



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Universidade Federal de São Paulo

Brasil

Campos de Andrade Lourenção, Daniela; Rizatto Tronchin, Daisy Maria
Segurança do paciente no ambiente cirúrgico: tradução e adaptação cultural de
instrumento validado

Acta Paulista de Enfermagem, vol. 29, núm. 1, enero-febrero, 2016, pp. 1-8
Universidade Federal de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307045560002>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Segurança do paciente no ambiente cirúrgico: tradução e adaptação cultural de instrumento validado

Patient safety in the surgical environment: translation and cross-cultural adaptation of validated instrument

Daniela Campos de Andrade Lourençao¹

Daisy Maria Rizatto Tronchin¹

Descritores

Segurança do paciente; Tradução; Questionários; Enfermagem de centro cirúrgico; Enfermagem perioperatória; Serviço hospitalar de enfermagem

Keywords

Patient safety; Translating; Questionnaires; Operating room nursing; Perioperative nursing; Nursing service, hospital

Submetido

18 de Novembro de 2015

Aceito

15 de Fevereiro de 2016

Autor correspondente

Daniela Campos de Andrade Lourençao
Av. Dr. Enéas Aguiar de Carvalho, 419,
05403-000, São Paulo, SP, Brasil.
danielalourencao@usp.br

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600002>



Resumo

Objetivo: Traduzir e adaptar o *Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room Version* para a língua portuguesa. **Métodos:** Pesquisa metodológica de adaptação transcultural que empregou as etapas: tradução, síntese, retrotradução, avaliação por comitê de juízes, pré-teste, submissão e avaliação dos relatórios pelos autores do instrumento original. A validação de conteúdo foi realizada mediante as equivalências semântica, idiomática, conceitual, experiencial e de conteúdo. Participaram 12 juízes e o índice de concordância correspondeu a $\geq 80\%$.

Resultados: As etapas de tradução e retrotradução foram consideradas adequadas e na avaliação da síntese pelos juízes foi indicada alteração em 41 itens, do total de 137. Em relação ao processo de validação das equivalências realizado pelos juízes, o consenso geral do instrumento obteve 84,1% de equivalência, 9,3% de não equivalência e 6,6% de indecisos. No pré-teste, o tempo médio de preenchimento correspondeu a 16,5 minutos.

Conclusão: O processo de tradução e adaptação apresentou adequação quanto à validade de conteúdo mediante os índices obtidos nas equivalências e compreensão pelos sujeitos, e foi aprovado pelos autores.

Abstract

Objective: To translate and adapt the Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room Version into Portuguese. **Methods:** Methodological research of cross-cultural adaptation which applied the stages: translation, synthesis, back-translation, expert panel evaluation, pretest, submission and evaluation of the reports by the authors of the original instrument. The content validation was performed using the semantic, idiomatic, conceptual, experiential and content equivalence. A total of 12 experts participated and the agreement index corresponded to $\geq 80\%$.

Results: The stages of translation and back-translation were considered adequate and in the synthesis evaluation by the experts, changes were indicated in 41 items from the total of 137. Regarding the equivalence of the validation process carried out by the experts, the general consensus of the instrument obtained 84.1% equivalence, 9.3% of non-equivalence and 6.6% undecided. In the pretest, the mean time to fill in the questionnaire corresponded to 16.5 minutes.

Conclusion: The process of translation and adaptation presented adequacy as to the validity of content through the indices obtained in equivalences and understanding for the subjects, and it was approved by the authors.

¹Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

Na última década a segurança do paciente tornou-se uma preocupação constante para o setor da saúde em todas as suas dimensões. Esse tema é, atualmente, debatido intensamente devido as evidências do impacto dos erros e dos eventos adversos nos sistemas de saúde.

