



## ORIGINALES

### Análise fatorial confirmatória do questionário de atitudes de segurança/centro cirúrgico

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

Confirmatory factor analysis of the safety attitudes questionnaire/operating room

Daniela Campos de Andrade Lourenção<sup>1</sup>  
Daisy Maria Rizatto Tronchin<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutora em Ciências. Pós-doutoranda do Departamento de Orientação Profissional da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. [danielalourencao@usp.br](mailto:danielalourencao@usp.br)

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Orientação Profissional da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

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

Submissão: 18/06/2018

Aprovação: 11/08/2018

### 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.

### 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.

## **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.

## **INTRODUÇÃO**

Os erros e eventos adversos na assistência à saúde tem sido debatido intensamente no mundo devido ao impacto na vida das pessoas, na condição de paciente, de profissional ou gestor, assim como nos sistemas de saúde.

A estimativa dos impactos assistenciais e econômicos dos eventos adversos no Brasil foi publicada no anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil e os resultados da pesquisa demonstraram que no ano de 2016, na rede hospitalar da saúde suplementar e no Sistema Único de Saúde (SUS), o número de brasileiros vítimas de uma condição adquirida (evento adverso) correspondeu a 1.377.243. Os autores inferiram que as condições adquiridas no hospital determinaram 120.514 a 302.610 óbitos e consideraram que o padrão de 302.610 óbitos foi representativo da realidade brasileira. Ratificaram que associado ao aumento da morbimortalidade hospitalar, os eventos adversos geram custos sociais expressivos, visto que o custo por erros assistenciais hospitalares na saúde suplementar atingiu R\$ 15,57 bilhões<sup>(1)</sup>.

Dentre os desafios do setor de saúde destaca-se o ambiente cirúrgico, onde as atividades desenvolvidas são complexas, interdisciplinares e fortemente dependente da atuação individual, com alto risco para a ocorrência de eventos adversos (EA)<sup>(2,3)</sup>.

A cirurgia é considerada um dos serviços mais complexos e mais caros prestados pelos sistemas de saúde. Estudo norte americano conduzido no ano de 2012 identificou que ocorreram cerca de 312,9 milhões de cirurgias no mundo<sup>(4)</sup>, e de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) metade dos eventos adversos em pacientes hospitalizados era relativo à assistência cirúrgica e nos casos onde o processo cirúrgico levou a prejuízos, ao menos metade deles era evitável, evidenciando o impacto dos cuidados cirúrgicos inseguros nos sistemas de saúde<sup>(5)</sup>.

Outro estudo de revisão de literatura identificou que cerca de 48% de todos os eventos adversos estavam relacionados a procedimentos cirúrgicos e anestésicos, e apontou que 30 a 50% desses eventos seriam evitáveis<sup>(6)</sup>.

A análise dos EAs cirúrgicos tem especial relevância em função de sua frequência; estimativas brasileiras do custo associado aos pacientes que sofreram EA cirúrgico indicam o aumento dos custos da assistência hospitalar, pois em cerca de 45% dos EAs houve acréscimo, em média, de 14 dias de internação<sup>(7)</sup>.

Assim, mensurar e analisar a cultura de segurança nas organizações de saúde, com base na percepção do clima de segurança dos profissionais de saúde, permite identificar e gerenciar aspectos destinados a segurança do paciente; essa avaliação pode fornecer bases para o diagnóstico situacional, desenvolvimento de programas de educação continuada, implementação de protocolos assistenciais e monitoramento dos eventos adversos e da qualidade assistencial.

A literatura enfatiza que a cultura de segurança vem sendo avaliada por meio de questionários psicométricos, com versões específicas para os diversos cenários das instituições hospitalares<sup>(8)</sup>.

Nesse sentido, os instrumentos de pesquisa necessitam de tradução e adaptação entre as culturas e países, no intuito de manter o conteúdo, as características psicométricas e sua validade ao ser empregado em populações distintas<sup>(9)</sup>.

Dentre as propriedades psicométricas encontram-se a validade e a confiabilidade do instrumento. A avaliação da consistência interna, denominada na literatura como confiabilidade, afere a consistência com que um determinado conjunto de itens de medida estima um determinado constructo ou dimensão latente<sup>(10)</sup>. Nesse sentido, é entendida como a mensuração do grau de consistência entre medidas de uma variável<sup>(11)</sup>.

