empleada para confirmar una estructura factorial establecida, y para probar si esa estructura factorial teórica es adecuada a los datos observados.

La población del estudio fue constituida por profesionales de salud trabajadores en centros quirúrgicos, siendo establecidos como criterios de inclusión:

- Enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería que trabajen por lo menos seis meses en la unidad, y que estén en actividad en el período de la recolección de datos.
- Cirujanos, residentes, anesthesiólogos e instrumentadores quirúrgicos que participaron al menos de tres procedimientos / mes.

El cálculo muestral correspondió a 400 participantes, considerando 10 sujetos para cada asertiva del SAQ / CC. El muestreo fue de conveniencia, contando con 412 participantes.

El estudio fue realizado en tres instituciones hospitalarias públicas y una privada de los estados de São Paulo, Río de Janeiro y Bahía. Con el fin de preservar el secreto, las instituciones participantes de la investigación fueron denominadas A, B, C y D.

La Institución A es un hospital público y de enseñanza ubicado en el Municipio de São Paulo. Se considera de tamaño extra. El centro quirúrgico tenía 40 salas de cirugía, donde se realizan en promedio 2000 procedimientos por mes.

La institución B es un hospital privado ubicado en el Municipio de São Paulo de naturaleza jurídica filantrópica de atención terciaria. El Centro Quirúrgico dispone de 25 salas y realiza en promedio 2750 mil procedimientos por mes.

La institución C integra el Sistema Único de Salud (SUS) como referencia en atención terciaria de alta complejidad, situada en la región metropolitana del Estado de Río de Janeiro. Se trata de un hospital público federal de tamaño mediano. El ambiente quirúrgico está compuesto por cinco salas de operación, donde se realizan cerca de 90 cirugías / mes aproximadamente.

La Institución D es un hospital general público y de enseñanza, referencia en media y alta complejidad del Estado de Bahía. La institución es considerada de gran tamaño. En cuanto al Centro Quirúrgico, dicha unidad cuenta con cinco salas de cirugía. El CC realiza en promedio 300 cirugías por mes.

El instrumento: Cuestionario de Actitudes de Seguridad / Centro Quirúrgico (SAQ / CC)

La versión SAQ / CC del cuestionario se divide en tres partes. La primera es referente a la calidad de la comunicación y colaboración entre los profesionales que actúan en el ambiente quirúrgico, donde el sujeto debe responder sobre su relación con cada una de las categorías profesionales. La segunda está compuesta por 40 asertivas que abarcan la seguridad del paciente y un ítem cuestionando si la investigación fue respondida anteriormente. La tercera contiene las informaciones demográficas (género, raza / etnia, categoría profesional, tiempo de trabajo, turno de trabajo, entre otros). El instrumento destina un espacio en el que se solicita a los participantes que señalen tres recomendaciones para la mejora de la seguridad del paciente en centro quirúrgico.

El cuestionario es respondido por medio de escala tipo Likert, con cinco grados, una pregunta por elección simple referente a haber respondido anteriormente el cuestionario y el espacio abierto para las recomendaciones..

Los autores del cuestionario original consideran que la puntuación debe calcularse de la siguiente manera: "totalmente en desacuerdo" equivale a 0 puntos,

"desacuerdo parcialmente" a 25 puntos, "neutro" a 50 puntos, "estoy de acuerdo parcialmente" a 75 puntos y "estoy de acuerdo totalmente" equivale a 100 puntos. La alternativa "no se aplica" no se considera en las puntuaciones. El cálculo de la puntuación obedece a los siguientes pasos: primero los ítems negativos son revertidos, luego se agrupan en los dominios, la puntuación de cada dominio se obtiene mediante el cálculo del promedio de la suma, se calcula la suma de los ítems de cada dominio y el resultado se divide por el número de ítems del dominio. La puntuación de la escala varía de 0 a 100, siendo que 0 representa la peor percepción del clima de seguridad y 100 la mejor percepción. Los valores mayores o igual a 75 se consideran una percepción positiva de la seguridad del paciente ⁽¹²⁾.

Los dominios del SAQ / CC y con sus respectivos ítems / asertivas fueron extraídos de la tesis de doctorado que adaptó y validó el instrumento para el contexto brasileño ⁽²⁵⁾.