Entre os desafios impostos no setor de saúde, no intuito de prestar uma assistência de qualidade e segura, destaca-se, o ambiente cirúrgico. Nesse cenário, as atividades desenvolvidas são complexas, interdisciplinares e com forte dependência da atuação individual, em um ambiente de alto risco para a ocorrência de eventos adversos.^(1,2)

Assim, monitorar e avaliar a cultura de segurança nas organizações de saúde permite identificar e gerenciar a segurança do paciente no ambiente cirúrgico; essa avaliação pode ser usada para fins de aferição e de análise de tendências. Cabe acrescentar, que poderá fornecer bases para o diagnóstico situacional, programas de educação continuada, implementação de protocolos assistenciais e monitoramento dos eventos adversos.

A literatura ressalta a distinção entre cultura e clima de segurança e enfatiza que a cultura de segurança vem sendo avaliada por meio de questionários psicométricos, que mensuram o clima de segurança das atitudes e da percepção dos profissionais de saúde acerca da segurança do paciente nas organizações hospitalares.⁽³⁾ Nessa visão, a cultura de segurança representa os valores e ações da organização relacionadas com a segurança e o clima de segurança concentra-se em percepções dos profissionais sobre a gestão da segurança na instituição.⁽⁴⁾

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.⁽⁵⁾ Destaca-se que a vantagem do processo de adaptação de um instrumento existente é permitir a comparação de dados de diferentes populações e contextos com maior equidade, e ainda, possibilita compreender as semelhanças, diferenças e características em comum. Outras vantagens incluem o anonimato, o custo menor e a

economia de tempo na construção de instrumentos que avaliam o mesmo constructo.⁽⁵⁾

A literatura referente a tradução e a adaptação de instrumentos psicométricos recomenda o emprego de seis etapas, assim definidas: tradução, síntese das traduções, retrotradução, avaliação por comitê de juízes, pré-teste, submissão e avaliação dos relatórios pelos autores do instrumento.⁽⁶⁾

Entre os questionários disponíveis para mensurar clima de segurança encontra-se o *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)*.⁽⁴⁾ Esse questionário foi traduzido e validado para diversos países como Alemanha, Dinamarca, Grécia, China, Suécia, Turquia, Nova Zelândia.⁽⁷⁻¹³⁾ Diferentes versões do *SAQ* foram idealizadas para o emprego em diversos cenários como unidades de terapia intensiva, clínicas médicas e cirúrgicas, centro cirúrgico, serviços de emergência, unidades ambulatoriais e atenção primária, dentre outros.^(14,15)

Considerando o ambiente cirúrgico e a inexistência de instrumentos passíveis de auferir, na percepção dos profissionais de saúde, o clima de segurança em centros cirúrgicos, no contexto brasileiro, optamos em traduzir e adaptar a versão do *Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room Version*.

O *Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room (SAQ/OR)* é a versão modificada do *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)* desenvolvida por pesquisadores da Universidade do Texas, nos Estados Unidos da América (EUA), e mantém 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.⁽¹⁵⁾ Cabe destacar que o *SAQ/OR* foi traduzido e adaptado para Suécia e Japão, mantendo suas propriedades psicométricas.^(2,16,17)

Outros desdobramentos do instrumento vêm sendo desenvolvidos por meio de pesquisas que relacionam os resultados do *SAQ/OR* com a segurança do paciente em ambiente cirúrgico. Neste sentido, um estudo avaliou o impacto da implementação do *checklist* nas atitudes de segurança dos profissionais de saúde em um centro cirúrgico no Japão.⁽¹⁷⁾ Outro estudo, conduzido nos EUA, utilizou o *SAQ/OR* para identificar as diferenças da comunicação e colaboração entre enfermeiros e cirurgiões.⁽¹⁸⁾

Do ponto de vista estrutural, o questionário é dividido 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 relação com cada uma das categorias profissionais. A segunda parte é composta por 58 itens com assertivas destinadas a mensurar a percepção do profissional frente à segurança e uma questão para verificar se o sujeito preencheu o instrumento anteriormente. E, por fim, a terceira parte, composta pelas informações sociodemográficas (gênero, grupo étnico, categoria profissional, tempo de atuação, turno de atuação, entre outros) e há um espaço destinado a três possíveis recomendações para a melhoria da segurança do paciente em centro cirúrgico. As assertivas são respondidas por meio de uma escala tipo *Likert* com cinco graus de valoração e um item “não se aplica”.⁽¹⁵⁾

Acreditamos que a tradução e validação transcultural do *SAQ/OR* permitirá mensurar, por meio da percepção dos profissionais, o clima de segurança no cenário de centro cirúrgico, na realidade brasileira, contribuindo para uma assistência segura e de qualidade no âmbito hospitalar. Assim, o presente tem por objetivo descrever o processo de tradução e adaptação transcultural do *SAQ/OR* para o contexto brasileiro.

