

Validação psicométrica de instrumento que avalia a cultura de segurança na Atenção Primária

Psychometric validation of a tool that assesses safety culture in Primary Care

Validación psicométrica del instrumento que evalúa la cultura de seguridad en la Atención Primaria

Sandra Dal Pai^{1,2}

Tassiane Ferreira Langendorf³

Maria Cristina Soares Rodrigues⁴

Manuel Portela Romero⁵

Marli Maria Loro¹

Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz¹

Descritores

Segurança do paciente; Atenção primária à saúde; Estudos de validação

Keywords

Patient safety; Primary health care; Validation studies

Descriptores

Seguridad del paciente; Atención primaria de salud; Estudios de validación

Submetido

19 de Janeiro de 2019

Aceito

11 de Julho de 2019

Resumo

Objetivo: Analisar a confiabilidade e validade das propriedades psicométricas da versão brasileira do instrumento para Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária à Saúde.

Métodos: Estudo transversal quantitativo, realizado com profissionais da equipe multiprofissional atuantes na Atenção Primária à Saúde de um município da região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. O instrumento utilizado foi "Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária à Saúde". Resultados: O Alfa de Cronbach foi considerado satisfatório. A análise fatorial alcançou cargas satisfatórias no conjunto de seus fatores. O instrumento apresentou viabilidade de aplicação e potencial de avaliação da estrutura para a qual se propõe.

Conclusão: A versão brasileira do questionário mostrou-se válida e confiável, podendo contribuir com pesquisas sobre a cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde no país.

Abstract

Objective: To analyze the reliability and validity of psychometric properties of the Brazilian version of the Survey on Patient Safety Culture in Primary Care.

Methods: A quantitative cross-sectional study conducted with multidisciplinary team professionals working in Primary Health Care in a city in the Northwest region of Rio Grande do Sul State, Brazil. The tool used was "Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária à Saúde" (Survey on Patient Safety Culture in Primary Care).

Results: Cronbach's alpha was considered satisfactory. Factorial analysis reached satisfactory loads in all its factors. The tool showed feasibility of application and potential structure assessment for which it is proposed.

Conclusion: The Brazilian version of the questionnaire proved to be valid and reliable and could contribute to research on Patient Safety Culture in Primary Care in the country.

Resumen

Objetivo: Analizar la confiabilidad y validez de las propiedades psicométricas de la versión brasileña del instrumento "Encuesta sobre cultura de seguridad del paciente de Atención Primaria de Salud".

Métodos: Estudio transversal cuantitativo, realizado con profesionales del equipo multiprofesional que trabajan en la Atención Primaria de Salud de un municipio de la región noroeste del estado de Rio Grande do Sul, Brasil. El instrumento utilizado fue la "Encuesta sobre cultura de seguridad del paciente de Atención Primaria de Salud". Resultados: El alfa de Cronbach fue considerado satisfactorio. El análisis factorial alcanzó cargas satisfactorias en el conjunto de sus factores. El instrumento presentó viabilidad de aplicación y potencial de evaluación de la estructura para la que se propone.

Conclusión: La versión brasileña del cuestionario demostró ser válida y confiable, de esta forma puede contribuir con estudios sobre la cultura de seguridad del paciente en la Atención Primaria de Salud en el país.

Autor correspondente

Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz
<https://orcid.org/0000-0002-5902-7449>
E-mail: adri.saudecoletiva@gmail.com

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900089>



Como citar:

Dal Pai S, Langendorf TF, Rodrigues MC, Romero MP, Loro MM, Kolankiewicz AC. Validação psicométrica de instrumento que avalia a cultura de segurança na Atenção Primária. Acta Paul Enferm. 2019;32(6):642-50.

¹Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, RS, Brasil.

²Universidade de Cruz Alta, Ijuí, RS, Brasil.

³Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

⁴Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

⁵Complexo Hospitalar Universitário de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, Espanha.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Introdução

Na contemporaneidade, a segurança do paciente é reconhecida como livre de danos ou prejuízos, tanto para os trabalhadores que realizam cuidados, quanto para os pacientes que são assistidos,⁽¹⁾ considerada como o principal atributo para garantir qualidade aos cuidados de saúde.⁽²⁾

Esse tema tem sido foco de discussão entre líderes e gestores de diferentes países, tendo em vista os inúmeros Eventos Adversos (EAs) que ocorrem durante a assistência à saúde.⁽³⁻⁹⁾ As discussões refletem o empenho das organizações para a adoção de medidas que possibilitem o enfrentamento e redução dos EAs, estes definidos como incidentes que resultam em dano, quando o erro atinge o paciente.⁽¹⁰⁾