Assim, nos questionários disponíveis para mensurar clima de segurança encontra-se o *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)*<sup>(12)</sup>. Esse instrumento foi traduzido e validado para diversos países como Alemanha, Noruega, Turquia, China, Suécia, Dinamarca e Grécia<sup>(13-19)</sup>. Contudo, diante das especificidades dos serviços de saúde, o SAQ foi construído para os contextos de clínica médica, terapia intensiva, centro cirúrgico e ambulatórios<sup>(12)</sup>.

O *Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room (SAQ/OR)* é a versão modificada para o ambiente cirúrgico do *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)*, desenvolvida por pesquisadores da Universidade do Texas, nos Estados Unidos da América (EUA), mantendo as mesmas propriedades do SAQ versão genérica, em relação ao constructo de segurança do paciente adaptado para o ambiente cirúrgico e a escala de respostas<sup>(20)</sup>. Cabe destacar que, o SAQ/OR foi traduzido e adaptado na Suécia, Japão e Portugal, mantendo suas propriedades psicométricas<sup>(21-23)</sup> e, ainda, que tanto o SAQ e quanto o SAQ/OR originais e as suas versões adaptadas, culturalmente, apresentaram boas propriedades psicométricas.

A adaptação cultural e a validação do SAQ/OR para o Brasil foi realizada num estudo com uma amostra de 590 sujeitos, atuantes em quatro hospitais do Município de São Paulo<sup>(24)</sup>. Dessa forma, produziu-se um instrumento nominado de Questionário de Atitudes de Segurança/Centro Cirúrgico (SAQ/CC), com 40 itens e seis domínios. Os

domínios encontrados foram: clima de segurança, percepção da gerência, percepção do estresse, condição de trabalho, comunicação no ambiente cirúrgico e percepção do desempenho profissional<sup>(25)</sup>. O questionário mostrou-se confiável apresentando o valor geral de alpha de Cronbach de 0,87 e entre os domínios variaram de 0,59 a 0,82. A confiabilidade do SAQ/CC é semelhante aos dos outros estudos de adaptação cultural do SAQ/OR<sup>(21-23)</sup>.

Na adaptação cultural e validação do SAQ/CC realizada no estudo brasileiro empregou-se a Análise Fatorial Exploratória (AFE), pois não havia os domínios (fatores ou dimensões latentes) do SAQ/OR. Destaca-se que dois domínios elencados nesta pesquisa não são estabelecidos nos estudos do SAQ versão genérica, a saber: comunicação no ambiente cirúrgico e percepção do desempenho profissional<sup>(25)</sup>.

Assim, no presente estudo buscou-se proceder a Análise Fatorial Confirmatória e adensar as propriedades psicométricas do SAQ/CC.

## OBJETIVO

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

## MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico destinado à análise do questionário SAQ/CC, versão brasileira, empregando a Análise Fatorial Confirmatória (AFC).

Nos estudos de psicometria define-se que o recurso estatístico para a validação de instrumentos refere-se às diferentes técnicas de análises fatoriais, cuja principal função é reduzir um grande número de variáveis observadas em um número reduzido de fatores, que representam os constructos ou dimensões latentes<sup>(11,26)</sup>.

As técnicas analíticas de análise fatoriais podem ser entendidas da perspectiva exploratória ou confirmatória. Na perspectiva exploratória, a Análise Fatorial Exploratória (AFE), não se conhecem *a priori* os componentes a serem extraídos e nem as variáveis que compõe os constructos ou dimensões latentes<sup>(11)</sup>.

Dessa forma, quando se deseja testar em que grau os dados satisfazem a estrutura dos fatores/constructos definidos pela AFE emprega-se a Análise Fatorial Confirmatória (AFC)<sup>(11)</sup>.

A AFC é definida como um procedimento confirmatório, é primariamente um método utilizado para avaliar a validade de construto das medidas e não para a redução de dados<sup>(27)</sup>. E, ainda, é empregada para confirmar uma estrutura fatorial estabelecida, e para testar se essa estrutura fatorial teórica é adequada aos dados observados.