Métodos

Trata-se de um estudo de cunho metodológico de tradução e adaptação transcultural do *SAQ/OR*, empregado para mensurar o clima de segurança dos profissionais de saúde atuantes em centro cirúrgico para a realidade brasileira.

Tendo em vista os diversos os métodos descritos na literatura para a tradução e adaptação transcultural de instrumentos de medidas, neste estudo optou-se pelo modelo proposto por Beaton.⁽⁵⁾

As recomendações desse modelo compreendem seis estágios, a saber: tradução, síntese das traduções, retrotradução, avaliação por comitê de juízes, pré-teste, submissão e avaliação dos relatórios pelos autores do instrumento.⁽⁵⁾

Tradução

Esta primeira etapa do processo de adaptação transcultural ocorreu mediante a tradução do instrumento por duas tradutoras independentes, com fluência na língua inglesa e que possuíam como língua nativa o português. Cabe esclarecer que apenas uma das tradutoras conhecia os objetivos do estudo, bem como os conceitos do questionário.

A seguir, as versões foram analisadas e comparadas pelas pesquisadoras e as inconsistências ou dúvidas foram esclarecidas junto às tradutoras. Nesse momento, foi realizada uma síntese das traduções.

Retrotradução

Nessa etapa procederam-se duas retrotraduções, a versão síntese, em português, retornou ao idioma inglês, contando com a participação de dois tradutores independentes, cujo idioma nativo era o inglês e que desconheciam o instrumento original. Novamente, ocorreu a síntese dessas retrotraduções pelas autoras, culminando nas duas versões. Ao término dessa fase da pesquisa produziu-se a versão final e todos os relatórios gerados foram inseridos numa planilha para avaliação das equivalências pelos juízes.

Avaliação pelo Comitê de Juízes

A versão final em português foi submetida ao comitê de juízes no intuito de proceder às equivalências: semântica, idiomática, conceitual, experiencial e de conteúdo.

Assim, conforme o modelo adotado⁽⁵⁾ a equivalência semântica considera a adaptação das palavras de acordo com a gramática e vocabulário da língua para a qual ocorre a adaptação; a equivalência idiomática refere-se às expressões coloquiais, informais ou gírias utilizadas no país de origem, as quais apresentam dificuldades de tradução. Nesse momento, o comitê de especialista poderá sugerir expressões similares para a versão final. A equivalência conceitual consiste em verificar se as palavras que têm conotação conceitual estão adequadas ao contexto de serviços de saúde brasileiro; a equivalência experiencial refere-se a identificar se a versão adaptada expressa a experiência tal como vivenciada no cotidiano dos serviços no contexto cultural brasileiro; e por fim, na equivalência de conteúdo avaliam-se

os itens do instrumento em relação à compreensão, clareza e redundâncias.

Os juízes convidados receberam uma carta convite e orientação para o preenchimento das equivalências utilizando uma planilha eletrônica. O total de itens avaliados correspondeu a 137. Foi estabelecido o índice de validade de $\geq 80\%$ de consenso entre os juízes para cada item avaliado.

A planilha eletrônica, nominada de formulário, (Figura 1) continha: os itens do instrumento original (língua inglesa), as duas traduções (T1 e T2) para o português falado no Brasil, a síntese das traduções realizadas, as duas retrotraduções (RT1 e RT2) e síntese das duas retrotraduções realizadas pela pesquisadora e pela orientadora.