Nos serviços de saúde há condições que envolvem riscos aumentados de EAs. Na Atenção Primária à Saúde (APS), esse fato está relacionado à elevada demanda de usuários acometidos por múltiplas condições crônicas de saúde, com idade avançada, polimedicados e que vivem em situação de vulnerabilidade social, representando, assim, problema de saúde pública.⁽¹¹⁾

Um estudo pioneiro no Brasil, que mensurou incidentes em 11.233 consultas em 13 Unidades de Saúde da Família (USFs) em uma microrregião do Estado do Rio de Janeiro, identificou 0,91% EAs, com prevalência de erros administrativos, falhas na comunicação interprofissional, erros no tratamento, na execução de tarefas clínicas e de diagnóstico.⁽¹²⁾

Uma cultura de segurança positiva deve ser expressa nos serviços que integram a Rede de Atenção à Saúde (RAS), com vistas a reduzir a ocorrência de EAs e melhorar o clima de segurança, sobretudo na APS.⁽¹³⁾ A APS é compreendida como coordenadora do cuidado na RAS, bem como centro comunicador entre os serviços de saúde.⁽¹⁴⁾ Portanto, avaliar a cultura de segurança do paciente na APS é fundamental, pois permite identificar aspectos que interferem diretamente no cuidado dispensado ao usuário.

No Brasil, até o momento, existem dois instrumentos validados que mensuram a cultura de segurança do paciente na APS. Tem-se o Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version (SAQ-AV), criado em 2007 nos Estados Unidos da

América (EUA), traduzido e adaptado para uso no Brasil,⁽¹⁵⁾ e o instrumento Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária à Saúde, adaptado e validado semanticamente para o Brasil⁽¹³⁾ a partir da versão original Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC), desenvolvida nos EUA, em 2007.⁽¹⁶⁾

O MOSPSC tem como tradução original inglesa Pesquisa de Consultório Médico sobre Segurança do Paciente, e foi traduzido, validado linguisticamente e psicometricamente na Espanha,⁽¹⁷⁾ no Iêmen⁽¹⁸⁾ e em Portugal.⁽¹¹⁾ No Brasil, o instrumento foi traduzido, adaptado e validado, com análise semântica e avaliação da clareza e compreensão dos itens,⁽¹³⁾ fazendo-se necessário realizar a validação psicométrica.

Um instrumento de medida válido, fiável e consistente para a mensuração da cultura de segurança na APS, fornece evidências relevantes, de modo a assegurar a confiabilidade dos resultados de estudos, auxiliando na análise global, com subsídios para estabelecer um planejamento estratégico com vistas à melhoria da qualidade dos serviços, além de proporcionar comparações de pesquisas nacionais e internacionais.

Pelo exposto, o objetivo do estudo foi analisar a confiabilidade e validade das propriedades psicométricas da versão brasileira do instrumento Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária à Saúde.

Métodos

Estudo transversal de caráter quantitativo, realizado em 17 Unidades de Saúde da Família (USFs), localizadas em um município do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2017 a abril de 2018. No mês anterior à coleta, as USFs contavam com 228 profissionais da equipe multiprofissional. A seleção dos participantes foi por amostragem de conveniência.

Foram critérios de inclusão: ser profissional da equipe multiprofissional que prestava assistência direta e indireta ao paciente, atuar na unidade há pelo menos 30 dias e trabalhar 20 horas semanais, no

mínimo. Este tempo e carga horária estabelecidos permitem aos colaboradores ter maior conhecimento sobre valores, atitudes, percepções e competências individuais e grupais que determinam o compromisso e a proficiência relacionados à segurança do paciente na instituição em que atuam.⁽¹⁹⁾ Como critério de exclusão estabeleceu-se: estar em licença saúde ou outro tipo de afastamento no período de coleta de dados.

Após aplicar esses critérios, foram excluídos 24 profissionais por estarem em licença-maternidade ou de saúde e 10 por não atuarem na unidade havia pelo menos 30 dias, o que resultou em 194 profissionais. Destes, seis se recusaram a participar. Assim, participaram 188 profissionais, entre médicos, odontólogos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, auxiliares de consultório dentário, assistentes sociais, educadores físicos e atendentes administrativos.

Para realizar a coleta de dados, inicialmente, foi solicitada à instituição pesquisada uma lista com os nomes dos colaboradores e seus respectivos turnos de trabalho. A seguir, fez-se contato com os gestores das unidades para definir o melhor horário e data para aplicação do questionário. A coleta de dados foi realizada no ambiente de trabalho dos profissionais, por uma pesquisadora, durante a reunião de equipe. Todos os participantes receberam informações no que tange à pesquisa, como objetivo, justificativa, riscos e benefícios, e também questões legais e éticas. Após a concordância em participar, receberam um envelope contendo o questionário acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias. Foi garantida a privacidade dos respondentes.