A população do estudo foi constituída por profissionais de saúde atuantes em centros cirúrgicos, sendo estabelecidos como critérios de inclusão:

- Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que trabalhem no mínimo há seis meses na unidade, e que estiverem em atividade no período da coleta de dados.

➤ Cirurgiões, residentes, anesthesiologistas e instrumentadores cirúrgicos que participaram ao menos de três procedimentos/mês.

O cálculo amostral correspondeu a 400 participantes, considerando 10 sujeitos para cada assertiva do SAQ/CC. A amostragem foi de conveniência, contando com 412 participantes.

O estudo foi realizado em três instituições hospitalares públicas e uma privada dos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia. No intuito de preservar o sigilo, as instituições participantes da pesquisa foram denominadas A, B, C e D.

A Instituição A é um hospital público e de ensino localizado no Município de São Paulo. É considerado de porte extra. O centro cirúrgico possui 40 salas de cirurgia, onde são realizados em média 2000 procedimentos por mês.

A instituição B é um hospital privado localizado no Município de São Paulo de natureza jurídica filantrópica de atenção terciária. O Centro Cirúrgico dispõe de 25 salas e realiza em média 2750 mil procedimentos por mês.

A instituição C integra o Sistema Único de Saúde (SUS) como referência em atendimento terciário de alta complexidade, situada na região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. Trata-se de um hospital público federal de médio porte. O ambiente cirúrgico é composto por cinco salas de operação, onde são realizadas cerca de 90 cirurgias/mês aproximadamente.

A Instituição D é um hospital geral público e de ensino, referência em média e alta complexidade do Estado da Bahia. A instituição é considerada de grande porte. Quanto ao Centro Cirúrgico, a referida unidade conta com cinco salas de cirurgia. O CC realiza em média 300 cirurgias por mês.

### **O instrumento: Questionário de Atitudes de Segurança/Centro Cirúrgico (SAQ/CC)**

A versão SAQ/CC do questionário é dividida em três partes. A primeira é referente à qualidade da comunicação e colaboração entre os profissionais que atuam no ambiente cirúrgico, onde o sujeito deve responder sobre a sua relação com cada uma das categorias profissionais. A segunda é composta por 40 assertivas que abarcam a segurança do paciente e um item questionando se a pesquisa foi respondida anteriormente. A terceira contém as informações demográficas (gênero, raça/etnia, categoria profissional, tempo de atuação, turno de atuação, entre outros). O instrumento destina um espaço no qual é solicitado aos participantes que apontem três recomendações para a melhoria da segurança do paciente em centro cirúrgico.

O questionário é respondido por meio de escala tipo Likert, com cinco graus, uma questão por escolha simples referente a ter respondido anteriormente o questionário e o espaço aberto para as recomendações.

Os autores do questionário original consideram que a pontuação deve ser calculada da seguinte forma: “discordo totalmente” equivale a 0 pontos, “discordo parcialmente” a 25 pontos, “neutro” a 50 pontos, “concordo parcialmente” a 75 pontos e “concordo totalmente” equivale a 100 pontos. A alternativa “não se aplica” não é considerada

nas pontuações. O cálculo do escore obedece as seguintes etapas: primeiro os itens negativos são revertidos, em seguida são agrupados nos domínios, a pontuação de cada domínio é obtida por meio do cálculo da média da soma, calcula-se a soma dos itens de cada domínio e o resultado é dividido pelo número de itens do domínio. O escore da escala varia de 0 a 100, sendo que 0 representa a pior percepção do clima de segurança e 100 a melhor percepção. Valores maiores ou iguais a 75 são considerados uma percepção positiva da segurança do paciente<sup>(12)</sup>.

Os domínios do SAQ/CC e com seus respectivos itens/assertivas foram extraídos da tese de doutorado que adaptou e validou o instrumento para o contexto brasileiro<sup>(25)</sup>.