Na figura 1 observa-se a planilha com os itens e as equivalências, assim ao clicar na célula da equivalência correspondente, surgiam os espaços para os juízes pontuarem seu julgamento. Esta planilha propiciou a visualização de todas as traduções, retrotraduções e sínteses e a avaliação das cinco equivalências dos 137 itens do instrumento.

Finalmente, cada juiz verificou se a versão traduzida era, inteiramente, compreensível, considerando seus conceitos e seus significados para a cultura brasileira, comparando o instrumento original e ao traduzido.

O comitê de juízes foi constituído por 12 profissionais que apresentassem ao menos um dos três critérios, a saber: possuir domínio da língua inglesa; possuir experiência na área de segurança do paciente; possuir experiência na tradução e validação de instrumentos de pesquisa.

Os itens que não obtiveram esse consenso foram discutidos numa reunião presencial/virtual com os juízes, com a participação presencial de cinco juízes e participação por videoconferência de três juízes, de diversas regiões do Brasil, a pesquisadora, a orientadora, duas pessoas para suporte de registro e uma para suporte técnico da reunião *on line*, com a duração de cinco horas.

Pré-teste

Em seguida foi realizado o pré-teste com 30 profissionais de saúde, atuantes em um centro-ci-

	Síntese retrotradução	SAQ/OR	Síntese para avaliação	EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA	EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL	EQUIVALÊNCIA EXPERIENCIAL	EQUIVALÊNCIA DE CONTEÚDO	OBSERVAÇÕES
6	Safety Attitudes Questionnaire (Surgical Center Version - SC)	Safety Attitudes Questionnaire (OR Version)	Questionário de Atitudes de Segurança (Versão Centro Cirúrgico - CC)						
7	Start here	START HERE	Comece aqui						
8	Use the scale to describe the quality of communication and collaboration that you have experienced in relation to:	Use the scale to describe the quality of communication and collaboration you have experienced with:	Use a escala para descrever a qualidade da comunicação e da colaboração que você tem vivido em relação a:						
9									
10									

	Síntese retrotradução	SAQ/OR	Síntese para avaliação	EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA	EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL	EQUIVALÊNCIA EXPERIENCIAL	EQUIVALÊNCIA DE CONTEÚDO	OBSERVAÇÕES
6	Safety Attitudes Questionnaire (Surgical Center Version - SC)	Safety Attitudes Questionnaire (OR Version)	Questionário de Atitudes de Segurança (Versão Centro Cirúrgico - CC)						
7	Start here	START HERE	Comece aqui						
8	Use the scale to describe the quality of communication and collaboration that you have experienced in relation to:	Use the scale to describe the quality of communication and collaboration you have experienced with:	Use a escala para descrever a qualidade da comunicação e da colaboração que você tem vivido em relação a:						
9									

Figura 1. Formulário de validação das equivalências do SAQ/OR para a versão portuguesa

rúrgico, em um hospital privado da região sul do Brasil, aplicando-se a versão em português do *SAQ/OR*. O relatório de todas as etapas percorridas foi encaminhado e aprovado pelos autores norte-americanos.

O estudo foi registrado na Plataforma Brasil sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE) 19332613.4.0000.5392.

Resultados

O processo de adaptação transcultural do *SAQ/OR* foi realizado em todas as etapas satisfatoriamente.

Os 12 juízes que integraram o comitê deste estudo, 9 (75%) eram enfermeiros, 2 (16,7%) médicos e 1 (8,3%) tradutor. A idade variou entre 33 e 72 anos, sendo a média de 51,5 anos ($dp \pm 10,85$). Quanto ao tempo de formado a média correspondeu a 28,1 ($dp \pm 10,91$). No que tange à natureza jurídica da instituição de trabalho dos participantes 9 (75%) pertenciam à pública e 3 (25%) à privada. Em relação à última titulação 50% dos especialistas possuíam o título de doutor, 25% de livre docente, 8% mestre em Ciências Políticas e 8% mestre em Enfermagem e 9% especialista em Centro Cirúrgico, Central de Material Esterilizado e Recuperação Pós-Anestésica, em Enfermagem, evidenciando a experiência dos participantes com a docência e a pesquisa.