A pesquisadora permaneceu na sala, a fim de esclarecer dúvidas, caso houvesse, e receber o questionário respondido. O tempo que os profissionais levaram para responder o questionário variou de 20 a 45 minutos. Foi utilizada como instrumento a versão brasileira do questionário Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária à Saúde, que avalia a cultura de segurança do paciente na APS.⁽¹³⁾

O instrumento original é constituído por 51 perguntas que medem 12 dimensões do construto da segurança do paciente, que incluem: comunicação aberta, comunicação sobre o erro, troca de informações com outros setores, processo de trabalho e padronização, aprendizagem organizacional, percepção geral da segurança do paciente e qualidade, apoio dos gestores na segurança do paciente, seguimento da assistência ao paciente, questões relacionadas à segurança do paciente e qualidade, treinamento da equipe, trabalho em equipe e pressão e ritmo de trabalho.⁽¹⁶⁾ Na tradução, adaptação e validação semântica do questionário MOSPSC para o Brasil, o instrumento ficou composto por 12 constructos que medem a cultura de segurança do paciente.⁽¹³⁾

Para avaliar a Cultura de Segurança do Paciente na população em que foi aplicado o questionário, considerou-se percepção positiva a dimensão onde o Índice de Segurança do Sintético do Paciente (ISSP) foi >3 e percepção claramente positiva quando o ISSP foi ≥ 4 .⁽⁹⁾

Os dados foram organizados no programa Epi-Info® 6.04, com dupla digitação independente. Após correções de erros e inconsistências, a análise estatística foi realizada no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®), versão 18.0 for Windows. As variáveis categóricas estão expressas em frequências absolutas e proporções, e as quantitativas, descritas por medidas de tendência central (média ou mediana) e dispersão (desvio padrão ou intervalo interquartil), de acordo com a distribuição de normalidade avaliada pelo teste Kolmogorov-Smirnov.

Para realizar uma análise comparativa de todas as dimensões que compõem o questionário, a escala de resposta original para as seções A (Aspectos relacionados à segurança e qualidade do paciente) e B (Intercâmbio de informações com outros dispositivos de saúde), que têm seis categorias de resposta, foi transformada em uma escala de classificação 1 a 5, como o restante das seções, aplicando a fórmula de Pontuação Atribuída na Escala Original (PEO) $\times (4/5) + 0,2$. Neste processo, foi levado em conta que o questionário utilizado contém questões colocadas positivamente e outras negativamente. As questões

reversas do instrumento referem-se aos itens C3, C6, C8, C10, C12, C14, D4, D7, D10, E1, E2, E4, F3, F4 e F6. Feitas essas transformações, calculou-se uma pontuação resumida específica de cada dimensão, por meio da média das pontuações atribuídas às questões que compõem a dimensão correspondente.

O ISSP foi definido como a média dos escores de todas as questões que compõem as 12 dimensões analisadas. Em todos os casos, o intervalo foi de 1 a 5. As frequências relativas de cada questão foram calculadas e os indicadores compostos de cada dimensão foram medidos pela seguinte fórmula:⁽⁹⁾

$$\frac{\Sigma \text{respostas (positivas, neutras e negativas) nos itens de uma dimensão}}{\text{Número de respostas totais nos itens de uma dimensão}}$$

A consistência interna da escala MOSPSC foi investigada pelo coeficiente interno alfa de Cronbach, calculado separadamente para cada domínio. Além disso, os itens reversos foram ajustados para o cálculo do alfa de Cronbach. Para validação do instrumento, este foi testado quanto à sua estrutura fatorial, tendo sido empregada a técnica de análise fatorial exploratória pelo método dos componentes principais e realizada análise fatorial pelo método de extração dos eixos principais, rotação Varimax.

Projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o Parecer consubstanciado número 2.413.567, de 4 de dezembro de 2017, respeitando-se os padrões éticos preconizados conforme a Resolução 466/2012.

Resultados

A população pesquisada para a validação psicométrica do instrumento, em sua maioria, era do sexo feminino (87,8%), com idade predominante de 31 a 50 anos (58%). Os níveis de escolaridade mais frequentes foram o ensino médio (42,8%) e a pós-graduação (31,6%). Prevaleram os períodos de tempo de trabalho na unidade de mais de 11 anos (27,8%) e de 6 a 10,9 anos (25,1%). Quanto às horas trabalhadas por semana, a maioria dos profissionais cumpria carga horária acima de 32 horas (91,0%).