## Quadro 1: Descrição dos itens de cada domínio do SAQ/CC

### Clima de Segurança

30. Todo o pessoal do Centro Cirúrgico assume responsabilidade pela segurança do paciente  
35. Aqui existe adesão ampla às diretrizes clínicas e critérios baseados em evidências relacionados com segurança do paciente  
38. As informações obtidas por meio dos relatórios de eventos adversos são usadas para tornar a assistência do paciente mais segura neste Centro Cirúrgico  
34. Assuntos importantes são bem comunicados nas mudanças de turno  
32. A segurança do paciente é, constantemente, reforçada como prioridade aqui no Centro Cirúrgico  
28. O moral neste Centro Cirúrgico é alto  
29. A equipe médica deste Centro Cirúrgico faz um bom trabalho

### Percepção da Gerência

6. A administração deste hospital apoia meus esforços diários  
5. A administração deste hospital está fazendo um bom trabalho  
7. Eu recebo retorno apropriado sobre o meu desempenho  
11. Este hospital é um bom lugar para se trabalhar  
14. Neste Centro Cirúrgico o número de profissionais é suficiente para atender o número de pacientes

### Percepção do Estresse

- 31.(N) Sinto-me cansado quando levanto pela manhã e tenho que enfrentar outro dia de trabalho  
33.(N) Eu me sinto exausto com o meu trabalho  
37.(N) Sinto que estou trabalhando demais  
36.(N) Sinto-me frustrado com o meu trabalho  
\*(N) Itens reversos/negativos

### Condição do Trabalho

17. A cultura de segurança neste Centro Cirúrgico torna fácil aprender com os erros dos outros  
23. Eu conheço os meios adequados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente neste Centro Cirúrgico  
22. Recebo informações adequadas e oportunas sobre ocorrências no hospital, que podem afetar o meu trabalho  
18. O hospital lida de maneira construtiva com os profissionais problemáticos  
26. É fácil para os profissionais que atuam neste Centro Cirúrgico fazerem perguntas quando existe algo que não entendem  
16. Sou encorajado por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter com a segurança do paciente

### Comunicação no ambiente cirúrgico

19. Os equipamentos deste Centro Cirúrgico são adequados  
15. A tomada de decisão no Centro Cirúrgico utiliza informações dos profissionais envolvidos  
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

### Percepção do desempenho profissional

- 24.(N) Sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado  
21.(N) Quando a minha carga de trabalho se torna excessiva, meu desempenho é prejudicado  
12.(N) O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência  
25.(N) Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis  
\*(N) Itens reversos/negativos

A coleta de dados ocorreu no período de setembro de 2016 a março de 2017.

Foram realizadas reuniões com os diretores, gerentes e membros das equipes de profissionais dos centros cirúrgicos, sendo explicitados o objetivo e o método da

pesquisa. Os dados foram coletados pela pesquisadora e por pessoas capacitadas pela mesma.

Os profissionais foram abordados nos ambientes cirúrgicos e antes do preenchimento do questionário receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias e a carta convite. Nesse momento, foram explicados os objetivos da pesquisa e como proceder para responder a escala e o tempo aproximado para isto, que são aproximadamente 15 minutos<sup>(12)</sup>.

Mediante a relação de trabalhadores do centro cirúrgico e das escalas de cirurgias a coleta de dados ocorreu de segunda a sexta-feira. Considerando a dinâmica de Centro Cirúrgico e a necessidade de representatividade de todas as categorias profissionais os questionários foram entregues pessoalmente, em algumas unidades o questionário foi entregue aos gerentes de enfermagem ou coordenadores das equipes médicas e recolhido posteriormente.

Para a organização dos dados coletados foi elaborada uma planilha eletrônica e a análise dos dados ocorreu por meio de recursos de computação de programas estatísticos.

Os dados foram analisados considerando a AFC para a validação de constructo do questionário e a confiabilidade foi mensurada pelo alpha de Cronbach. Os resultados são apresentados a seguir na forma de quadros, tabelas e figuras, e as variáveis descritas, conforme as frequências absoluta e relativa e, ainda, as medidas de tendência central.

A adaptação cultural e validação do SAQ/OR foi autorizada pelos autores norte-americanos, por meio de contato eletrônico.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da EEUSP e dos CEPs das instituições coparticipantes sob o Parecer Consubstanciado nº : 1.596.349 de 16 de Junho de 2016 e CAAE: 52951116.8.0000.5392.