Em relação ao processo de validação das equivalências realizado pelos juízes, o consenso geral do instrumento obteve 84,1% de equivalência, 9,3% de não equivalência e 6,6% de indecisos.

No que tange à equivalência semântica, essa correspondeu a 85,2% de equivalência, 8,4% de não

equivalência e 6,4% de indecisos. A equivalência idiomática obteve 85,5% de equivalência, 7,6% de não equivalência e 6,9% de indecisos. Referente à validação da equivalência conceitual os dados apontam que houve 85% de equivalência, 8,5% de não equivalência e 6,5% de indecisos. A equivalência experencial obteve 82,3% de equivalência, 11,8% de não equivalência e 5,9% de indecisos. E por fim, a equivalência de conteúdo apresentou 82,8% de equivalência, 10% de não equivalência e 7,2% de indecisos.

Ressalta-se que a validade experiencial obteve 12% de não equivalência e a validade de conteúdo obteve 10% de não equivalência e o instrumento obteve um total 84% de consenso entre os juízes.

Entretanto, 41 itens não obtiveram consenso $\geq 80\%$ em ao menos uma das equivalências. Desses 12 (8,7%) itens referiram-se às assertivas sobre segurança do paciente, 10 (7,2%) às profissões de saúde, na primeira parte do questionário, 8 (5,8%) às profissões de saúde da terceira parte do questionário, como estes itens referiam-se as mesmas profissões foram agrupados. E por fim, 11 (8,0%) itens referentes aos dados sociodemográficos.

O quadro 1 descreve os itens relacionados às profissões que não obtiveram consenso e que foram discutidos na reunião realizada com os juízes, as quais compuseram versão final do instrumento. Sendo que o item que apresentou maior discordância entre os juízes dizia respeito ao Enfermeiro Anestesista.

Outras questões que suscitaram dúvidas relacionaram-se aos itens residente ou estagiário de cirurgia e residente ou estagiário de anestesia, sendo optado por residente de cirurgia e interno e residente de anestesia

Quadro 1. Consenso final sobre as profissões de saúde

SAQ/OR*	Síntese para avaliação	Versão final
Staff Surgeons/Surgical Attendings	Cirurgião da Equipe do Hospital/Outro Cirurgião	Cirurgião/Cirurgião Assistente
Surgical Residents&Fellows	Residente ou Estagiário de Cirurgia	Residente de Cirurgia e Interno
Surgical Technicians (scrub techs)&PAs	Cirurgião Auxiliar	Instrumentador e Circulante de Sala
Anesthesiologists/Anes- thesis Attendings	Médico Anestesiologista/Preceptor de anestesia	Anestesiologista/Anestesiologista Assistente
Anesthesia Residents&Fellows	Residente ou Estagiário de Anestesia	Residente de Anestesia e Interno
CRNAs**	Enfermeira anestesista	Enfermeiros Anestesistas
Anesthesia Technicians (techs)	Técnicos de Anestesia	Auxiliar do Anestesiologista
OR Nurses (scrub and circulating)	Enfermagem de Centro Cirúrgico (instrumentadores e circulantes)	Enfermeiro de Centro Cirúrgico
Hospital Assistants (HAs)/Nursing Assistants	Enfermeira Assistencial do Centro Cirúrgico	Enfermeiro Assistencial
Floor/ward nurses	Enfermeiro - Chefe/Gerente do bloco operatório/Centro Cirúrgico	Enfermeiro - Chefe de Centro Cirúrgico

*SAQ/OR - Safety Attitudes Questionnaire/ Operating Room; **CRNAs - Certified Registered Nurse Anesthetists