A equipe de saúde avaliada, em geral, possuía percepção positiva em relação à cultura de segurança do paciente (ISSP=3,64), na maioria dos domínios, entre eles: Segurança do paciente e qualidade (4,12); Troca de informações com outras instituições (4,11); Treinamento da Equipe (3,40); Processo de trabalho e padronização (3,64); Comunicação sobre o erro (3,89); Apoio dos gestores na segurança do paciente (3,19); Aprendizagem organizacional (3,87); Percepção geral sobre segurança do paciente e qualidade (3,72); Avaliação geral em segurança do paciente (3,48); e Avaliação Global da qualidade (3,45) (Tabela 1).

Considerando-se a estrutura original da escala MOSPSC, foi investigada a consistência por meio do alfa de Cronbach (αC). As estimativas apontaram para confiabilidade satisfatória ($\alpha C \geq 0,700$) nos domínios Lista de questões sobre segurança do paciente e qualidade ($\alpha C = 0,848$), Troca de informações com outras instituições ($\alpha C = 0,853$),

Tabela 1. Medidas de tendência central e de variabilidade para os domínios Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC)

Domínios	Média	Desvio padrão	Amplitude		Quartis			αC
			Mínimo	Máximo	1º	2º Mediana	3º	
Segurança do paciente e qualidade	4,12	0,77	1,00	5,00	3,89	4,28	4,60	0,848
Troca de informações com outros setores	4,11	0,75	1,40	5,00	3,80	4,20	4,80	0,853
Trabalho em equipe	4,31	0,48	2,00	5,00	4,00	4,25	4,75	0,603
Pressão e Ritmo de trabalho	2,38	0,76	1,00	5,00	1,75	2,25	2,75	0,683
Treinamento da equipe	3,40	0,75	1,00	5,00	3,00	3,33	4,00	0,603
Processo de trabalho e padronização	3,64	0,63	1,00	5,00	3,27	3,75	4,00	0,477
Comunicação Aberta	4,07	0,66	1,75	5,00	3,50	4,00	4,54	0,676
Seguimento da assistência ao paciente	4,32	0,58	3,00	5,00	4,00	4,50	4,75	0,660
Comunicação sobre o erro	3,89	0,65	2,00	5,00	3,50	4,00	4,25	0,416
Apoio dos gestores na segurança do paciente	3,19	0,77	1,00	5,00	2,75	3,25	3,75	0,703
Aprendizagem organizacional	3,87	0,70	1,00	5,00	3,67	4,00	4,33	0,568
Percepção geral sobre segurança do paciente e qualidade	3,72	0,61	2,00	5,00	3,50	3,75	4,13	0,620
Avaliação geral em segurança do paciente	3,48	0,73	2,00	5,00	3,00	3,00	4,00	---
Avaliação Global da qualidade	3,45	0,66	2,00	5,00	3,00	3,40	4,00	0,829
Índice sintético (ISSP)	3,64	0,84	1,00	5,00	3,77	4,25	4,75	0,941

Apoio dos gestores na segurança do paciente ($\alpha_C = 0,703$) e Avaliação global sobre a qualidade e segurança ($\alpha_C = 0,829$) (Tabela 1).

No que se refere à confiabilidade aceitável ($0,600 \leq \alpha_C < 0,700$), obteve-se nos domínios Trabalho em equipe ($\alpha_C = 0,603$), Pressão e ritmo de trabalho ($\alpha_C = 0,683$), Treinamento da equipe ($\alpha_C = 0,603$), Comunicação aberta ($\alpha_C = 0,676$), Seguimento da assistência ao paciente ($\alpha_C = 0,660$) e Percepção geral sobre segurança do paciente e qualidade ($\alpha_C = 0,620$). Ainda, os domínios Processo de trabalho e padronização ($\alpha_C = 0,477$) e Comunicação sobre o erro ($\alpha_C = 0,416$) apresentaram confiabilidade abaixo do mínimo aceitável (Tabela 1).

Para análise da confiabilidade, o instrumento MOSPSC foi testado quanto à estrutura fatorial, para identificar a distribuição dos itens, em cada um dos domínios, e este se mostrou semelhante à estrutura pré-estabelecida. A escala MOSPSC apresentou significativo ajustamento representado pelo resultado do teste de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) de 0,835 e pelo teste de esfericidade de Bartlett, significativo [$\chi^2(1596) = 1914,773$; $p < 0,001$], que atestou a possibilidade de realização da análise fatorial. A matriz anti-imagem corrobora a adequação amostral dos itens do instrumento para o uso da análise fatorial, apresentando todos os valores elevados na sua diagonal, entre 0,885 (na variável “D11”) e 0,977 (na variável “A2”), sugerindo a inclusão de todas as variáveis para a análise fatorial.