A participação dos sujeitos se deu de forma voluntária. Foi garantido o sigilo dos sujeitos na apresentação dos resultados. Os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos sobre os objetivos e o método do estudo, sendo entregue aos que concordaram em participar, a carta convite e o TCLE em duas vias, que foi elaborado conforme a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

## **RESULTADOS**

### **Análise descritiva da aplicação do questionário**

Para a validação das propriedades psicométricas o questionário SAQ/CC foi aplicado em uma amostra de 412 sujeitos, desses 150 corresponderam à instituição A, 145 corresponderam à instituição B, 64 à instituição C e 53 à instituição D.

A análise descritiva foi realizada sobre as variáveis respostas e sociodemográficas empregando-se a distribuição de frequência e as medidas resumos: média, mediana, desvio-padrão, máximo e mínimo. Dessa forma, os dados da Tabela 1 demonstram que em relação à categoria profissional a maioria foi constituída por 112 (27,5%)



instrumentadores ou circulantes de sala, seguidos por 89 (21,8%) cirurgiões/cirurgiões assistentes e 76 (18,6%) Anestesiastas/anestesiastas assistentes. Assim, a equipe médica foi representada por 59,3% (cirurgiões, anesthesiologistas, residentes de cirurgia e de anestesia) e a equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e instrumentadores e circulantes de sala) por 39,7% da amostra pesquisada.

Para a validação das propriedades psicométricas o questionário SAQ/CC foi aplicado em uma amostra de 412 sujeitos, desses 150 corresponderam à instituição A, 145 corresponderam à instituição B, 64 à instituição C e 53 à instituição D.

Em relação aos sujeitos que participaram da pesquisa os dados da Tabela 1 demonstram que a maioria é pertencente ao sexo masculino (52,9%) e brancos (66,8%). Quanto ao regime e ao turno de trabalho dos profissionais de saúde predominou o período integral com 176 (44,4%) e o turno integral com 153 (45,0%).

**Tabela 1:** Distribuição dos participantes do estudo quanto à categoria profissional, sexo, etnia/raça, regime de trabalho e ao turno de trabalho. São Paulo, SP, Brasil, 2017.

<b>VARIAVEIS*</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Categoria profissional</b>		
Cirurgião/Cirurgião assistente	89	21,8%
Residente de cirurgia ou interno	44	10,8%
Instrumentador ou circulante de sala	112	27,5%
Perfusionista	8	2,0%
Anestesiologista/Anestesiologista assistente	76	18,6%
Residente de anestesia	33	8,1%
Auxiliar do anestesiologista	4	1,0%
Enfermeiro de CC	28	6,9%
Enfermeiro de URPA	2	0,5%
Enfermeiro assistencial	5	1,2%
Enfermeiro-chefe de CC	3	0,7%
Equipe de apoio	3	0,7%
Outro	1	0,2%
<b>TOTAL</b>	<b>408</b>	<b>100%</b>
<b>Regime de trabalho</b>		
Período integral	176	44,4%
Período parcial	132	33,3%
Cooperado	8	2,0%
Contratado	37	9,3%
Outros	43	10,9%
<b>TOTAL</b>	<b>396</b>	<b>100%</b>
<b>Etnia</b>		
Negro	34	8,7%
Indígena	1	0,3%
Amarelo	16	4,1%
Afrodescendente	0	0,0%
Pardo	79	20,2%

Branco	262	66,8%
<b>TOTAL</b>	<b>392</b>	<b>100%</b>
<b>Turno</b>		
Integral	153	45,0%
Parcial	84	24,7%
Noturno	3	0,9%
Variável	100	29,4%
<b>TOTAL</b>	<b>340</b>	<b>100%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	213	52,9%
Feminino	190	47,1%
<b>TOTAL</b>	<b>403</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** Elaboração própria

A idade dos profissionais de saúde variou de 24 a 81 anos, onde a média foi de 37,61 ( $\pm 10,61$ ) e a mediana foi de 35, em relação à experiência de trabalho na especialidade variou de 1 a 54 anos e a média foi de 11,14 ( $\pm 9,98$ ) e o tempo de trabalho na instituição variou entre 6 meses e 57 anos com média de 9,03 ( $\pm 9,19$ ).

No processo de coleta de dados da pesquisa surgiram questionamentos em relação aos cargos e categorias profissionais. A questão que emergiu foi que o instrumentador e o circulante estavam na mesma alternativa, na parte do questionário que descreve a comunicação e colaboração entre os profissionais de saúde e na parte das informações pessoais.