Quadro 2. Consenso final sobre os itens que avaliam a segurança do paciente

Item	SAQ/OR	Síntese para avaliação	Versão Final
07	All the necessary information is available before the start of a procedure.	Toda informação necessária está disponível para mim, antes do início de um procedimento.	Toda informação necessária está disponível, antes do início de um procedimento.
12	In the OR, it is difficult to discuss errors.	Neste Centro Cirúrgico é difícil discutir sobre erros.	Na Sala de Cirurgia é difícil discutir os erros.
17	Hospital management does not knowingly compromise the safety of patients.	A administração do hospital não se compromete conscientemente com a segurança dos pacientes.	A administração do hospital não compromete, conscientemente, a segurança dos pacientes
19	Decision making in the ORs utilizes input from relevant personnel.	A tomada de decisão no Centro Cirúrgico utiliza informações relevantes dos profissionais.	A tomada de decisão no Centro Cirúrgico utiliza informações dos profissionais envolvidos.
22	This hospital deals constructively with problem physicians and employees.	O hospital trabalha de maneira construtiva os profissionais considerados problemáticos.	O hospital lida de maneira construtiva com os profissionais problemáticos.
26	I am provided with adequate, timely information about events in the hospital that might affect my work.	Recebo informações adequadas e oportunas sobre os eventos do hospital que podem afetar o meu trabalho.	Recebo informações adequadas e oportunas sobre ocorrências no hospital, que podem afetar o meu trabalho.
39	I am frequently unable to express disagreement with staff/attending physicians	Eu, frequentemente, não consigo expressar desacordo com a equipe dos profissionais que trabalham aqui.	Frequentemente, não consigo expressar desacordo com a equipe médica.
40	Truly Professional personnel can leave personal problems behind when working	Pessoas, realmente, profissionais conseguem deixar os problemas pessoais para trás quando estão trabalhando.	Profissionais conseguem deixar os problemas pessoais para trás, quando estão trabalhando.
42	Trainees in my discipline are adequately supervised.	Estagiários da minha profissão são, adequadamente, supervisionados.	Estagiários da minha área são supervisionados adequadamente.
44	I have made errors that had the potential to harm patients.	Cometi erros os quais tiveram potencial para prejudicar os pacientes.	Cometi erros que poderiam prejudicar os pacientes.
45	Staff/Attending physicians in the ORs here are doing a good job.	A equipe de profissionais ou trabalhadores deste Centro Cirúrgico estão fazendo um bom trabalho.	A equipe médica deste Centro Cirúrgico faz um bom trabalho.
57	The staff surgeon/attending surgeon should be formally in charge of the OR staff during the surgical procedure.	O cirurgião da equipe ou o cirurgião assistente deveria estar na coordenação da equipe médica durante o procedimento cirúrgico.	O cirurgião ou o cirurgião assistente deveria estar formalmente na coordenação da equipe da Sala Cirúrgica, durante o procedimento cirúrgico.

*SAQ/OR - Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room

e interno. Nessa mesma linha, outra palavra debatida referiu-se ao preceptor de cirurgia e de anestesia, que foram definidas como cirurgião/cirurgião assistente e anestesiologista/anestesiologista assistente.

Das questões relacionadas com a segurança do paciente o item “26. Recebo informações adequadas e oportunas sobre os eventos do hospital, que podem afetar meu trabalho” obteve o maior percentual de discordância, e foi discutido, especialmente, quanto à palavra evento, que foi substituída por ocorrências.

As demais alterações relacionaram-se à ordem da composição das assertivas, pontuação e gramática (Quadro 2).

Os demais 11 itens que não obtiveram consenso referiram-se aos dados sociodemográficos, da terceira parte do questionário. Cabe ressaltar que na reunião presencial/virtual foi definida a utilização da tabela do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para a classificação das etnias brasileiras que compõe o instrumento.

Na reunião presencial/virtual os 41 itens atingiram 100% de consenso e as sugestões foram acatadas e incorporadas na versão final do instrumento, resultando na versão do questionário em português, a qual

foi submetida a um pré-teste com 30 profissionais de centro cirúrgico de um hospital privado brasileiro.

Os profissionais que responderam o questionário foram 10 cirurgiões, 10 anestesiologistas, cinco enfermeiros e cinco instrumentadores/circulantes.

Pré-teste

O objetivo do pré-teste consiste em avaliar a compreensão dos itens e o tempo de preenchimento do questionário, assim cada respondente foi entrevistado pela pesquisadora sobre o entendimento de cada item e o tempo de preenchimento foi cronometrado. Neste estudo, o tempo de preenchimento médio do questionário foi de 16,5 minutos.

Os participantes não relataram dificuldades na compreensão dos itens do questionário. Entretanto, quatro respondentes apontaram que o tamanho da fonte dificultava a leitura dos itens, e ainda identificaram dificuldade com o layout do instrumento para relacionar a assertiva com a resposta na mesma linha, isso foi solucionado acentuando-se as cores entre as linhas.

Tanto o instrumento original quanto a versão brasileira contém duas páginas, apenas um sujeito no pré-teste manifestou que o questionário era extenso e outro sujeito apontou que havia perguntas parecidas.

Porém, como a média do tempo de preenchimento está de acordo com as orientações dos autores do questionário original, optamos por manter a formatação e todos os itens do instrumento.

Submissão aos autores do questionário

Todos os relatórios produzidos, a versão final do questionário e os resultados do pré-teste foram encaminhados aos autores do questionário na Universidade do Texas, nos EUA, que aprovaram a versão em português do *SAQ/OR* e autorizaram a validação do questionário.

Essa versão do instrumento foi denominada como: Questionário de Atitudes de Segurança (Versão Centro Cirúrgico). Entretanto, a literatura internacional e os questionários originais adotam a nomenclatura *SAQ* para os instrumentos traduzidos e adaptados, assim, adotamos a abreviatura de *SAQ/VCC* para o instrumento brasileiro.

Discussão

Tendo em vista que a realização de uma tradução não pode ser efetuada devido às diferenças culturais e de linguagem, e, portanto, ao adaptar um instrumento de pesquisa devem-se considerar os aspectos técnicos, linguísticos e semânticos.⁽⁵⁾ Nesta investigação foi realizado um rigoroso processo de adaptação transcultural e as etapas foram cumpridas conforme o modelo proposto.⁽⁶⁾

O processo de adaptação transcultural do *SAQ/OR* para a língua portuguesa e o contexto dos centros cirúrgicos brasileiros foi concluído de forma apropriada, atendendo todos os propósitos em todas as etapas descritas no método adotado.

Os estudos que realizaram a adaptação transcultural do *SAQ* na versão genérica e nas versões do *SAQ/OR*, adaptadas para a Suíça e Japão,^(2,17) também, seguiram as recomendações internacionais dos processos de adaptação.⁽⁷⁻¹⁶⁾

Devido à complexidade do instrumento e das equivalências avaliadas o emprego da planilha eletrônica proporcionou a visualização de todas as etapas do processo de tradução, ofereceu aos participantes agilidade na avaliação dos itens e suas observações e, ainda, favoreceu a análise quantitativa das respostas.

A validação de conteúdo realizada pelo grupo de especialista multidisciplinar e a participação de uma tradutora envolvida no processo, conforme recomenda a literatura,⁽⁶⁾ enriqueceu a discussão dos termos e sua tradução para o português.

Nesse contexto, a análise pelo grupo de especialista da avaliação das equivalências envolveu procedimentos qualitativos e quantitativos. Entre os itens que não obtiveram consenso e que envolveram questões complexas destacamos os itens relacionados às profissões de saúde que atuam no centro cirúrgico. Ressaltamos que no contexto original do instrumento as profissões e a legislação que regem as profissões de saúde são diferentes do Brasil, especialmente no ambiente cirúrgico, cabe exemplificar com função do enfermeiro anestesista que no Brasil é exercida pelo anestesiologista, um profissional médico.

A compreensão dos itens foi identificada no pré-teste, não havendo a exclusão, apenas alterações de *layout* foram necessárias em relação ao instrumento original. Assim, foram mantidas as três dimensões do instrumento original, a primeira parte referente à comunicação e colaboração entre os profissionais de saúde, as 58 assertivas que avaliam o clima de segurança e as informações pessoais, a questão acerca do preenchimento anterior do instrumento e a pergunta aberta referente às três recomendações para aprimorar a segurança do paciente no centro cirúrgico.

As pesquisas que versam sobre adaptação transcultural do *SAQ/OR* na língua japonesa e na língua sueca indicaram pequenas alterações devido as diferenças culturais.^(16,18) Entretanto, a adaptação para o contexto sueco indicou a exclusão de um item sobre a segurança do paciente.

Outra questão apontada no pré-teste foi o tamanho da fonte. Entretanto, como o questionário possui duas páginas, o aumento do tamanho das letras acarretaria no acréscimo de uma página, assim optamos pela preservação do formato.

Com relação às questões acerca da segurança do paciente, das 58 que compõem o questionário, somente, 12 não obtiveram consenso e foram discutidas na reunião, isso corrobora o rigor metodológico do processo de tradução e retrotradução. Ao ponderar acerca da complexidade do questionário, cabe ressaltar que foram necessárias pequenos ajustes nas

questões relacionadas à segurança do paciente e que as mesmas diziam respeito às equivalências experiential e de conteúdo.

Dessa forma, considerando a lacuna de instrumentos destinados a mensurar a percepção dos profissionais de saúde frente à segurança do paciente em ambiente cirúrgico, o *SAQ/VCC* pode contribuir como uma ferramenta de gestão e subsidiar estratégias, tanto para a avaliação do clima de segurança como da qualidade da comunicação e da colaboração entre a equipe de profissionais atuantes no centro cirúrgico e corroborar para a avaliação da cultura de segurança nos serviços de saúde.

Conclusão

Este estudo realizou a tradução e a adaptação transcultural do questionário *SAQ/OR*, uma ferramenta que possibilita avaliar o clima de segurança no ambiente cirúrgico. O processo empregado foi realizado de maneira rigorosa conforme recomenda a literatura atingindo os objetivos propostos e a versão originada foi aprovada pelos autores do instrumento.

Agradecimentos

A autora Daniela Campos de Andrade Lourenço agradece à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, pela bolsa de doutorado. Os autores agradecem ao Sr. Filipe Lourenço Mompean pelo desenvolvimento da planilha eletrônica deste estudo.

Colaborações

Lourenço DCA e Tronchin DMR colaboraram com a concepção do estudo, coleta dos dados, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

- Kellicut DC, Kuncir EJ, Williamson HM, Masella PC, Nielsen PE. Surgical Team Assessment Training: improving surgical teams during deployment. Am J Surg. 2014; 208(2):275-83.
- 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. 2013; 13:104-11.
- Flin R. Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. Saf Sci. 2007; 45(6):653-67.
- The Health Foundation. Evidence Center. Measuring safety culture. London: The Health Foundation. [Internet]. 2011 [cited 2013 Jan. 25]. Available from: <http://www.health.org.uk/publications/measuring-safety-culture>.
- 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. 2015; 68(4):435-41.
- Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. Spine. 2000; 25(24):3186-91.
- 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 Serv Res. 2013; 13:347.
- 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. 2008; 8:191.
- Kaya S, Barsbay S, Karabulut E. The Turkish Version of the safety attitude questionnaire: psychometric properties and baseline data. Qual Saf Health Care. 2010; 19(6):572-7.
- 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. 2010; 10: 234.
- Nordén-Hägg A, Sexton JB, Kälvermark-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. 2010; 10:8.
- 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. 2015; 7:149-60.
- 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.
- 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.
- 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.
- Makary MA, Sexton JB, Freischlag JA, Millman EA, Pryor D, Holzmueller C, Pronovost PJ. Patient safety in surgery. Ann Surg. 2006; 243(5):628-32; discussion 632-5.
- 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. 2014; 28(3):467-470.
- Carney BT, West P, Neily J, Mills PD, Bagian JP. Differences in nurse and surgeon perceptions of teamwork: implications for use of a briefing checklist in the OR. AORN J. 2010; 91(6):722-9.