O critério da raiz latente ou valor próprio foi respeitado, onde apenas os valores próprios ≥ 1 foram considerados significantes. O critério de Guttman-Keiser estimou que devem ser extraídas 14 variáveis latentes, onde a primeira apresentou um valor próprio de 5,232, carregando cerca de 9,386% da variância, enquanto que no último fator (F14) o valor próprio foi de 1,235, que conseguiu explicar 2,551% da variância da escala. O modelo fatorial alcançou uma proporção de variância explicada de 63,444% (Tabela 2).

Nas informações referentes aos itens que compuseram cada uma das variáveis latentes, verificou-se inicialmente que as comunalidades tiveram a menor contribuição para explicar a estrutura fatorial no item A10 (0,528), enquanto que o item que mais contribuiu foi C11 (0,783).

Tabela 2. Extração de fatores matriz rotacionada, autovalores e proporção de variância explicada para escala MOSPSC

Componente fatorial (variável latente)	Autovalores	% Variância explicada	
		Por fator	Acumulada
1	5,232	9,386	9,386
2	4,289	7,695	17,081
3	2,963	5,316	22,397
4	2,880	5,167	27,563
5	2,577	4,624	32,188
6	2,509	4,502	36,690
7	2,386	4,281	40,971
8	2,159	3,874	44,845
9	2,001	3,589	48,434
10	1,800	3,230	51,664
11	1,782	3,197	54,861
12	1,687	3,120	57,981
13	1,427	2,912	60,893
14	1,235	2,551	63,444

Extraction Method: Principal Component Analysis; Rotação varimax

De acordo com os resultados da Tabela 2, o Fator 1, responsável pelo maior poder de explicação sobre a escala (9,386%), agrupou os itens do fator “Questões relacionadas com a segurança do paciente e qualidade”. Ou seja, estes itens compuseram o fator mais importante para explicar a escala. Na sequência tem-se:

- Fator 2 (7,695%): Avaliação global sobre qualidade e segurança (G1A, G1B, G1C, G1D, G1E);
- Fator 3 (5,316%): Comunicação aberta (D1, D2, D4, D10);
- Fator 4 (5,167%): Processo de trabalho e Padronização (C8, C9, C12, C15);
- Fator 5 (4,624%): Trabalho em equipe (C1, C2, C5, C13);
- Fator 6 (4,502%): Pressão e ritmo de trabalho (C3, C6, C11, C14);
- Fator 7 (4,281%): Troca de informações com outras instituições (B1, B2, B3, B4);
- Fator 8 (3,874%): Treinamento da equipe (C4, C7, C10);
- Fator 9 (3,589%): Apoio dos gestores na segurança do paciente (E1, E2, E3, E4);
- Fator 10 (3,230%): Seguimento da assistência ao paciente (D3, D5, D6, D9);
- Fator 11 (3,197%): Avaliação geral em segurança do paciente
- Fator 12 (3,120%): Comunicação sobre o erro (D7, D8, D11, D12);
- Fator 13 (2,912%): Aprendizagem organizacional (F1, F5, F7);

- Fator 14 (2,551%): Percepção global sobre segurança do paciente e qualidade (F2, F3, F4, F6).

Chama a atenção o fato de que os fatores da escala onde houve comprometimento da confiabilidade esti-

mada pelo Alfa de Cronbach apresentaram cargas fatoriais satisfatórias no conjunto de seus fatores. Desta forma, a manutenção destes itens não implicará em comprometimento sobre os resultados da escala (Tabela 3).

Tabela 3. Matriz de análise fatorial com rotação Varimax e normalização de Keiser para 14 fatores para a escala MOSPSC