Dessa forma, ao analisarmos as categorias profissionais que compõe o instrumento consideramos a necessidade de adequar as categorias profissionais da enfermagem recompondo conforme o Anexo 1.

Cabe ressaltar que as alterações realizadas referem-se à equipe de enfermagem, entretanto para manter o *layout* do instrumento optou-se por retirar a categoria enfermeiro assistencial, uma vez que existem quatro categorias de enfermeiro e o enfermeiro assistencial era referenciado como enfermeiro de centro cirúrgico.

### Validação do questionário

A confiabilidade do questionário foi avaliada por meio da consistência interna empregando o alpha de Cronbach e os resultados encontrados apontam que o instrumento é confiável, com o alpha total de 0,91. Nos domínios os valores variaram de 0,85 até 0,56 conforme demonstram os dados da Tabela 2.

**Tabela 2:** Descrição do valor do alpha de Cronbach total e dos domínios do SAQ/CC. São Paulo, SP, Brasil, 2017.

<b>Domínios do SAQ/CC</b>	<b>Número de itens</b>	<b>Alpha de Cronbach</b>
SAQ Total	40	0,91
Clima de Segurança	7	0,85
Percepção da Gerência	5	0,80

Percepção do Estresse	4	0,78
Condição de Trabalho	6	0,78
Comunicação no ambiente cirúrgico	4	0,56
Percepção do desempenho profissional	4	0,77

**Fonte:** Elaboração própria

Os resultados da AFC deste estudo são apresentados na Tabela 3 e os índices demonstram que o ajuste do modelo final do SAQ/CC foi satisfatório. O valor de SRMR foi de 0,052, o RMSEA foi de 0,031 e o valor de CFI foi de 0,95, esses valores conforme a literatura <sup>(Hair,2009)</sup> demonstram um ajuste de modelo aceitável da versão brasileira do SAQ/OR.

**Tabela 3:** Índices da análise fatorial confirmatória do SAQ/CC. São Paulo, SP, Brasil, 2017.

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

**Fonte:** Elaboração própria

N - número de observações

m - número de variáveis observáveis

## DISCUSSÃO

A análise dos dados sociodemográficos demonstraram que a amostra estudada foi representada em sua maioria por profissionais de saúde do sexo masculino e da raça/etnia branca. Os dados são análogos ao estudo realizado na tradução, adaptação e validação do SAQ/OR para o contexto brasileiro<sup>(25)</sup>. E não foram apontadas diferenças significativas em relação ao sexo e etnia. Esses dados estão em consonância com a pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Medicina que aponta que o sexo masculino é predominante na faixa etária dos 40 anos<sup>(28)</sup>.

Nesta pesquisa a categoria médica correspondeu a 59,3% da amostra e a enfermagem a 39,7, enquanto que no estudo de validação do SAQ/OR a categoria médica foi de 68,5% e a enfermagem de 31,3% <sup>(25)</sup> evidenciando uma melhora na distribuição da amostra; entretanto, cabe ressaltar que no cenário cirúrgico a equipe de enfermagem mantém-se em constante atividade antes, durante e após os procedimentos cirúrgicos dispendo tempo reduzido para responder o questionário.

A literatura sobre a confiabilidade de instrumentos de pesquisa ressalta que um questionário é consistente quando os valores do alpha de Cronbach total variam entre 0,70 e 0,95<sup>(29)</sup>.

Os resultados desta investigação são semelhantes aos outros estudos de validação do SAQ/OR, na adaptação para a língua japonesa o alpha de Cronbach total foi de 0,74, na validação para Portugal o alpha total foi de 0,90 e no estudo desenvolvido na Suíça o alpha variou nos domínios de 0,59 a 0,83<sup>(21-23)</sup>.

Ao compararmos o valor desta pesquisa (0,91) ao estudo de adaptação transcultural e validação do SAQ/OR para o contexto brasileiro cujo valor total do alpha foi de 0,87 e nos domínios os valores variaram de 0,82 a 0,59,<sup>(25)</sup> nota-se que os resultados são análogos, entretanto, houve um aumento no valor do alpha total e nos domínios, com exceção do domínio comunicação no ambiente cirúrgico.