Cuadro 1: Descripción de los items de cada dominio do SAQ/CC

Clima de Seguridad
30. Todo el personal del Centro Quirúrgico asume responsabilidad por la seguridad del paciente 35. Aquí existe adhesión amplia a las directrices clínicas y criterios basados en evidencias relacionados con la seguridad del paciente 38. Las informaciones obtenidas por medio de los testimonios de eventos adversos son usadas para prest asistencia del paciente más segura en este Centro Quirúrgico 34. Asuntos importantes son bien comunicados en los cambios de turno 32. La seguridad del paciente es, constantemente, reforzada como prioridad aquí en el Centro Quirúrgico 28. La moral en este Centro Quirúrgico es alta 29. El equipo médico de este Centro Quirúrgico hace un buen trabajo
Percepción de la Gerencia
6. La administración de este hospital apoya mis esfuerzos diarios 5. La administración de este hospital está haciendo un buen trabajo 7. Yo recibo retorno apropiado sobre mi desempeño 11. Este hospital es un buen lugar para trabajar 14. En este Centro Quirúrgico el número de profesionales es suficiente para atender el número de pacientes
Percepción del Estrés
31.(N) Me siento cansado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentar otro día de trabajo 33.(N) Me siento exhausto con mi trabajo 37.(N) Siento que estoy trabajando demasiado 36.(N) Me siento frustrado con mi trabajo *(N) Items reversos/negativos
Condición del Trabajo
17. La cultura de seguridad en este Centro Quirúrgico torna fácil aprender con los errores de los otros 23. Yo conozco los medios adecuados para encaminar preguntas relacionadas con la seguridad del paciente en este Centro Quirúrgico 22. Recibo informaciones adecuadas y oportunas sobre ocurrencias en el hospital, que pueden afectar el trabajo 18. El hospital lidia de manera constructiva con los profesionales problemáticos 26. Es fácil para los profesionales que trabajan en este Centro Quirúrgico hacer preguntas cuando existe Algo que no entienden 16. Soy alentado por mis colegas a informar de cualquier preocupación que yo tenga con la Seguridad del paciente
Comunicación en el ambiente quirúrgico
19. Los equipamientos de este Centro Quirúrgico son adecuados 15. La toma de decisión en el Centro Quirúrgico utiliza informaciones de los profesionales involucrados 9. La transmisión de informaciones entre los profesionales del Centro Quirúrgico antes de la realización de un procedimiento quirúrgico es importante para la seguridad del paciente 10. La transmisión de informaciones es común en el Centro Quirúrgico
Percepción del desempeño profesional
24.(N) Soy menos eficiente en el trabajo cuando estoy cansado 21.(N) Cuando mi carga de trabajo se torna excesiva, mi desempeño es perjudicado 12.(N) El cansancio perjudica mi desempeño durante situaciones de emergencia 25.(N) Tengo mayor probabilidad de cometer errores en situaciones tensas u hostiles *(N) Items reversos/negativos

La recolección de datos ocurrió en el período de septiembre de 2016 a marzo de 2017.

Se realizaron reuniones con los directores, gerentes y miembros de los equipos de profesionales de los centros quirúrgicos, siendo explicitados el objetivo y el método de la investigación. Los datos fueron recolectados por la investigadora y por personas capacitadas por la misma.

Los profesionales fueron abordados en los ambientes quirúrgicos y antes del llenado del cuestionario recibieron el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE) en dos vías y la carta invitación. En ese momento, se explicaron los objetivos de la investigación y cómo proceder para responder a la escala y el tiempo aproximados para esto, que son aproximadamente 15 minutos ⁽¹²⁾.

Mediante la relación de trabajadores del centro quirúrgico y de las escalas de cirugías la recolección de datos ocurrió de lunes a viernes. Considerando la dinámica de Centro Quirúrgico y la necesidad de representatividad de todas las categorías profesionales, los cuestionarios fueron entregados personalmente, en algunas unidades el cuestionario fue entregado a los gerentes de enfermería o coordinadores de los equipos médicos, y recogido posteriormente.

Para la organización de los datos recolectados se elaboró una hoja de cálculo a y el análisis de los datos ocurrió por medio de recursos de computación de programas estadísticos.

Los datos fueron analizados considerando la AFC para la validación de constructo del cuestionario y la confiabilidad fue medida por el alfa de Cronbach.

Los resultados se presentan a continuación en forma de cuadros, tablas y figuras, y las variables descritas, según las frecuencias absoluta y relativa, y también las medidas de tendencia central.

La adaptación cultural y validación del SAQ / OR fue autorizada por los autores norteamericanos, por medio de contacto electrónico.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación (CEP) de la EEUSP y de los CEPs de las instituciones coparticipantes bajo el Dictamen Consubstanciado nº: 1.596.349 de 16 de junio de 2016 y CAAE: 52951116.8.00.00.5.5392.

La participación de los sujetos se dio de forma voluntaria. Se garantizó el secreto de los sujetos en la presentación de los resultados. Los sujetos de la investigación fueron esclarecidos sobre los objetivos y el método del estudio, siendo entregados a los que acordaron participar, la carta invitación y el TCLE en dos vías, que fue elaborado conforme a la Resolución 466/12, del Consejo Nacional de Salud.

RESULTADOS

Análisis descriptivo de la aplicación del cuestionario

Para la validación de las propiedades psicométricas el cuestionario SAQ / CC se aplicó en una muestra de 412 sujetos, de los cuales corresponden a la institución A, 145 correspondieron a la institución B, 64 a la institución C y 53 a la institución D.

El análisis descriptivo se realizó sobre las variables respuestas y sociodemográficas empleando la distribución de frecuencia y las medidas resumidas: media, mediana, desviación estándar, máximo y mínimo. De esta forma, los datos de la Tabla 1 demuestran que en relación a la categoría profesional la mayoría fue constituida por 112 (27,5%) instrumentadores o circulantes de sala, seguidos por 89 (21,8%) cirujanos / cirujanos asistentes y 76 (18,6%) anestesiistas / anestesiistas asistentes. El equipo médico estuvo representado por 59,3% (cirujanos, anestesiólogos, residentes de cirugía y de anestesia) y el equipo de enfermería (enfermeros, técnicos de enfermería e instrumentadores y circulantes de sala) por el 39,7% de la muestra investigada .

Para la validación de las propiedades psicométricas el cuestionario SAQ / CC se aplicó en una muestra de 412 sujetos, de los cuales corresponden a la institución A, 145 correspondieron a la institución B, 64 a la institución C y 53 a la institución D.

En relación a los sujetos que participaron en la investigación los datos de la Tabla 1 demuestran que la mayoría pertenece al sexo masculino (52,9%) y blancos (66,8%). En cuanto al régimen y al turno de trabajo de los profesionales de salud predominó el período integral con 176 (44,4%) y el turno integral con 153 (45,0%).

Tabla 1: Distribución de los participantes del estudio en cuanto a la categoría profesional, sexo, etnia / raza, régimen de trabajo y al turno de trabajo. São Paulo, SP, Brasil, 2017.

VARIABLES*	N	%
Categoría profesional		
Cirujano/Cirujano asistente	89	21,8%
Residente de cirugía o interno	44	10,8%
Instrumentador o circulante de sala	112	27,5%
Perfusionista	8	2,0%
Anestesiólogo/Anestesiólogo asistente	76	18,6%
Residente de anestesia	33	8,1%
Auxiliar de anestesiólogo	4	1,0%
Enfermero de CC	28	6,9%
Enfermero de URPA	2	0,5%
Enfermero asistencial	5	1,2%
Enfermero-jefe de CC	3	0,7%
Equipo de apoyo	3	0,7%
Otro	1	0,2%
TOTAL	408	100%
Regimen de trabajo		
Período integral	176	44,4%
Período parcial	132	33,3%
Cooperado	8	2,0%
Contratado	37	9,3%
Otros	43	10,9%
TOTAL	396	100%
Etnia		
Negro	34	8,7%
Indígena	1	0,3%

Amarillo	16	4,1%
Afrodescendiente	0	0,0%
Pardo	79	20,2%
Blanco	262	66,8%
TOTAL	392	100%
Turno		
Integral	153	45,0%
Parcial	84	24,7%
Noturno	3	0,9%
Variable	100	29,4%
TOTAL	340	100%
Sexo		
Masculino	213	52,9%
Femenino	190	47,1%
TOTAL	403	100%

Fuente: Elaboración propia

La edad de los profesionales de salud varió de 24 a 81 años, donde la media fue de 37,61 ($\pm 10,61$) y la mediana fue de 35, en relación a la experiencia de trabajo en la especialidad varió de 1 a 54 años y el promedio fue de 11,14 ($\pm 9,98$) y el tiempo de trabajo en la institución varía entre 6 meses y 57 años con promedio de 9,03 ($\pm 9,19$).

En el proceso de recolección de datos de la investigación surgieron preguntas en relación a los cargos y categorías profesionales. La cuestión que emergió fue que el instrumentador y el circulante estaban en la misma alternativa, en la parte del cuestionario que describe la comunicación y colaboración entre los profesionales de la salud y en la parte de la información personal.

De esta forma, al analizar las categorías profesionales que componen el instrumento consideramos la necesidad de adecuar las categorías profesionales de la enfermería recomponiendo conforme al Anexo 1.

Cabe resaltar que las alteraciones realizadas se refieren al equipo de enfermería, sin embargo para mantener el layout del instrumento se optó por retirar la categoría enfermero asistencial, una vez que existen cuatro categorías de enfermero y el enfermero asistencial era referenciado como enfermero de centro quirúrgico.