ITENS	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14
A1	0,602													
A2	0,518													
A3	0,437													
A4	0,350													
A5	0,578													
A6	0,463													
A7	0,586													
A8	0,476													
A9	0,661													
A10	0,575													
B1							0,704							
B2							0,744							
B3							0,750							
B4							0,630							
B5														
C1					0,752									
C2					0,747									
C5					0,555									
C13					0,418									
C3						0,555								
C6						0,751								
C11						0,781								
C14						0,801								
C4								0,431						
C7								0,577						
C10								0,366						
C8				0,511										
C9				0,630										
C12				0,487										
C15				0,655										
D1			0,599											
D2			0,603											
D4			0,464					0,495						
D10			0,369					0,333						
D3									0,490					
D5									0,489					
D6									0,480					
D9									0,452					
D7												0,488		
D8												0,419		
D11												0,531		
D12												0,369		
E1									0,552					
E2									0,735					
E3									0,766					
E4									0,591					
F1													0,552	
F5													0,553	
F7													0,403	
F2														0,674
F3														0,466
F4														0,594
F6														0,463
G1A		0,689												
G1B		0,756												
G1C		0,640												
G1D		0,703												
G1E		0,731												
G2										0,686				

Omitidos valores próprios < 0,300 e as variáveis foram agrupadas por cargas em cada fator

Dessa forma, respeitando-se os resultados obtidos na confiabilidade e validação fatorial da escala MOSPSC nesta amostra, há evidências de que foi alcançada a estrutura pré-estabelecida para o referido instrumento. O instrumento apresentou viabilidade de aplicação e potencial de avaliação da estrutura para a qual se propõe. Os resultados foram considerados confiáveis devido ao ajuste do modelo da análise fatorial exploratória obtida por meio de métodos de distribuição assimétrica livre adequados com vistas a estimar itens categóricos ordinais com distribuição não paramétrica.

Discussão

O instrumento mostrou-se confiável e satisfatório para ser usado na população brasileira, tendo em vista sua semelhança com estudos de validação realizados em outros países.^(11,17) Cabe salientar que, nas dimensões citadas, a possibilidade de descarte dos itens com baixas correlações não alteraria de maneira significativa o *alpha* dos domínios e da composição da escala, que passaria de 0,974 para 0,943 na composição total da escala, de 0,477 para 0,498 no domínio “Processo de trabalho e padronização”, e de 0,416 para 0,663 no domínio “Comunicação sobre o erro”. Tais alterações não se justificam, pois não há como garantir que a exclusão dos itens não prejudicaria a validade de conteúdo.⁽²⁰⁾

Ainda, quando comparado com estudos de validação realizados em diferentes países, a utilização do instrumento com a totalidade dos componentes da escala apresentou resultados sem prejuízos para a avaliação da cultura de segurança. Os valores de α de Cronbach obtidos são semelhantes aos notificados pela Agency for Health Research and Quality (AHRQ), na maioria das dimensões, os quais são considerados adequados.⁽²¹⁾

A adaptação do MOSPSC para a Espanha⁽¹⁷⁾ obteve α geral de 0,96. Na referida adaptação, foram acrescentadas questões e, ao se avaliar o α para cada dimensão, obteve-se valor insatisfatório para treinamento da equipe e seguimento da assistência ao paciente. Na validação para a versão árabe,⁽¹⁸⁾ o α variou entre 0,20 e 0,70, tendo sido excluídas as di-

mensões Troca de informações com outras instituições e Lista de questões sobre segurança do paciente e qualidade por alta taxa de não resposta e não aplicabilidade. Resultado semelhante foi encontrado na validação da versão portuguesa,⁽¹¹⁾ onde o α variou de 0,52 a 0,88, e pelos mesmos motivos citados no estudo anterior as duas dimensões foram excluídas.

De acordo com os resultados da investigação em tela, o fator responsável pelo maior poder de explicação sobre a escala (9,386%) agrupou os itens do fator Questões relacionadas com a segurança do paciente e qualidade. Em estudos realizados no Iêmen⁽¹⁸⁾ e Portugal,⁽¹¹⁾ essa dimensão foi excluída pela alta taxa de não resposta e não aplicabilidade, contrariamente ao presente estudo, que obteve taxa de respostas de 97%. Essa elevada taxa de resposta deve-se à disponibilidade da pesquisadora em permanecer nas referidas unidades. Estudo que avalia a cultura de segurança recomenda que se obtenha o máximo possível de participação dos profissionais em avaliações de cultura de segurança, pois, quanto maior a taxa de resposta, mais adequada é a sua representação.⁽¹⁶⁾

O segundo maior fator (7,695%) foi a dimensão Avaliação global sobre qualidade e segurança (G1A, G1B, G1C, G1D, G1E). No estudo de validação árabe⁽¹⁸⁾ este domínio também manteve cinco questões, igual ao instrumento original. Na versão espanhola,⁽¹⁷⁾ esta dimensão apresenta seis questões, na qual incluiu-se a pergunta relacionada à Avaliação geral em segurança do paciente (G2).