Entre os domínios da versão SAQ/CC brasileira, cabe ressaltar que dois domínios são específicos da versão destinada ao ambiente cirúrgico: comunicação no ambiente cirúrgico e percepção do desempenho profissional<sup>(25)</sup>.

Nesse sentido, o domínio comunicação no ambiente cirúrgico é composto por quatro itens e seus itens referem-se à informação compartilhada entre os profissionais de saúde que interferem na segurança do paciente e obteve o menor valor de alpha. Considerando que os autores do questionário original propuseram, na primeira parte do instrumento, a mensuração da comunicação e da colaboração entre as categorias profissionais que atuam no centro cirúrgico, e, ainda que a comunicação é um aspecto crucial no processo de trabalho das equipes cirúrgicas esse domínio fornece uma ferramenta para avaliar a comunicação e colaboração entre as equipes e a segurança do paciente<sup>(20)</sup>.

O domínio percepção do desempenho profissional apresentou um alpha de 0,77 e seus itens estão relacionados com a capacidade individual de reconhecer e assumir o cansaço como um fator que afeta a atuação profissional e a segurança do paciente.

Neste estudo a AFC foi empregada para validar os resultados obtidos com a Análise Fatorial Exploratória do SAQ/CC. Dessa forma, os dados foram analisados por meio de recurso estatístico para confirmar os itens que compõem os domínios do SAQ/CC, que avalia a segurança do paciente no ambiente cirúrgico.

Dos índices empregados na AFC, o *Comparative Fit Index (CFI)* é um dos mais importantes para testar o ajuste do modelo ao medir a discrepância entre os dados e o modelo da hipótese. Os valores de CFI variam de 0 a 1, com valores maiores indicando melhor ajuste. Assim, um valor CFI de 0.95 ou superior é atualmente aceito como um indicador de bom ajuste<sup>(11,30)</sup>.

Outro índice analisado o *Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)* evita problemas de tamanho de amostra analisando a discrepância entre o modelo de hipótese e a matriz de covariância da amostra. O *RMSEA* varia de 0 a 1, com valores menores indicando melhor ajuste do modelo. Um valor de 0.06 ou menos é indicativo de ajuste de modelo aceitável<sup>(30)</sup>.

Em relação ao *Standardized Root Mean Square Residual (SRMR)* trata-se da raiz quadrada da discrepância entre a matriz de covariância da amostra e a matriz de covariância do modelo e varia de 0 a 1, com um valor igual a 0,8 sendo indicativo de um modelo aceitável<sup>(30)</sup>.

Enfim, o *Tucker-Lewis Index (TLI)* também denominado índice de ajuste não-normalizado (NNFI) é um índice de qualidade de ajuste, cujos valores devem variar entre 0 e 1, e a literatura considera que valores acima de 0.90 ou superior, indicam um bom ajuste do modelo<sup>(30)</sup>.

Neste aspecto, considerando os índices apresentados, os resultados desta pesquisa são semelhantes aos outros estudos de tradução, adaptação cultural e validação do SAQ/OR<sup>(21,22,23)</sup>, e a estrutura fatorial demonstra que a versão brasileira do questionário é válida e confiável.

## CONCLUSÃO

Esta pesquisa possibilitou adensar o conhecimento no que tange à validação de instrumentos para mensurar clima de segurança. Assim, diante dos resultados encontrados o questionário foi consolidado como um instrumento confiável para mensurar o clima de segurança no ambiente cirúrgico no contexto brasileiro.

Além disso, essa ferramenta poderá subsidiar os gestores e os pesquisadores na construção e implementação de medidas e estratégias destinadas a garantir o cuidado cirúrgico seguro e na condução de pesquisas de avaliação da cultura de segurança.