Validación del cuestionario

La confiabilidad del cuestionario fue evaluada por medio de la consistencia interna empleando el alfa de Cronbach y los resultados encontrados indican que el instrumento es confiable, con el alfa total de 0,91. En los dominios los valores variaron de 0,85 a 0,56 como demuestran los datos de la Tabla 2.

Tabla 2: Descripción del valor del alfa de Conbrach total y de los dominios del SAQ / CC. São Paulo, SP, Brasil, 2017.

Domínios del SAQ/CC	Número de ítems	Alfa de Cronbach
SAQ Total	40	0,91
Clima de Seguridad	7	0,85
Percepción de la Gerencia	5	0,80
Percepción del Estrés	4	0,78
Condición de Trabajo	6	0,78
Comunicación en el ambiente quirúrgico	4	0,56
Percepción del desempeño profesional	4	0,77

Fuente: Elaboración propia

Los resultados de la AFC de este estudio se presentan en la Tabla 3 y los índices demuestran que el ajuste del modelo final del SAQ / CC fue satisfactorio. El valor de SRMR fue de 0,052, el RMSEA fue de 0,031 y el valor de CFI fue de 0,95, esos valores conforme a la literatura (Hair, 2009) demuestran un ajuste de modelo aceptable de la versión brasileña del SAQ / OR.

Tabla 3: Índices del análisis factorial confirmatorio del SAQ / CC. São Paulo, SP, Brasil, 2017.

Índices	N > 410 m >= 40
Comparative Fit Index (CFI)	0,958
Root Mean Square Error of Approximarion (RMSEA)	0,031
Standardized Root Mean Square Residual (SRMR)	0,052
Tucker-Lewis Index (TLI)	0,953

Fuente: Elaboración propia

N - número de observaciones

m - número de variables observables

DISCUSIÓN

El análisis de los datos sociodemográficos demostró que la muestra estudiada fue representada en su mayoría por profesionales de la salud del sexo masculino y de la raza / etnia blanca. Los datos son análogos al estudio realizado en la traducción, adaptación y validación del SAQ / OR para el contexto brasileño ⁽²⁵⁾. Y no se señalaron diferencias significativas con el sexo y la etnia. Estos datos están en consonancia con la investigación realizada por el Consejo Federal de Medicina que apunta que el sexo masculino es predominante en el grupo de edad de los 40 años ⁽²⁸⁾.

En esta investigación la categoría médica correspondió al 59,3% de la muestra y la enfermería al 39,7, mientras que en el estudio de validación del SAQ / OR la categoría médica fue del 68,5% y la enfermería del 31,3% ⁽²⁵⁾ evidenciando una

mejora en la distribución de la muestra; Sin embargo, cabe resaltar que en el escenario quirúrgico el equipo de enfermería se mantiene en constante actividad antes, durante y después de los procedimientos quirúrgicos disponiendo de tiempo reducido para responder al cuestionario.

La literatura sobre la confiabilidad de instrumentos de investigación resalta que un cuestionario es consistente cuando los valores del alfa de Cronbach total varían entre 0,70 y 0,95 ⁽²⁹⁾.

Los resultados de esta investigación son similares a otros estudios de validación de la SAQ / O, en la adaptación para la lengua japonesa el alfa de Cronbach fue de 0,74, en la validación para Portugal alfa total fue de 0,90 y en el estudio desarrollado en Suiza el alpha varía en los sectores de 0,59 a 0,83 ⁽²¹⁻²³⁾.

Al comparar el valor de esta investigación (0,91) al estudio de adaptación transcultural y validación del SAQ / OR para el contexto brasileño cuyo valor total del alpha fue de 0,87 y en los dominios los valores variaron de 0,82 a 0,59 ⁽²⁵⁾ se observa que los resultados son análogos, sin embargo, hubo un aumento en el valor del alpha total y en los dominios, con excepción del dominio comunicación en el ambiente quirúrgico.

Entre los dominios de la versión SAQ / CC brasileña, cabe resaltar que dos dominios son específicos de la versión destinada al ambiente quirúrgico: comunicación en el ambiente quirúrgico y percepción del desempeño profesional ⁽²⁵⁾.

En este sentido, el dominio comunicación en el ambiente quirúrgico está compuesto por cuatro ítems y sus ítems se refieren a la información compartida entre los profesionales de salud que interfieren en la seguridad del paciente y obtuvo el menor valor de alfa. Considerando que los autores del cuestionario original propusieron en la primera parte del instrumento la medición de la comunicación y de la colaboración entre las categorías profesionales que trabajan en el centro quirúrgico, y, aunque la comunicación es un aspecto crucial en el proceso de trabajo de los equipos quirúrgicos, el dominio proporciona una herramienta para evaluar la comunicación y la colaboración entre los equipos y la seguridad del paciente ⁽²⁰⁾.

El dominio percepción del desempeño profesional presentó un alfa de 0,77 y sus ítems están relacionados con la capacidad individual de reconocer y asumir el cansancio como un factor que afecta la actuación profesional y la seguridad del paciente.

En este estudio la AFC fue empleada para validar los resultados obtenidos con el Análisis Factorial Exploratorio del SAQ / CC. De esta forma, los datos fueron analizados por medio de recurso estadístico para confirmar los ítems que componen los dominios del SAQ / CC, que evalúa la seguridad del paciente en el ambiente quirúrgico.

De los índices empleados en la AFC, el Comparative Fit Index (CFI) es uno de los más importantes para probar el ajuste del modelo al medir la discrepancia entre los datos y el modelo de la hipótesis. Los valores de CFI varían de 0 a 1, con valores mayores que indican un mejor ajuste. Así, un valor CFI de 0.95 o superior es actualmente aceptado como un indicador de buen ajuste ^(11,30).

Otro índice analizado, el Root Mean Square Error de Aproximación (RMSEA), evita problemas de tamaño de muestra analizando la discrepancia entre el modelo de hipótesis y la matriz de covarianza de la muestra. El RMSEA varía de 0 a 1, con valores menores que indican un mejor ajuste del modelo. Un valor de 0.06 o menos es indicativo de ajuste de modelo aceptable⁽³⁰⁾.

En cuanto al Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) se trata de la raíz cuadrada de la discrepancia entre la matriz de covarianza de la muestra y la matriz de covarianza del modelo y varía de 0 a 1, con un valor igual a 0,8 siendo indicativo de un modelo aceptable⁽³⁰⁾.

En fin, el Tucker-Lewis Index (TLI) también denominado índice de ajuste no normalizado (NNFI) es un índice de calidad de ajuste, cuyos valores deben variar entre 0 y 1, y la literatura considera que valores por encima de 0.90 o superior, indican un buen ajuste del modelo⁽³⁰⁾.

En este aspecto, considerando los índices presentados, los resultados de esta investigación son similares a los otros estudios de traducción, adaptación cultural y validación del SAQ / OR⁽²¹⁻²³⁾, y la estructura factorial demuestra que la versión brasileña del cuestionario es válida y fiable.

CONCLUSIÓN

Esta investigación permitió aumentar el conocimiento en lo que se refiere a la validación de instrumentos para medir el clima de seguridad. Así, ante los resultados encontrados el cuestionario fue consolidado como un instrumento confiable para medir el clima de seguridad en el ambiente quirúrgico en el contexto brasileño.

Además, esta herramienta podrá ayudar a los gestores y a los investigadores en la construcción e implementación de medidas y estrategias destinadas a garantizar el cuidado quirúrgico seguro y en la conducción de investigaciones de evaluación de la cultura de seguridad.

REFERENCIAS

1. Couto RC, Pedrosa TMG, Roberto BAD, Daibert PB. Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil. UFMG, 2017. [Internet]. [citado 2018 jan. 27]. Disponible em: <https://www.caism.unicamp.br/PDF/ASAH.pdf>
2. The Health Foundation. Evidence Center. Measuring safety culture. London: The Health Foundation, 2011. [Internet]. [cited 2016 Jan. 25]. Available from: <http://www.health.org.uk/publications/measuring-safety-culture/>.
3. Brasil. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. [citado 2016 Jan. 27]. Disponible em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
4. Weiser TG, Haynes, AB, Molina G, Lipsitz SR, Esquivel MM, et al. Estimate of the global volume of surgery in 2012: an assessment supporting improved health outcomes. The Lancet [Internet]. 2015 [cited 2015 Nov. 10];385(S11). Available from: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)60806-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)60806-6.pdf)

5. Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Trad. de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. 211 p.
6. Fragata JIG. Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. Rev Port Saúde Pública [Internet]. 2010 [cited 2015 Dez. 10]; Vol Temat(10):17-26. Available from: www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/3-Erros%20e%20acidentes%20no%20bloco%20operatorio.pdf.
7. Moura MLO, Mendes W. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2012 [citado 2015 Dez. 10]; 15(3): 523-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n3/07.pdf>.
8. Flin R. Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. Saf Sci. 2007; 45: 653–667.
9. [Epstein J](#), [Santo RM](#), [Guillemin F](#). A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. [J Clin Epidemiol](#). [Internet]. 2015 [cited 2016 May 24]; 68(4):435-41. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25698408>.
10. Maroco J, Garcia-Marques T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? Laboratório de Psicologia. [Internet]. 2006 [cited 2016 Mar. 21]; 4(1): 65-90. Available from: [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204\(1\)%20-%2065-90.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204(1)%20-%2065-90.pdf).
11. Hair JF Jr, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. Análise multivariada de dados. Trad. de Adonai Sculp Sant"Anna. 6ªed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
12. Sexton JB, Thomas EJ. The Safety Attitude Questionnaire (SAQ) Guidelines for Administration. Technical Report 03-02. The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice, [Internet] June 11 2003 [cited 2013 Jan 10]. Available from: http://www.nationalpatientsafetyfoundation.org/wp-content/uploads/2011/10/RG_SUPS_Sharing_Mod3_Sexton.pdf.
13. Zimmermann N, Küng K, Sereika SM, Engberg S, Sexton B, Schwendimann R. Assessing the safety attitudes questionnaire (SAQ), German language version in Swiss university hospitals - a validation study. BMC Health Services Research [Internet] 2013 [cited 2014 Jan.10];13:347. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/347#>.
14. Deikås E, Hofoss D. Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version (short form 2006). BMC Health Serv Res [Internet]. 2008 [cited 2013 Jan. 29];8:191-198. Available from: <http://www.orgsun.com/1/18/62634-1-operating-room-version-safety-attitudes-questionnaire-analysis-using.php>.
15. Kaya S, Barsbay S, Karabulut E. The Turkish Version of the safety attitude questionnaire: psychometric properties and baseline data. Qual Saf Health Care. [Internet]. 2010 [cited 2013 Jan. 28]; 19:572-577. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20671082>.
16. Lee WC, Wung HY, Liao HH, Lo CM, Chang FL, Wang PC, et al. Hospital safety culture in Taiwan: A nationwide survey using chinese version safety attitude questionnaire. BMC Health Serv Res. [Internet]. 2010 [cited 2013 Jan. 28]; 10: 234-242. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/234>.
17. Nordén-Hägg A, Sexton JB, Kälvernark-Sporrong S, Ring L, Kettis-Lindblad A. Assessing safety culture in Pharmacies: The psychometrics validation of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in a national sample of community pharmacies in

- Sweden. BMC Clin Pharmacol. [Internet]. 2010 [cited 2013 Jan. 28];10:8-20. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6904/10/8>.
18. Kristensen S, Sabroe S, Bartels P, Mainz J, Christensen KB. Adaption and validation of the Safety Attitudes Questionnaire for the Danish hospital setting. Clin Epidemiol [Internet]. 2015 [cited 2015 Mar. 01];7: 149–160. Available from: <http://www.dovepress.com/adaption-and-validation-of-the-safety-attitudes-questionnaire-for-the-peer-reviewed-fulltext-article-CLEP>. DOI: 10.2147/CLEP.S75560.
19. Raftopoulos V, Pavlakis A. Safety climate in 5 intensive care units: A nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the Safety Attitudes Questionnaire. J Crit Care. 2013; 28: 51–61.
20. Makary, MA; Sexton JB, Freischlag JA, Millman A, Pryor D, Holzmueller C, Pronovost PJ. Patient Safety in Surgery. Ann Surg. [Internet]. 2006 [cited 2015 Jan. 29]; May; 243(5): 628–635. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1570547/>.
21. Göras C, Wallentin FY, Nilsson U, Ehrenberg A. Swedish translation and psychometric testing of the safety attitudes questionnaire (operation room version). BMC Health Serv Res. [Internet]. 2013 [cited 2015 Jan 28]; 13: 104 - 111. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-13-104.pdf>.
22. Kawano T, Taniwaki M, Ogata K, Sakamoto M, Yokoyama M. Improvement of teamwork and safety climate following implementation of the WHO surgical safety checklist at a university hospital in Japan. J Anesth [Internet]. 2014 [acesso em:10 Jan 2015]; 28:467–470. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24170220>.
23. Pinheiro JPA, Uva AS. Safety climate in the operating room: Translation, validation and application of the Safety Attitudes Questionnaire. Rev Port Saúde Pública [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov. 29]; 34(2):107–116. Available from: <http://www.elsevier.pt/en/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/pdf/S0870902515000474/S300/>
24. Lourenção DCA, Tronchin DMR. Segurança do paciente no ambiente cirúrgico: tradução e adaptação cultural de instrumento validado. Acta paul. enferm. [Internet]. 2016 Fev [acesso em: 12 Nov 2017] ; 29(1): 1-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000100002&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600002>.
25. Lourenção DCA. Adaptação transcultural e validação do Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room Version para o contexto brasileiro. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2015.
26. Pasquali L. Psicometria: Teoria dos testes na Psicologia e na Educação. Petrópolis. Ed. Vozes, 2ª ed. 2009.
27. Laros JA. O uso da Análise Fatorial: Algumas diretrizes para pesquisadores. In: Pasquali L. Análise fatorial para pesquisadores. Brasília: Publisher; [Internet] 2005. p.141-160. [citado 2015 May. 06]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/233735561_O_Uso_da_Analise_Fatorial_Alguas_Diretrizes_para_Pesquisadores
28. Scheffer M, coordenador. Demografia médica no Brasil: dados gerais e descrição de desigualdades [Internet]. São Paulo: CREMESP/CFM; 2011. v. 1. [citado 2016 mar. 08]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/pdfs/demografia_2_dezembro.pdf
29. TERWEE CB, BOT SDM, BOER MR, VAN DER WINDT DAWM, KNOL DL, DEKKER J, ET AL.. QUALITY CRITERIA WERE PROPOSED FOR MEASUREMENT PROPERTIES OF HEALTH STATUS QUESTIONNAIRES. J CLIN EPIDEMIOL [INTERNET]. 2007 [CITED 2016 FEV. 25]; 60:34-42. AVAILABLE FROM: <HTTP://WWW.NCBI.NLM.NIH.GOV/PUBMED/17161752>.

30. Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*. [Internet]. 2009 [cited 2017 Nov. 25]; 6 (1): 1–55. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10705519909540118>

ANEXO 1 – SAQ/CC

Questionário de Atitudes de Segurança/Centro Cirúrgico - SAQ/CC					
<p>Use a escala para descrever a qualidade da comunicação e da colaboração que você tem vivido em relação a:</p>					
		Preenchimento correto	Preenchimento incorreto		
		<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>Muito Ruim</p> <p>Ruim</p> <p>Adequada</p> <p>Boa</p> <p>Muito Boa</p> <p>Não se Aplica</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Muito Ruim</p> <p>Ruim</p> <p>Adequada</p> <p>Boa</p> <p>Muito Boa</p> <p>Não se Aplica</p> </div> </div>					
A	B	C	D	E	X
Muito Ruim	Ruim	Adequada	Boa	Muito Boa	Não se Aplica
<ol style="list-style-type: none"> 1. Cirurgião/Cirurgião Assistente 2. Residente de Cirurgia e Interno 3. Instrumentador 4. Circulante de Sala 5. Anestesiologista/Anestesiologista Assistente 6. Residente de Anestesia e Interno 7. Auxiliar do Anestesiologista 8. Perfusionista 9. Enfermeiro-Chefe de Centro Cirúrgico 10. Enfermeiro de Centro Cirúrgico 11. Enfermeiro Assistencial da Recuperação Pós-Anestésica 12. Enfermeiro Anestesista 13. Equipe de Avaliação Pré-Operatória/Pré-Anestésica 14. Equipe de Apoio 15. Outro: _____ 					
<p>Por favor, responda as questões abaixo com relação a sua experiência de trabalho neste Centro Cirúrgico.</p>					
A	B	C	D	E	X
Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Neutro	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente	Não se Aplica
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>Discordo Totalmente</p> <p>Discordo Parcialmente</p> <p>Neutro</p> <p>Concordo Parcialmente</p> <p>Concordo Totalmente</p> <p>Não se Aplica</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Discordo Totalmente</p> <p>Discordo Parcialmente</p> <p>Neutro</p> <p>Concordo Parcialmente</p> <p>Concordo Totalmente</p> <p>Não se Aplica</p> </div> </div>					
<ol style="list-style-type: none"> 1. Eu gosto do meu trabalho. 2. Eu me sentiria seguro(a) se fosse tratado (a) aqui como paciente. 3. Os erros médicos* são tratados de modo apropriado neste hospital. 4. Toda informação necessária está disponível, antes do início de um procedimento. 5. A administração deste hospital está fazendo um bom trabalho. 6. A administração deste hospital apoia meus esforços diários. 7. Eu recebo retorno apropriado sobre o meu desempenho. 8. Na Sala de Cirurgia é difícil discutir os erros. 9. A transmissão de informações entre os profissionais do Centro Cirúrgico antes da realização de um procedimento cirúrgico é importante para a segurança do paciente. 10. A transmissão de informações é comum no Centro Cirúrgico. 11. Este hospital é um bom lugar para se trabalhar. 12. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência. 13. A administração do hospital não compromete, conscientemente, a segurança dos pacientes. 14. Neste Centro Cirúrgico o número de profissionais é suficiente para atender o número de pacientes. 15. A tomada de decisão no Centro Cirúrgico utiliza informações dos profissionais envolvidos. 16. Sou encorajado (a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter com a segurança do paciente. 17. A cultura de segurança neste Centro Cirúrgico torna fácil aprender com os erros dos outros. 18. O hospital lida de maneira construtiva com os profissionais problemáticos. 19. Os equipamentos deste Centro Cirúrgico são adequados. 20. Neste Centro Cirúrgico é difícil manifestar-me abertamente se eu percebo um problema envolvendo o cuidado do paciente. 21. Quando a minha carga de trabalho se torna excessiva, meu desempenho é prejudicado. 22. Recebo informações adequadas e oportunas sobre ocorrências no hospital, que podem afetar o meu trabalho. 23. Eu conheço os meios adequados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente neste Centro Cirúrgico. 					
<p>*Erro Médico é definido como qualquer erro na prestação da assistência, por qualquer profissional da saúde, independentemente do resultado.</p>					

Por favor, responda, marcando a resposta escolhida à direita de cada item, usando a letra da escala abaixo

A	B	C	D	E	X	
Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Neutro	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente	Não se Aplica	
					Não se Aplica	
					Concordo Totalmente	
					Concordo Parcialmente	
					Neutro	
					Discordo Parcialmente	
					Discordo Totalmente	
24. Sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
25. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
26. É fácil para os profissionais que atuam neste Centro Cirúrgico fazerem perguntas quando existe algo que não entendem.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
27. Profissionais conseguem deixar os problemas pessoais para trás, quando estão trabalhando.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
28. O moral neste Centro Cirúrgico é alto.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
29. A equipe médica deste Centro Cirúrgico faz um bom trabalho.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
30. Todo o pessoal do Centro Cirúrgico assume responsabilidade pela segurança do paciente.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
31. Sinto-me cansado (a) quando levanto pela manhã e tenho que enfrentar outro dia de trabalho.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
32. A segurança do paciente é, constantemente, reforçada como prioridade aqui no Centro Cirúrgico.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
33. Eu me sinto exausto (a) com o meu trabalho.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
34. Assuntos importantes são bem comunicados nas mudanças de turno.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
35. Aqui existe adesão ampla às diretrizes clínicas e critérios baseados em evidências relacionados com segurança do paciente.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
36. Sinto me frustrado(a) com o meu trabalho.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
37. Sinto que estou trabalhando demais.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
38. As informações obtidas por meio dos relatórios de eventos adversos são usadas para tornar a assistência do paciente mais segura neste Centro Cirúrgico.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
39. O cirurgião ou o cirurgião assistente deveria estar formalmente na coordenação da equipe da Sala Cirúrgica, durante o procedimento cirúrgico.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
40. Falhas na comunicação que levam a atrasos para iniciar os procedimentos cirúrgicos são comuns.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
41. Você respondeu a essa pesquisa antes? () Sim () Não () Não Sei	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cargo: (Assinale seu cargo) <input type="radio"/> Cirurgião/Cirurgião Assistente <input type="radio"/> Residente de Cirurgia e Interno <input type="radio"/> Instrumentador <input type="radio"/> Circulante de Sala <input type="radio"/> Anestesiologista/Anestesiologista Assistente <input type="radio"/> Residente de Anestesia ou Interno <input type="radio"/> Auxiliar do Anestesiologista		<input type="radio"/> Perfusionista <input type="radio"/> Enfermeiro-Chefe de Centro Cirúrgico <input type="radio"/> Enfermeiro de Centro Cirúrgico <input type="radio"/> Enfermeiro Assistencial da Recuperação Pós-Anestésica <input type="radio"/> Enfermeiro Anestésista <input type="radio"/> Equipe de Avaliação Pré-Operatória/Pré-Anestésica <input type="radio"/> Equipe de Apoio <input type="radio"/> Outro: _____	Quantos anos de experiência você tem nesta especialidade? _____ anos Há quanto tempo trabalha neste hospital? _____ anos Idade Atual: _____ anos
Regime de Trabalho <input type="radio"/> Período Integral <input type="radio"/> Período Parcial <input type="radio"/> Cooperado <input type="radio"/> Contratado <input type="radio"/> Outros: _____	Grupo Étnico: <input type="radio"/> Negro <input type="radio"/> Branco <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Preto <input type="radio"/> Amarelo <input type="radio"/> Pardo <input type="radio"/> Afrodescendente	Turno Habitual <input type="radio"/> Período Integral <input type="radio"/> Período Parcial <input type="radio"/> Noturno <input type="radio"/> Turnos Variáveis	País de nascimento (se diferente): _____
Sexo: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino	"Opcional" cidadania: _____		

COMENTÁRIOS: Quais são suas três principais recomendações para aprimorar a segurança do paciente no Centro Cirúrgico?

1 _____

2 _____

3 _____

Se precisar de mais espaço para comentários, por favor, escreva sua resposta em uma folha separada de papel.

Obrigado por completar o questionário - Agradeço muito seu tempo e participação.