Nos estudos espanhol⁽¹⁷⁾ e árabe,⁽¹⁸⁾ o fator 3 (5,316%), Comunicação aberta (D1, D2, D4, D10), se manteve presente e com as mesmas questões do instrumento original. O fator 4 (5,167%), que se refere ao Processo de trabalho e Padronização (C8, C9, C12, C15), também se manteve com as mesmas questões no estudo árabe.⁽¹⁸⁾ No entanto, na validação espanhola⁽¹⁷⁾ foi incorporada uma questão nesta dimensão (C19).

Os resultados para o fator 5 (4,624%), referente ao Trabalho em equipe (C1, C2, C5, C13), e para o fator 6 (4,502%), Pressão e ritmo de trabalho (C3, C6, C11, C14), não tiveram questões modificadas nos estudos de validação espanhola⁽¹⁷⁾ e árabe.⁽¹⁸⁾

O domínio Troca de informações com outras instituições (B1, B2, B3, B4) relaciona-se ao fator 7

(4,281%). Nos estudos de validação do Iêmen⁽¹⁸⁾ e de Portugal,⁽¹¹⁾ esta dimensão foi excluída pela alta taxa de não resposta e não aplicabilidade. No estudo da Espanha,⁽¹⁷⁾ esta dimensão teve uma questão excluída (B5), que constava no instrumento original MOSPSC, a qual se refere a uma questão que poderia ser descrita pelo inquirido, especificando o setor de contato.

O domínio Treinamento da equipe (C4, C7, C10) identifica-se como o fator 8 (3,874%) da escala. Na versão espanhola,⁽¹⁷⁾ esta dimensão teve questões duplicadas para profissionais assistentes e não assistentes e teve questões acrescentadas (C16, C17, C17, C19). No estudo árabe,⁽¹⁸⁾ este domínio se manteve com as mesmas questões do instrumento original. Nestes mesmos países,^(17,18) o nono fator (3,589%), Apoio dos gestores na segurança do paciente (E1, E2, E3, E4), e o fator 10 (3,230%), Seguimento da assistência ao paciente (D3, D5, D6, D9), não tiveram questões modificadas. O Fator 11 (3,197%), relacionado a G2 Avaliação geral em segurança do paciente, não foi mensurado separadamente nos outros estudos de validação.^(11,17,18)

A Comunicação sobre o erro (D7, D8, D11, D12) relaciona-se ao fator 12 (3,120%), e na versão do estudo espanhol⁽¹⁷⁾ teve questões incorporadas na solução fatorial (D13, D14). Na versão árabe,⁽¹⁸⁾ o instrumento foi mantido com as mesmas questões do instrumento original. Por fim, o fator 13 (2,912%), referente à Aprendizagem organizacional (F1, F5, F7), e o fator 14 (2,551%), Percepção global sobre segurança do paciente e qualidade (F2, F3, F4, F6), não tiveram questões modificadas nos estudos de validação espanhol⁽¹⁷⁾ e árabe.⁽¹⁸⁾

Evidencia-se, neste estudo, que os profissionais inquiridos possuíam uma cultura de segurança positiva. Nas organizações providas com cultura de segurança positiva, isso se dá pela comunicação baseada na confiança recíproca, compreensões compartilhadas sobre a importância da segurança e pela confiança na efetividade das medidas preventivas.⁽¹⁶⁾ Uma cultura de segurança positiva significa que os líderes e gestores do serviço trabalham para garantir que os cuidados sejam prestados com segurança e qualidade, utilizando diferentes ferramentas para identificar as lacunas e criar processos de saúde mais seguros.⁽²²⁾

Este estudo foi desenvolvido em um município do Estado do Rio Grande do Sul, aspecto que pode se configurar em uma limitação para a generalização dos seus resultados. Apesar disso, os resultados obtidos nesta pesquisa contribuem para a disseminação do conhecimento sobre o tema, pois ainda há poucos dados na literatura.

Ressalta-se que este estudo de validação psicométrica é de caráter inédito no Brasil, configurando-se como ponto de partida para futuras investigações que podem ser realizadas em outras regiões brasileiras.

Conclusão

A versão do questionário Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária à Saúde apresentou propriedades psicométricas válidas e confiáveis, quando aplicada em um município da Região Sul brasileira. A cultura de segurança do paciente foi positiva na maior parte dos domínios do instrumento, excetuando-se para o domínio Pressão e ritmo de trabalho. Os resultados obtidos são fundamentais para a aplicação do instrumento em estudos que pretendam avaliar a cultura de segurança do paciente na APS nas diferentes regiões do país. Assim, futuros estudos podem ser desenvolvidos com um instrumento validado psicometricamente para o Brasil, para se conhecer a presente cultura de segurança, recomendando-se, destarte, a validação do instrumento com profissionais de outros locais, expressando a cultura do processo de trabalho para a segurança do paciente e a qualidade em seus espaços microrregionais.

Colaborações

Dal Pai S, Langendorf TF, Rodrigues MCS, Romero MP, Loro MM e Kolankiewicz ACB contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. National Patient Safety Foundation (NPSF). Free from harm: accelerating patient safety improvement fifteen years after to err is human [Internet]. Boston, MA: NPSF; 2015. [cited 2018 Sep 22]. Available from: <http://www.npsf.org/?page=freefromharm>
2. Reis CT, Martins M, Laguardia J. [Patient safety as a dimension of the quality of health care: a look at the literature]. *Cien Saude Colet*. 2013;18(7):2029-36. Portuguese.
3. Gehring K, Schwappach DL, Battaglia M, Buff R, Huber F, Sauter P, et al. Safety climate and its association with office type and team involvement in primary care. *Int J Qual Health Care*. 2013;25(4):394-402.
4. Mendes CM, Barroso FF. [Promoting a culture of safety in primary health care]. *Rev Port Saude Publica*. 2014;32(2):197-205. Portuguese.
5. Cogollo RR, Alvarado IR, Flores TG, Villar JI, Ruiz SC. [Patient safety culture in family and community medicine residents in Aragon]. *Rev Calid Asist*. 2014;29(3):143-9. Spanish.
6. Parker D, Wensing M, Esmail A, Valderas JM. Measurement tools and process indicators of patient safety culture in primary care. A mixed methods study by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. *Eur J Gen Pract*. 2015;21(Suppl):26-30.
7. Pohlman KA, Carroll L, Hartling L, Tsuyuki R, Vohra S. Attitudes and opinions of doctors of chiropractic specializing in pediatric care toward patient safety: a cross-sectional survey. *J Manip Physiol Ther*. 2016;39(7):487-93.
8. Martinez W, Lehmann LS, Thomas EJ, Etchegaray JM, Shelburne JT, Hickson GB, et al. Speaking up about traditional and professionalism-related patient safety threats: a national survey of interns and residents. *BMJ Qual Saf*. 2017;26(11):869-80.
9. Romero MP, González RB, Calvo MS. [Patient safety culture in Family practice residents of Galicia]. *Aten Primaria*. 2017;49(6):343-50. Spanish.
10. World Health Organization (WHO). The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Genève: World Health Organization; 2009.
11. Ornelas MD, Pais D, Sousa P. Patient safety culture in portuguese primary health care. *Qual Prim Care*. 2016;24(5):214-8.
12. Marchon SG, Mendes WV Jr, Pavão AL. [Characteristics of adverse events in primary health care in Brazil]. *Cad Saude Pública*. 2015; 31(11):1-16. Portuguese.
13. Timm M, Rodrigues MC. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. *Acta Paul Enferm*. 2016;29(1):26-37.
14. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
15. Paese F, Dal Sasso GT. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(2):302-10.
16. Sorra J, Gray L, Famolaro T, Yount N, Behm J. AHRQ Medical Office Survey on Patient Safety Culture: User's Guide [Internet]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; June 2016. (AHRQ Publication No. 15(16)-0051-EF (Replaces 08(09)-0059). [cited 2018 Aug 13]. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/userguide/mosurveyguide.pdf>
17. Casalengua ML, Olivera-Cañadas G, Astier-Peña MP, Maderuelo-Fernández JÁ, Silvestre-Busto C. [Validation of a questionnaire to assess patient safety culture in spanish primary health care professionals]. *Aten Primaria*. 2013;45(1):21-37. Spanish.
18. Webair HH, Al-Assani SS, Al-Haddad RH, Al-Shaeeb WH, Bin Selm MA, Alyamani AS. Assessment of patient safety culture in primary care setting, Al-Mukala, Yemen. *BMC Fam Pract*. 2015;16:136.
19. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:44.
20. Pasquali L, organizador. Técnicas de exame psicológico - TEP Manual, Fundamentos das técnicas psicológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
21. SOPST™ Medical Office Survey Items and Composites. Version 1.0. [Internet]. [cited 2019 Jul 3]. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medofficeitemscompositesrevised.pdf>
22. Astier-Peña MP, Torijano-Casalengua ML, Olivera-Cañadas G, Silvestre-Busto C, Agra-Varela Y, Maderuelo-Fernández JÁ. Are Spanish primary care professionals aware of patient safety? *Eur J Public Health*. 2015;25(5):781-7.