## REFERÊNCIAS

1. Couto RC, Pedrosa TMG, Roberto BAD, Daibert PB. Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil. UFMG, 2017. [Internet]. [citado 2018 jan. 27]. Disponível 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]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsms.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](http://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 Sclup 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](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://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\\_Alumas\\_Diretrizes\\_para\\_Pesquisadores](https://www.researchgate.net/publication/233735561_O_Uso_da_Analise_Fatorial_Alumas_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](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><b>Use a escala para descrever a qualidade da comunicação e da colaboração que você tem vivido em relação a:</b></p>					
		Preenchimento correto <input type="radio"/>		Preenchimento incorreto <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>X</b>
Muito Ruim	Ruim	Adequada	Boa	Muito Boa	Não se Aplica

Por favor, responda as questões abaixo com relação a sua experiência de trabalho neste Centro Cirúrgico.					
<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>X</b>
Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Neutro	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente	Não se Aplica

1. Cirurgião/Cirurgião Assistente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
2. Residente de Cirurgia e Interno	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
3. Instrumentador	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
4. Circulante de Sala	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
5. Anestesiologista/Anestesiologista Assistente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
6. Residente de Anestesia e Interno	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
7. Auxiliar do Anestesiologista	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
8. Perfusionista	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
9. Enfermeiro-Chefe de Centro Cirúrgico	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
10. Enfermeiro de Centro Cirúrgico	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
11. Enfermeiro Assistencial da Recuperação Pós-Anestésica	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
12. Enfermeiro Anestesista	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
13. Equipe de Avaliação Pré-Operatória/Pré-Anestésica	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
14. Equipe de Apoio	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
15. Outro: _____	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)

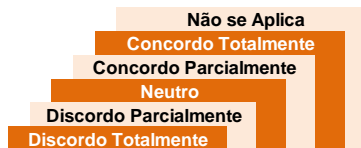
1. Eu gosto do meu trabalho.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
2. Eu me sentiria seguro(a) se fosse tratado (a) aqui como paciente.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
3. Os erros médicos* são tratados de modo apropriado neste hospital.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
4. Toda informação necessária está disponível, antes do início de um procedimento.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
5. A administração deste hospital está fazendo um bom trabalho.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
6. A administração deste hospital apoia meus esforços diários.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
7. Eu recebo retorno apropriado sobre o meu desempenho.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
8. Na Sala de Cirurgia é difícil discutir os erros.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
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.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
10. A transmissão de informações é comum no Centro Cirúrgico.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
11. Este hospital é um bom lugar para se trabalhar.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
12. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
13. A administração do hospital não compromete, conscientemente, a segurança dos pacientes.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
14. Neste Centro Cirúrgico o número de profissionais é suficiente para atender o número de pacientes.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
15. A tomada de decisão no Centro Cirúrgico utiliza informações dos profissionais envolvidos.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
16. Sou encorajado (a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter com a segurança do paciente.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
17. A cultura de segurança neste Centro Cirúrgico torna fácil aprender com os erros dos outros.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
18. O hospital lida de maneira construtiva com os profissionais problemáticos.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
19. Os equipamentos deste Centro Cirúrgico são adequados.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
20. Neste Centro Cirúrgico é difícil manifestar-me abertamente se eu percebo um problema envolvendo o cuidado do paciente.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
21. Quando a minha carga de trabalho se torna excessiva, meu desempenho é prejudicado.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
22. Recebo informações adequadas e oportunas sobre ocorrências no hospital, que podem afetar o meu trabalho.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
23. Eu conheço os meios adequados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente neste Centro Cirúrgico.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)

\*Erro Médico é definido como qualquer erro na prestação da assistência, por qualquer profissional da saúde, independentemente do resultado.

VIRE

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



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

<b>Cargo: (Assinale seu cargo)</b> <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 Anestesista <input type="radio"/> Equipe de Avaliação Pré-Operatória/Pré-Anestésica <input type="radio"/> Equipe de Apoio <input type="radio"/> Outro: _____	<b>Quantos anos de experiência você tem nesta especialidade?</b>  _____ anos
<b>Regime de Trabalho</b> <input type="radio"/> Período Integral <input type="radio"/> Período Parcial <input type="radio"/> Cooperado <input type="radio"/> Contratado <input type="radio"/> Outros: _____		<b>Grupo Étnico:</b> <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	<b>Turno Habitual</b> <input type="radio"/> Período Integral <input type="radio"/> Período Parcial <input type="radio"/> Noturno <input type="radio"/> Turnos Variáveis
<b>Sexo:</b> <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino	<b>"Opcional" cidadania:</b> _____	<b>País de nascimento (se diferente):</b> _____	
<b>COMENTÁRIOS:</b> 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.

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia