**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

DANIELA CAMPOS DE ANDRADE LOURENÇÃO

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO *SAFETY
ATTITUDES QUESTIONNAIRE/OPERATING ROOM VERSION* PARA
O CONTEXTO BRASILEIRO**

**SÃO PAULO
2015**

DANIELA CAMPOS DE ANDRADE LOURENÇÃO

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO *SAFETY
ATTITUDES QUESTIONNAIRE/OPERATING ROOM VERSION* PARA
O CONTEXTO BRASILEIRO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Daisy M. Rizatto Tronchin

SÃO PAULO

2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data:___/___/___

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Lourenção, Daniela Campos de Andrade
Adaptação transcultural e validação do Safety Attitudes
Questionnaire/Operating Room Version para o contexto brasileiro /
Daniela Campos de Andrade Lourenção. São Paulo, 2015.
144 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de
São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Daisy Maria Rizatto Tronchin
Área de concentração: Fundamentos e Práticas de
Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

1. Assistência à saúde - qualidade. 2. Pacientes - segurança.
3. Centro cirúrgico hospitalar. 4. Cultura organizacional.
5. Estudos de validação. I. Título.

DANIELA CAMPOS DE ANDRADE LOURENÇÃO

Adaptação transcultural e validação do *Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room Version* para o contexto brasileiro

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências

Orientador: Prof^a. Dr^a. Daisy M. Rizatto Tronchin_____

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

*Aos meus filhos Gabriela, Filipe e Luísa,
sem eles nada faria sentido.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua presença na minha vida e pela sua proteção infinita.

À orientadora e amiga, Prof.^a Dr^a. Daisy M. Rizatto Tronchin, pela competência e sabedoria na condução deste processo, pela sua habilidade em acalmar os meus anseios, por dividir as dúvidas e as certezas, meu sincero e caloroso agradecimento.

À Professora Dr^a. Marta Melleiro, pela sua acolhida no grupo de pesquisa, pelo incentivo e pelas contribuições no Exame de Qualificação e na pesquisa.

À Professora Dr^a. Ana Maria Laus, pelas valiosas sugestões no Exame de Qualificação.

Aos diretores, gerentes e profissionais participantes deste estudo pela acolhida e apoio na realização desta pesquisa.

Aos especialistas que compuseram o comitê de juízes pelas importantes contribuições na adaptação transcultural do instrumento desta pesquisa.

Aos meus pais, Aloísio e Cecília, pela constituição da nossa família e pelos valores ensinados para uma condução digna e firme perante a vida.

À minha filha Gabriela, pela sua existência na minha vida, pelo seu apoio, por ter dividido as alegrias e as incertezas no caminhar dessa trajetória do doutorado e por ter compartilhado sua casa e seu carinho desde os primeiros dias do doutorado.

Ao meu filho Filipe, pela sua existência na minha vida, pela relevante cooperação no desenvolvimento das planilhas eletrônicas. Seu conhecimento contribuiu significativamente para a realização desse estudo.

À minha filha Luísa, pela sua existência na minha vida, por ter compreendido os momentos difíceis inerentes ao caminhar do doutorado, por ter sido corajosa nas minhas ausências e construído um protótipo de mãe para me substituir.

Ao meu marido Reinaldo, pelo apoio e palavras de encorajamento e de cumplicidade e pela sua disposição em me acompanhar nessa trajetória.

À minha irmã Flávia, pela sua torcida, por nos mantermos unidas apesar da distância que nos fortalece.

Ao amigo Carlos Samuel Miceli Colman, pelo incentivo e apoio na realização do doutorado.

À Escola de Enfermagem da USP, pela acolhida e pela oportunidade de construção do conhecimento no doutorado.

À Biblioteca da Escola de Enfermagem da USP, pelo constante compartilhamento das metodologias de busca dos artigos científicos, em especial as senhoras Juliana Akie Takahashi e Fabiana Gulin Longhi Palacio.

À Coordenação de Pessoal de Nível Superior, CAPES, pela bolsa de doutorado.

Aos alunos de graduação, de pós-graduação e orientandos por suas palavras de incentivo e encorajamento.

“Tenho a impressão de ter sido uma criança brincando à beira-mar, divertindo-me em descobrir uma pedrinha mais lisa ou uma concha mais bonita que as outras, enquanto o imenso oceano da verdade continua misterioso diante de meus olhos”.

(Isaac Newton)

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.

RESUMO

Introdução: A vulnerabilidade dos pacientes, que se submetem ao procedimento cirúrgico, e a complexidade de atividades e das relações interpessoais entre as equipes cirúrgicas são consideradas elementos intervenientes na segurança do paciente. Nesse sentido, pesquisas vêm sendo conduzidas visando mensurar o clima de segurança percebido pelos profissionais, com vistas a avaliar a cultura de segurança nos serviços de saúde. **Objetivo:** Realizar a adaptação transcultural e a validação do *Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room Version (SAQ/OR)* para o contexto brasileiro. **Método:** Trata-se de um estudo de cunho metodológico, de adaptação e validação de um questionário destinado a mensurar o clima de segurança em centro cirúrgico, desenvolvido em duas etapas: a primeira consistiu na tradução linguística e na adaptação cultural e a segunda na validação do instrumento. Para a tradução e adaptação transcultural o método empregado foi constituído pelas fases: tradução, síntese, retrotradução, avaliação por comitê de juízes, pré-teste com 30 sujeitos e submissão e avaliação dos relatórios pelos autores do instrumento original. Doze juízes realizaram a validação das equivalências experiencial, conteúdo, conceitual, semântica e idiomática; o índice de Validade de Conteúdo estabelecido foi $\geq$ a 80%. Os dados desta etapa foram coletados de agosto de 2013 a abril de 2014. A validação de constructo do instrumento foi realizada pela análise fatorial exploratória e a análise da confiabilidade por meio do alpha de Cronbach. O questionário foi aplicado a uma amostra de 590 profissionais de saúde atuantes em centro cirúrgico, em quatro hospitais do Município de São Paulo. O período de coleta de dados foi de maio a agosto de 2014. **Resultados:** As etapas de tradução e retrotradução foram consideradas adequadas e a avaliação pelos juízes apresentou os seguintes resultados para as equivalências: experiencial 82,3%, de conteúdo 82,8%, conceitual 85%, de semântica 85,2% e idiomática 85,5%. A análise fatorial exploratória resultou em um questionário com 40 assertivas, sendo 30 alocadas em seis domínios, a saber: clima de segurança, percepção da gerência, percepção do estresse, condição do trabalho, comunicação no ambiente cirúrgico e percepção do desempenho profissional. Dez assertivas foram agrupadas em fatores que apresentaram alpha de Cronbach inferior a 0,50 e baixa correlação ao item total; assim não foram descritas como domínio. A versão adaptada mostrou-se confiável, obtendo o valor geral do alpha de Cronbach de 0,87. O domínio comunicação no ambiente cirúrgico apresentou o menor valor de alpha 0,59; nos outros cinco domínios os valores variaram de 0,71 a 0,82. **Conclusões:** Os achados desta pesquisa produziram a versão brasileira do questionário, denominada SAQ/Centro Cirúrgico, a qual foi adaptada e validada na amostra estudada. Contudo, recomenda-se a aplicação do questionário em outras instituições do país para proceder a novas análises psicométricas.

PALAVRAS-CHAVES: Qualidade da Assistência à Saúde. Segurança do Paciente. Centros Cirúrgicos. Clima de Segurança. Cultura Organizacional. Estudos de Validação.

Lourenção DCA. Transcultural adaptation and validation of Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room Version to the Brazilian context [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

ABSTRACT

Introduction: The vulnerability of patients, who have underwent a surgical procedure, the complexity of activities and the interpersonal relationships between surgical teams are considered intervening elements for patient safety. Thus, researches are being conducted aiming to measure the safety climate perceived by professionals, directed towards evaluation of the safety climate in healthcare services. **Objective:** Do the transcultural adaptation and validation of *Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room Version* to Brazilian context. **Method:** This is a study, with methodological emphasis, of the adaptation and validation of a questionnaire intended for measuring the safety climate in surgical centers, and developed in two stages: the first was the linguistics translation and cultural adaptation, and the second was instrument validation. For the translation and transcultural adaptation, the method employed was constituted by the steps: translation, synthesis, retrotranslation, evaluation by a judges committee, pretesting with 30 subjects, and submittal to and evaluation of the reports by the authors of the original instrument. Twelve judges have executed the experiential, content, conceptual, semantics and idiomatic equivalences; the index defined for content validity was $\geq 80\%$. The data for this stage was collected from August 2013 to April 2014. The instrument construct validation was done through exploratory factor analysis and the reliability analysis through Cronbach's alpha. The questionnaire was applied to a sample of 590 health professionals working in surgical centers in four hospitals of the municipality of São Paulo. The data collection period went from May to August 2014. **Results:** The stages of translation and retrotranslation were considered proper, and the judges evaluation presented the following results for the equivalences: experiential 82.3%, content 82.8%, conceptual 85%, semantics 85.2%, and idiomatic 85.5%. The exploratory factor analysis resulted in a questionnaire with 40 statements, 30 of them assigned to six domains, that is: safety climate, management perception, stress perception, working conditions, communications in the surgical environment and professional performance perception. Ten statements were grouped in factors presenting Cronbach's alpha less than 0.50 and low correlation with the total item; thus, they were not described as a domain. The adapted version has proven reliable, reaching a general value of 0.87 for Cronbach's Alpha. The domain Communications on Surgical Environment presented the less value of 0.59 for Alpha; on the other domains the values varied from 0.71 to 0.82. **Conclusions:** The findings of this research resulted in a Brazilian version of the questionnaire, called SAQ/Centro Cirúrgico (SAQ/Surgical Center), which was adapted and validated through the studied sample. However, we recommend applying the questionnaire in other institutions of the country to do new psychometric analyses.

KEY WORDS: Quality of Health Care. Patient Safety. Surgicenters. Safety Climate. Organizational Culture. Validation Studies.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos participantes do estudo quanto à categoria profissional, sexo, etnia/raça, regime de trabalho, ao turno de trabalho, à experiência profissional, ao tempo de trabalho e à idade, São Paulo – 2014	69
Tabela 2	Distribuição da frequência das resposta da versão adaptada do SAQ/VCC, São Paulo – 2014	73
Tabela 3	Distribuição das respostas válidas e não válidas, São Paulo – 2014	77
Tabela 4	Distribuição dos itens eliminados e respectivas cargas fatoriais e comunalidades, São Paulo – 2014	81
Tabela 5	Distribuição da matriz de rotação VARIMAX dos fatores do SAQ/VCC, São Paulo – 2014	82
Tabela 6	Descrição do valor de alpha de Cronbach total e dos domínios do SAQ/CC, São Paulo – 2014	88
Tabela 7	Descrição da correlação item-total e do alpha de Cronbach para cada domínio se o item for excluído, São Paulo – 2014	89

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Itens relativos às profissões de saúde, segundo o consenso dos juízes, São Paulo – 2014	62
Quadro 2	Itens relativos à segurança do paciente, segundo o consenso dos juízes, São Paulo – 2014	64
Quadro 3	Itens dos dados sociodemográficos, segundo o consenso dos juízes, São Paulo – 2014	66

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A	PLANILHA ELETRÔNICA PARA AVALIAÇÃO DAS EQUIVALÊNCIAS PELOS JUÍZES	130
Apêndice B	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	139
Apêndice C	CARTA CONVITE	140
Apêndice D	QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA/VERSÃO CENTRO CIRÚRGICO – SAQ/VCC	141
Apêndice E	QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA/CENTRO CIRÚRGICO – SAQ/CC	143

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1	APROVAÇÃO DOS RELATÓRIOS E AUTORIZAÇÃO DOS AUTORES DO SAQ/OR PARA A VALIDAÇÃO DO SAQ/VCC	121
Anexo 2	SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE (OR VERSION)	122
Anexo 3	AUTORIZAÇÃO DOS AUTORES PARA A TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO SAQ/OR	124
Anexo 4	PARECER CONSUSBTANCIADO EEUSP	125

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFE	Análise Fatorial Exploratória
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
CC	Centro Cirúrgico
CME	Central de Material e Esterilização
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa
EA	Evento Adverso
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
FFMUSP	Fundação Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
INSAG	Comitê Internacional de Segurança Nuclear
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
JCI	<i>Joint Commission International</i>
KMO	<i>Kaiser-Meyer-Olkin</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	<i>Operating Room</i>
OSS	Organização Social de Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
SAQ	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
SAQ/OR	<i>Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room</i>
SAQ-Short Form	<i>Safety Attitudes Questionnaire-Short Form</i>
SPSS	<i>Statistic Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
1.1	JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	19
1.2	CULTURA E CLIMA DE SEGURANÇA NO AMBIENTE CIRÚRGICO E SUA INTERFACE COM QUALIDADE EM SAÚDE	23
1.3	AVALIAÇÃO DE CLIMA DE SEGURANÇA NO AMBIENTE CIRÚRGICO	33
2	OBJETIVOS	38
2.1	OBJETIVO GERAL	39
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	39
3	MÉTODO	40
3.1	REFERENCIAL METODOLÓGICO	41
3.1.1	Tipo de estudo	41
3.1.2	O processo de adaptação transcultural	41
3.2	PERCURSO DA INVESTIGAÇÃO E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	46
3.2.1	Tradução	46
3.2.2	Síntese	47
3.2.3	Retrotradução	47
3.2.4	Avaliação do comitê de juízes	47
3.2.5	Pré-teste	49
3.2.6	Submissão aos autores do SAQ/OR	50
3.2.7	A validação do questionário	50
3.3	POPULAÇÃO	51
3.4	LOCAL DO ESTUDO	51
3.4.1	Hospital do Coração (HCor – Associação do Sanatório Sírio)	52
3.4.2	Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC)	53
3.4.3	Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP)	53
3.4.4	Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP)	54
3.5	COLETA DE DADOS	55
3.5.1	Operacionalização da coleta	55
3.5.2	O instrumento: Questionário de Atitudes de Segurança/Versão Centro Cirúrgico (SAQ/VCC)	55
3.6	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	56
3.7	ASPECTOS ÉTICOS	57
4	RESULTADOS	58
4.1	A ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL	60
4.1.1	Validação das equivalências segundo os juízes	60
4.1.2	Pré-teste: caracterização dos participantes e sujeitos.	67

4.1.3	Submissão aos autores do questionário	67
4.2	ANÁLISE DESCRITIVA DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO	68
4.3	A VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO: PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS	80
5	DISCUSSÃO	92
6	CONCLUSÃO	105
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
	REFERÊNCIAS	110
	ANEXOS	120
	APÊNDICES	129

INTRODUÇÃO

1.1 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A segurança do paciente vem sendo debatida intensamente, na última década, devido às evidências do impacto dos erros e dos eventos adversos na saúde dos indivíduos e nos sistemas de saúde.

Assim, ao ponderar acerca da segurança do paciente ressaltam-se as complexidades e a dinâmica dos processos de trabalho na saúde, especialmente, no ambiente hospitalar.

No entender de Osmo (2011), a organização hospitalar é, sem dúvida, uma das mais complexas. Isso pode ser atribuído à presença de inúmeros processos assistenciais e gerenciais, às linhas de produção simultâneas e à fragmentação dos processos de decisão, envolvendo a equipe multidisciplinar, cada qual com seu grau de autonomia. O autor acrescenta que nesses ambientes vários interesses concorrem entre si, envolvendo os usuários, os trabalhadores, os proprietários, os fornecedores de materiais médico-hospitalares, além dos poderes, formalmente, constituídos.

Dentre os desafios impostos no setor de saúde, no intuito de prestar uma assistência de qualidade e segura, destaca-se, o ambiente cirúrgico, reconhecido historicamente por desenvolver atividades desde a antiguidade, representadas pelas primeiras amputações até a contemporaneidade, com o advento das cirurgias robóticas (Moraes e Carvalho, 2007).

Nesse cenário, as atividades executadas no centro cirúrgico (CC) são complexas, interdisciplinares e com intensa atuação tanto individual como coletiva. Os resultados dessas atividades são fortemente influenciados por fatores relacionados à equipe de profissionais atuantes no ambiente cirúrgico e aos fatores organizacionais (Fragata, 2010).

Cabe ressaltar que os riscos inerentes aos procedimentos cirúrgicos envolvem elementos associados ao ambiente, aos equipamentos e materiais, à organização do serviço, aos processos de trabalho dos profissionais de saúde, cujos resultados podem ser apontados como a identificação incorreta do paciente, a realização de cirurgias em locais, membros e órgãos errados, as injúrias traumáticas, a retenção inadvertida de instrumentais ou compressas nas feridas cirúrgicas, dentre outros.

Desse modo, acreditamos que a equipe de saúde que atua no ambiente cirúrgico deva ser constituída por profissionais capacitados, que interagem em

atividades as quais demandam o compartilhar de responsabilidades e de decisão, composta por cirurgiões, anestesistas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem; cada qual com suas especificidades de processos de trabalho, convergindo para o cuidado seguro.

Rememorando minha trajetória profissional atuei como gerente de enfermagem em um centro de reprodução humana assistida. Ao vivenciar a prática profissional, nessa especialidade que engloba o ambiente cirúrgico, percebi a relevância dos processos de trabalho de assistir e gerenciar do enfermeiro, voltados para um cuidado seguro, ético e de qualidade.

Frente a essas necessidades busquei aprimorar meu conhecimento, visando o desempenho gerencial e o exercício da prática profissional em centro cirúrgico, realizando, então, as pós-graduações *lato sensu* em Gestão de Serviços de Enfermagem e em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização.

A seguir, cursei a pós-graduação *stricto sensu* - mestrado na área de saúde e gestão do trabalho em saúde, trabalhando com a temática de formação de recursos humanos para a saúde.

Posteriormente, passei a exercer a docência no curso de Bacharelado em Enfermagem em uma instituição de ensino superior, de caráter jurídico público do Estado de Santa Catarina, ministrando disciplinas de Gerenciamento em Enfermagem, Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização; o que permitiu adensar minha experiência no gerenciamento e no ensino da assistência cirúrgica e verificar a vulnerabilidade a que estão expostos os pacientes no ambiente cirúrgico e no comprometimento de sua segurança..

Assim, no intuito de verticalizar meu conhecimento, desenvolver o processo de trabalho de pesquisa na assistência cirúrgica e por compreender a relevância da segurança do paciente nessa área, ingressei no grupo de pesquisa “Qualidade e Avaliação de Serviços de Saúde e de Enfermagem”, da Escola de Enfermagem da USP - EEUSP, cadastrado no Conselho Nacional de Pesquisa - CNPq, participando das discussões e das atividades desenvolvidas por seus integrantes, possibilitando-me delinear o objeto desta investigação.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2009a) estima que, anualmente, ocorra um procedimento cirúrgico para cada 25 indivíduos, e que nesse mesmo período, 234 milhões de cirurgias são realizadas, no âmbito mundial, impactando

diretamente nos sistemas de saúde. Dados dessa Organização, também calculam que os eventos adversos no período perioperatório representam uma taxa de 3% do total dos procedimentos cirúrgicos ao ano; que, aproximadamente, sete milhões de pacientes cirúrgicos sofrerão complicações significativas, no decorrer de um ano após o ato/procedimento e que a taxa de mortalidade corresponde a 0,5% (OMS, 2009b).

Nesse cenário, a OMS assumiu a liderança no estabelecimento de diretrizes e protocolos internacionais para incentivar a implementação de políticas públicas e práticas de segurança nos países signatários. Dessa maneira, em 2004, criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, cuja missão consiste em coordenar, disseminar e instituir melhorias de segurança no âmbito mundial (OMS, 2009a). Dentre as estratégias propostas pela OMS encontra-se o segundo Desafio Global, relacionado à segurança da assistência cirúrgica, com destaque para os seguintes aspectos: prevenção de infecções de sítio cirúrgico, anestesia segura, equipes cirúrgicas seguras e indicadores da assistência cirúrgica.

Para operacionalizar o segundo Desafio Global foi estabelecido um conjunto de padrões de segurança, organizado sob a forma de lista de verificação de segurança cirúrgica, conhecida como *Chek List*, que após ser empregada em 21 estudos pilotos no mundo, deu origem ao protocolo de cirurgia segura (OMS, 2009b).

Estudo realizado por Haynes et al. (2009), no qual os pesquisadores coletaram os dados antes e após três meses de introdução do protocolo de cirurgia segura, revelou queda na mortalidade de 1,5% para 0,8% e redução das complicações pós-operatórias de 11% para 7%, ratificando que essa prática impacta, diretamente, na diminuição desses eventos.

Conley et al. (2011) constataram que a adoção do protocolo como política institucional, associada a habilidade do líder, ao envolvimento e a capacitação da equipe e a comunicação interdisciplinar foram elementos decisivos na implementação de medidas, às quais impactaram, significativamente, na segurança do paciente em ambiente cirúrgico. Inferiram que o emprego efetivo de protocolo de cirurgia segura guarda estreita relação com a cultura e com o contexto organizacional.

Aliado às questões apresentadas, acredito ser imprescindível conhecer e analisar o clima de segurança por meio da percepção dos profissionais no ambiente cirúrgico, possibilitando identificar os pontos vulneráveis que necessitam ser trabalhos para a reestruturação do serviço e o estabelecimento de metas assistenciais e

gerenciais; no sentido de implementar melhorias na qualidade da atenção à saúde, garantindo processos seguros e resultados efetivos.

Conhecer o clima e avaliar a cultura de segurança no ambiente cirúrgico pode fornecer bases para o diagnóstico situacional e programas de educação continuada, para a implementação de protocolos assistenciais e o monitoramento dos eventos cirúrgicos.

Durante a minha prática profissional, tanto como enfermeira quanto como docente, pude intuir que os processos de trabalho no centro cirúrgico diferiam, acentuadamente, entre as instituições e entre as equipes de profissionais atuantes nesse cenário, e ainda, que o comportamento profissional variava de acordo o hospital.

Assim, passei a questionar: A segurança do paciente é valorizada no centro cirúrgico? As práticas realizadas nesse ambiente são seguras e de qualidade? Qual a percepção dos profissionais de saúde atuantes no centro cirúrgico acerca da segurança do paciente? Quais os meios e instrumentos poderiam ser empregados para mensurar o clima de segurança e avaliar a cultura de segurança no ambiente cirúrgico?

Vivenciar essa realidade e reconhecer a complexidade das relações interpessoais das equipes cirúrgicas conduziram-me a buscar meios e instrumentos passíveis de mensurar o clima de segurança percebido pelos profissionais de saúde. Dessa maneira, contribuir para a melhoria da segurança dos pacientes e dos trabalhadores no ambiente cirúrgico.

Nessa direção, a percepção da cultura da segurança vem sendo mensurada por meio de questionários dotados de escalas psicométricas. Entre os questionários disponíveis, a literatura internacional ressalta o *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)*, empregado para mensurar clima de segurança por meio da análise da percepção das equipes de saúde (The Health Foundation, 2011). Versões do SAQ foram idealizadas para utilização em diversos cenários como unidades de terapia intensiva, clínicas médicas e cirúrgicas, centro cirúrgico, serviços de emergência, unidades ambulatoriais e atenção primária, dentre outros.

Tendo em vista a complexidade dos processos de trabalho no ambiente cirúrgico, a necessidade de se conhecer o clima de segurança dos trabalhadores e a ausência de instrumento capaz de mensurá-lo no cenário brasileiro, optei por traduzir,

adaptar e validar a versão *Operating Room* do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ/OR).

A temática abordada neste estudo perpassa por determinados assuntos que considero imprescindível discorrer, mesmo que brevemente, para a contextualização da pesquisa.

Assim, a seguir são expostos os referenciais teóricos acerca da qualidade e segurança do paciente, cultura organizacional, as proximidades e diferenças entre cultura e clima de segurança e a segurança no ambiente cirúrgico. Os conceitos abordados nestes temas correlacionam-se entre si, uma vez que são elementos primordiais para uma assistência à saúde.

1.2 CULTURA E CLIMA DE SEGURANÇA NO AMBIENTE CIRÚRGICO E SUA INTERFACE COM QUALIDADE EM SAÚDE

O constructo qualidade vem sendo modificado, especialmente na última década, acompanhando a evolução do setor da saúde, a competitividade entre as organizações e, atualmente, com a integração mundial da economia e dos meios de comunicação.

Nessa perspectiva, Tronchin, Melleiro e Takahashi (2010) evidenciam a transformação do conceito de qualidade e as estratégias para obtê-la, ressaltando que a busca pela qualidade tornou-se uma constante nas diferentes formas de produzir bens e serviços.

Para as organizações de saúde os desafios que se impõem são inerentes às peculiaridades dos processos de trabalho, com destaque para o amplo espectro de produção e prestação de serviços de saúde, os quais incluem a produção de conhecimento e de informação, pautada no contato humano e na relação interpessoal (Brasil, 2006).

Na saúde, Avedis Donabedian foi o pioneiro a definir e estabelecer um modelo avaliativo da qualidade assistencial. Esse estudioso conceituou, desde 1966, a qualidade em saúde como a obtenção dos melhores benefícios em detrimento dos menores riscos aos usuários do sistema de saúde; benefícios esses definidos em função do alcançável, de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes (Donabedian, 1966, 1978). Ainda nesse aspecto, o autor ressalta que o

cuidado deve ser fundamentado nos princípios éticos, nos compromissos sociais e nas expectativas e necessidades legítimas do usuário.

Donabedian (1978) elucida que a avaliação da qualidade consiste em um juízo acerca do processo de atenção à saúde, proporcionada pelos profissionais de saúde, de forma individual ou coletiva. A emissão de um juízo implica julgar um determinado processo, tornando-se necessário obter informações acerca do objeto a ser avaliado. O modelo avaliativo donabediano é pautado em três dimensões: a de estrutura, de processo e de resultado (Donabedian, 1988).

O *Institute of Medicine (IOM) do Committee on Quality of Health Care in America*, em 2001, definiu a qualidade da assistência à saúde como “o grau com que os serviços de saúde aumentam a chance de se atingir desfechos desejados, tanto de indivíduos, quanto de populações, e que são consistentes com o conhecimento profissional vigente” (Wachter, 2010, p.45).

Wachter (2010) ressalta as seis dimensões propostas pelo *IOM* que compreende a qualidade em saúde: segurança do paciente, objetivos centrados no paciente, efetividade, eficiência, oportunidade e equidade.

Nessa perspectiva, verificamos que, no contexto da qualidade nos serviços de saúde, o termo segurança do paciente tem sido, amplamente, empregado e está relacionado à qualidade do atendimento. Contudo, Vincent (2009) cita que as ações para monitorá-lo não são, suficientemente, enfatizadas nos serviços de saúde. Para esse autor, a segurança do paciente consiste no ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos e as lesões consequentes da assistência à saúde.

Na visão de Runciman et al. (2009), reduzir ao mínimo aceitável a ocorrência de um dano desnecessário ao paciente, exprime o significado da segurança do paciente. Assim, o termo segurança é definido como a redução do risco de dano ao mínimo possível pela situação gerada por uma ação ou agente potencial.

O constructo segurança do paciente definido pela OMS e adotado pelo Ministério da Saúde brasileiro consiste na “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado à saúde” (Brasil, 2014, p.7).

Destaca-se, na literatura, a identificação de conceitos que envolvem a segurança do paciente como evento adverso, desfechos adversos, erros, dentre outros. No entender de Wachter (2010), os erros são atos voluntários ou de omissão, conduzindo a um desfecho indesejado. Os eventos adversos são danos resultantes

da assistência à saúde, em oposição aos desfechos adversos consequentes à doença de base.

Fragata (2010) realizou uma revisão de literatura na qual identificou que cerca de 48% de todos os eventos adversos estavam relacionados a cirurgia e a anestesia, e apontou que 30 a 50% desses eventos seriam evitáveis.

Nessa mesma direção, Moura e Mendes (2012) conduziram um estudo de revisão retrospectiva de prontuários na temática eventos adversos (EA) cirúrgicos em três hospitais do Rio de Janeiro, elucidando como EA cirúrgico: evento ou circunstância, que resultou em dano desnecessário ao paciente submetido a procedimento cirúrgico. Observaram que a proporção de EA cirúrgico em pacientes submetidos a cirurgias correspondeu a 5,9%; o local mais frequente desses eventos foi o centro cirúrgico, onde ocorreram 78,1% dos eventos e que 60% dos procedimentos estavam classificados como pouco ou nada complexo, sendo considerado de baixo risco para ser um EA relacionado ao cuidado. Esses resultados evidenciam a importância da adoção de medidas de segurança e monitoramento dos pacientes no ambiente cirúrgico.

Acreditamos que tanto os conceitos como os métodos para analisar e monitorar os riscos, os erros ou eventos adversos devem fornecer elementos indispensáveis que permitam incorporar, na cultura organizacional, processos e medidas corretivas e preventivas de melhoria dos processos de trabalho nas instituições de saúde, com vistas à assistência segura.

Ao discorrer acerca da cultura de segurança no ambiente cirúrgico faz-se necessário abordar, mesmo em síntese, o significado da cultura organizacional, devido às particularidades nos processos de trabalho dos profissionais que atuam no ambiente cirúrgico e que será discutido posteriormente.

Assim, o estudioso Edgar Schein, em 1985, conceituou o termo cultura organizacional, baseado em revisão de literatura, como um padrão de pressupostos básicos compartilhados por um grupo, o qual aprendeu a tratar e resolver os problemas de adaptação interna e externa, com resultados considerados válidos, ensinado aos novos membros como a forma correta de perceber, pensar e agir em relação às situações enfrentadas pelo grupo (Schein, 2004).

Partindo dessa identidade organizacional, Crow e Hartman (2002) definiram cultura organizacional como um conjunto de valores, crenças, normas e expectativas que mantêm unidos os diferentes membros da organização. Complementa Schein

(2004), que a cultura é um modelo dinâmico aprendido, transmitido e modificado ao longo do tempo, passando assim, de geração em geração.

Kurcgant e Massarollo (2010) enfatizam que as maneiras de pensar, as condutas, os símbolos que dão significado para a realidade, integram a cultura organizacional. Dessa maneira, as políticas de gestão das instituições de saúde necessitam reconhecer a cultura da organização, uma vez que o desempenho dos recursos humanos constitui o elemento determinante do sucesso ou insucesso de propostas institucionais.

Dados da literatura apontam que, historicamente, as discussões e reflexões a respeito da cultura de segurança iniciaram-se nas indústrias de alto risco, como a aviação comercial e as de energia nuclear, óleo e gás.

O relatório do acidente nuclear de Chernobyl publicado pelo Comitê Internacional de Segurança Nuclear - INSAG, em 1988, foi o elemento propulsor para que Nieva e Sorra (2003) conceituassem cultura de segurança do paciente como o produto dos valores dos indivíduos e do grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso, estilo e proficiência de uma gestão de segurança em uma organização de saúde.

Considerando esse panorama o Ministério da Saúde (MS), instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529/2013, que tem como objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, públicos ou privados. Essa portaria define os objetivos específicos do PNSP: promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde; envolver os pacientes e os familiares nesse processo; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e na pós-graduação na área da Saúde (Brasil, 2014, p.13).

O Ministério da Saúde brasileiro publicou o documento de referência do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNPS), que reconhece os problemas existentes no país em relação à qualidade dos cuidados e ressalta que o maior desafio do sistema de saúde brasileiro encontram-se nos estabelecimentos de Saúde e,

especialmente, nos hospitais, com prontos-socorros das grandes cidades com demanda excessiva e hospitais de pequeno porte com baixa ocupação (Brasil, 2014).

As estratégias para segurança do paciente no Brasil dependem do conjunto de normas e regulamentos que regem o funcionamento dos estabelecimentos de Saúde, como a elaboração de planos de qualidade e segurança do paciente, com ações monitoradas por indicadores, dirigido por um núcleo responsável e com uma política institucional de estímulo à adesão de protocolos e diretrizes clínicas (Brasil, 2014).

Conforme descrito no PNPS, a cultura de segurança do paciente é um elemento que perpassa os eixos que compõe esse programa. Assim, a Portaria MS/GM nº 529/2013 destaca o conceito de cultura de segurança do paciente com base na OMS (Brasil, 2014, p.15), pontuando:

“Cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares.

Cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança.

Cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional.

Cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança”.

A Portaria MS/GM nº 529/2013 estabeleceu um conjunto de protocolos básicos que são componentes obrigatórios dos planos (locais) de segurança do paciente dos estabelecimentos de Saúde, a que se refere à RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA): prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de Saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado e uso seguro de equipamentos e materiais (Brasil, 2014).

Em 2013, o *The Health Foudation*, publicou o relatório, o *The measurement and monitoring of safety*, elaborado por Charles Vincent e colaboradores acerca da mensuração e do monitoramento da segurança do paciente. Esse documento apresenta o referencial explicativo, baseado numa revisão de literatura e em um panorama das práticas atuais, de medição e monitoramento da segurança. O referencial apresentado pelos autores aborda cinco dimensões do monitoramento da segurança do paciente, que são descritas abaixo (The Health Foudation, 2013, p.4):

“Danos passados: incluindo indicadores tanto psicológicos como físicos.

Confiabilidade: definida como o "funcionamento sem falhas ao longo do tempo" e aplicada a indicadores do comportamento, dos processos e dos sistemas.

Sensibilidade às operações: as informações e a capacidade de monitorar a segurança hora a hora ou dia a dia.

Antecipação e preparação: a capacidade da organização de antecipar os problemas e de estar preparada para a sua ocorrência.

Integração e aprendizado: a capacidade de reagir e melhorar a partir das informações de segurança”.

Nesse contexto, os autores do relatório citado acima ressaltam que a pesquisa demonstrou que a cultura de segurança está associada às taxas de acidentes e a diversos índices de segurança. Entretanto, poucos estudos tentaram prever acidentes futuros a partir de medidas atuais da cultura.

A análise da literatura pesquisada no que tange à cultura e clima de segurança demonstra que esses termos, muitas vezes, são utilizados como equivalentes; entretanto, o *Evidence Center of The Health Foundation* (2011) ao considerar o clima de segurança como um componente da cultura de segurança ressalta as diferenças entre os conceitos e a mensuração de cada um.

O *Evidence Center of The Health Foundation* (2011), em revisão de literatura, identificou que cultura de segurança consiste na maneira de como a segurança do paciente é planejada, estruturada e implementada em uma dada organização. Nessa visão, a cultura de segurança é um termo abrangente que representa os valores institucionais e as ações relacionados à segurança; enquanto o clima de segurança relaciona-se com as percepções dos indivíduos à respeito da maneira que a segurança é gerenciada em sua organização.

Estudo conduzido pelo centro de pesquisa supracitado mostrou que mensurar o clima de segurança de uma organização propicia identificar a percepção e as atitudes dos profissionais frente à segurança do paciente. Por outro lado, avaliar a cultura de segurança, neste contexto, implica compreender os valores da organização e as ações de segurança, com base em instrumentos confiáveis.

Para Cooper (2000), a cultura de segurança é refletida nas relações dinâmicas recíprocas entre as percepções e atitudes dos membros sobre a operacionalização dos objetivos organizacionais de segurança, no comportamento dos membros da equipe, na presença e no apoio dos gestores das organizações.

Nesse cenário, Fleming (2005) destaca o debate acerca da relação entre cultura de segurança e clima de segurança, geralmente, ponderando que os dois conceitos encontram-se intimamente relacionados; salientando que o clima de segurança é constituído pelos elementos de superfície da cultura de segurança, a qual pode ser aferida por meio de variáveis quantitativas. Ainda para esse autor, as pesquisas de cultura de segurança propiciam valiosas informações à respeito de como a segurança do paciente é vista dentro da organização, podendo atuar como elemento de reflexão e de implementação de melhorias na estrutura, nos processos e nos resultados da atenção à saúde.

Contudo, Singer et al.(2009) enfatizam que, ao se avaliar a percepção de um grupo de pessoas em uma organização, por meio de instrumentos de medida, o termo apropriado a ser empregado é clima de segurança. Para esses autores o clima é conceituado como a medida das atitudes e das percepções dos indivíduos referente às características da cultura de segurança entre os trabalhadores e pode diferir dentro da própria organização.

Dessa forma, neste estudo o conceito de clima de segurança adotado foi o proposto por Sexton et al. (2006), no qual consideram que o clima é o componente mensurável da cultura de segurança, passível de ser avaliado por meio instrumentos

que mensuram a percepção e as atitudes dos profissionais de saúde para a segurança do paciente.

A avaliação de cultura de segurança compreende a mensuração de fatores ambientais, comportamentais e de atitudes e percepção de segurança. Esses aspectos, conforme Cooper (2000) requerem reconhecimento implícito ou explícito da relação interativa entre fatores psicológicos, comportamentais e organizacionais.

Desse modo, as metodologias avaliativas de cultura de segurança empregam tanto a abordagem qualitativa como a quantitativa, dentro das especificidades de cada uma, entretanto, a combinação dessas duas metodologias favorece a mensuração da cultura de segurança, considerando a abrangência do conceito de cultura de segurança (Flin, 2007).

Flin (2007), ainda, assevera que os estudos que avaliam clima de segurança aplicam, na maioria das vezes, questionários como instrumento de coleta de dados, apontando como vantagens a garantia do anonimato e menor custo, quando comparados aos estudos com entrevistas ou outras técnicas.

Conforme Reis, Laguardia, Martins, (2012) os objetivos das pesquisas envolvendo a avaliação de cultura de segurança estão, na maior parte das vezes, voltados para o diagnóstico de cultura de segurança da organização, para a comparação de dados internos e externos; para a avaliação das intervenções implementadas referentes à segurança do paciente e para verificar se as instituições vêm cumprindo os aspectos regulatórios da saúde.

Um aspecto ressaltado por Fleming (2005) envolvendo os estudos de avaliação de cultura de segurança é que esses oferecem às organizações a possibilidade de verem a si mesmos como os outros os veem, fornecendo informações valiosas para a gestão.

Dentre os diversos modelos para avaliação de cultura de segurança descritos na literatura, o presente estudo elegeu o modelo proposto por Reason (2000), o qual foi empregado como referencial para construir o instrumento *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), elaborado para mensurar o clima de segurança no setor saúde (Sexton et al., 2006).

Esse modelo foi desenvolvido partindo das premissas de Vincent, Taylor-Adams e Stanhope (1998) e teve sua origem nas investigações dos desastres ocorridos nas indústrias de alto risco e dos incidentes encontrados nos diferentes

cenários de saúde, que conduziram a uma compreensão acerca dos fatores envolvidos e determinantes desses acidentes.

Duas abordagens centrais estão contempladas nesse modelo, no que diz respeito à falha humana. A primeira é centrada na pessoa, na qual a responsabilidade recai sobre os indivíduos, culpabilizando-os por esquecimento, desatenção ou desmotivação, negligência ou imprudência. Na segunda, a ocorrência está centrada no sistema, entendendo a falha como parte deste, em função das condições de trabalho, dos fatores organizacionais e da ausência de barreiras, culminando com erro ou dano ao paciente (Reason, 2000).

Partindo da premissa de que os seres humanos são falíveis e os erros são esperados, mesmo nas melhores organizações, Reason (2000) expõe que esses devem ser vistos como consequências e não causas, tendo suas origens, fortemente, relacionadas aos fatores sistêmicos, embora, também, considere os atos individuais inseguros.

O desenho do queijo suíço foi utilizado pelo autor do modelo para ilustrar como defesas, barreiras e salvaguardas podem criar múltiplas proteções, no intuito de diminuir a probabilidade de que os orifícios se alinhem e permitam que o erro cause um dano ao paciente.

Segundo o modelo de Reason (2000) as falhas ativas são os atos inseguros cometidos por pessoas que estão em contato direto com o paciente ou sistema, enquanto as condições latentes decorrem de decisões gerenciais e estratégicas organizacionais, que podem ser identificadas e corrigidas antes da ocorrência de um evento adverso. A maioria dos eventos adversos ocorre por uma combinação desses dois fatores.

Na atenção à saúde, não é incomum, o ato cirúrgico ser, frequentemente, o único tratamento destinado a atenuar as incapacidades e diminuir o risco de morte em diversas patologias ou situações (traumas). Trata-se de um dos serviços mais complexo e oneroso prestado pelos sistemas de saúde (Moura e Mendes, 2012). Embora os procedimentos cirúrgicos tenham a intenção de salvar vidas, as falhas no processo em determinadas situações podem causar danos irreparáveis.

A OMS elencou cinco dados acerca da segurança cirúrgica que evidenciam o impacto nos sistemas de saúde (OMS, 2009a, p. 13):

- Complicações pós-operatórias em pacientes internados ocorrem em até 25% dos pacientes.
- A taxa de mortalidade relatada após cirurgia mais extensa é de 0.5-5%.
- Em países desenvolvidos cerca de metade de todos os eventos adversos em pacientes hospitalizados está relacionado à assistência cirúrgica.
- Nos casos onde o processo cirúrgico levou a prejuízos, ao menos metade deles era evitável.
- Princípios conhecidos de segurança cirúrgica são aplicados de maneira inconsistente mesmo nos cenários mais sofisticados.

Pelo exposto, há inúmeros desafios e sérias dificuldades para garantir a segurança da assistência cirúrgica. Em se tratando de países em desenvolvimento ressaltam-se as dificuldades da infraestrutura e equipamentos, os suprimentos e qualidade de medicamentos, as falhas na gestão das organizações e no controle de infecções, as capacitações e treinamento de pessoal, as falhas no correto diagnóstico pré-operatório, as deficiências na consulta pré-anestésica e o subfinanciamento severo no sistema (OMS, 2009a, Moura e Mendes, 2012).

A OMS (2010) destaca a importância das ações das organizações em criar e manter um ambiente de trabalho saudável para tornar os processos mais efetivos e promover a saúde, a segurança, o bem estar dos trabalhadores e pacientes e a sustentabilidade do local de trabalho. Dentro deste contexto quatro áreas são fundamentais para promover um ambiente de trabalho saudável: o ambiente físico, o ambiente psicossocial (cultura e organização do trabalho), recursos para a saúde dos trabalhadores e o envolvimento da organização na comunidade (OMS, 2010).

Outro aspecto que merece destaque é a necessidade de trabalho em equipe no cenário cirúrgico, cuja característica envolve diferentes categorias, com identidades culturais distintas e atuando em um mesmo ambiente, com dinâmicas diversificadas de acordo com o modelo de gestão de cada instituição de saúde.

A OMS (2009a) identifica, como o ponto mais crítico no ambiente cirúrgico, a interação dos membros da própria equipe, elencando: os cirurgiões, os anestesiológicos, os enfermeiros e outros. Reitera que as equipes cirúrgicas não têm sido capacitadas para promover um trabalho em equipe.

Nessa ótica, Weiser et al. (2010), ressaltam que a cultura das equipes cirúrgicas são rígidas e resistentes às mudanças, e o uso de protocolos de segurança

do paciente implica estabelecer estratégias para promover a comunicação e o trabalho em equipe, aumentando a adesão às melhores práticas de segurança em saúde.

Fragata (2010) salienta que o processo de trabalho no centro cirúrgico é uma prática profissional, intensamente dependente da atuação individual exercida no centro de organizações de saúde complexas, em que os fatores humanos interagem com os fatores organizacionais e com a estrutura tecnológica dos equipamentos médicos-cirúrgicos. A descrição a seguir explicita o conceito de equipe cirúrgica (Fragata, 2010, p. 18):

Uma equipe cirúrgica é um grupo de pessoas altamente treinadas, que se reúnem para realizar uma tarefa específica, potencialmente arriscada, a qual requer um nível máximo de interação e de responsabilidade partilhada entre os seus membros — esta atividade tem coreografia própria, levada a cabo por cirurgiões, anestesistas, ajudantes, enfermeiros, técnicos e auxiliares (para só falarmos dos elementos em cena) onde, com facilidade, ocorrem problemas de comunicação e surgem conflitos, conduzindo a eventos indesejáveis.

1.3 AVALIAÇÃO DE CLIMA DE SEGURANÇA NO AMBIENTE CIRÚRGICO

A mensuração da segurança do paciente em ambiente cirúrgico implica em considerar os aspectos relativos à cultura organizacional, à cultura e ao clima de segurança do paciente e as peculiaridades inerentes ao processo de trabalho no ambiente cirúrgico. Nesse sentido, a escolha da metodologia apropriada e dos instrumentos de pesquisa devem ser rigorosamente analisados à luz da literatura disponível acerca do tema.

Nessa questão, Colla et al. (2005) realizaram uma revisão sistemática da literatura no que tange à mensuração de clima de segurança e compararam as características, dimensões e propriedades psicométricas dos instrumentos. Nos nove estudos da revisão, os instrumentos foram construídos com base em dimensões: liderança, políticas e procedimentos, recursos humanos, comunicação e relatórios, respondidos por meio da escala de Likert, destinada a medir percepção, atitudes, sentimentos e opiniões dos indivíduos. A confiabilidade destes instrumentos foram

analisadas por meio do teste de Alpha de Cronbach, cujos valores variaram de 0,45 a 0,85.

O *Evidence Center of the Health Foundation* examinou a literatura publicada quanto à mensuração de cultura e clima de segurança e elencou cinco principais instrumentos contendo elevadas propriedades psicométricas, a saber: o *Safety Attitudes Questionnaire*; o *Patient Safety Culture in Healthcare Organizations*; o *Hospital Survey on Patient Safety Culture*; o *Safety Climate Survey* e o *Manchester Patient Safety Assessment Framework* (*The Health Foundation*, 2011).

Tais instrumentos variam em relação ao número de itens, às dimensões avaliadas, ao contexto e à população. Cabe salientar que a maioria pode ser obtida por meio eletrônico.

Dentre os disponíveis encontra-se o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), desenvolvido por pesquisadores do *Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice*, *The University of Texas*, sob a coordenação de Eric Thomas, John B. Sexton e Robert L. Heimreich (Sexton e Thomas, 2003).

O referido questionário foi validado em seis estudos transversais, com uma amostra de 10.843 sujeitos, em 203 áreas hospitalares e ambulatoriais, nos Estados Unidos da América (EUA). Essas investigações demonstraram que o questionário apresentou elevadas propriedades psicométricas e abarcou seis domínios: clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção da gerência da unidade e do hospital, clima de segurança, condições de trabalho e percepção do estresse (Sexton et al., 2006).

Esse instrumento mensura o clima de segurança nos serviços de saúde a partir da percepção dos profissionais acerca da segurança do paciente. Conforme as orientações dos autores do questionário¹, as respostas são obtidas por meio de uma escala do tipo Likert e a pontuação é representada 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 segue a seguinte ordem: primeiro os itens negativos são revertidos, em seguida são agrupados nos domínios, em seguida a pontuação de cada domínio é obtida por meio do cálculo da média da soma. O escore da escala varia de 0 a 100, sendo que 0 representa a pior percepção do clima de segurança e 100 a

¹Center for Healthcare Quality and Safety. *Safety Attitudes and Safety Climate Questionnaire* [Internet]. Texas: UTHHealth; c2015.

melhor percepção. Valores maiores ou iguais a 75 são considerados uma percepção positiva da segurança do paciente (Carvalho e Cassiani, 2012).

Os achados das pesquisas empregando o SAQ apontam associação direta dos resultados positivos com a segurança do paciente, como a associação entre pontuações positivas do SAQ com menos erros de medicação, diminuição de pneumonia associada à ventilação mecânica, menor taxa de infecção de corrente sanguínea e menor período de internação em unidades de cuidados intensivos (Sexton et al., 2006).

A partir desses estudos, o SAQ foi traduzido e validado em diversos países como Inglaterra, Austrália, Itália, Grécia, China, Suíça, Turquia, Nova Zelândia (DeilKas e Hofoss, 2008; Kaya, Barsbay e Karabulut, 2010; Lee et al., 2010; Nordén-Hägg et al., 2010 e Raftopoulos e Pavlakis, 2013). Nesses estudos, a confiabilidade do instrumento mensurada pelo valor de Alpha de Cronbach variou de 0,79 a 0,91.

Cabe ressaltar que o SAQ dispõe duas versões – a genérica, composta por 60 itens e a reduzida por 36, acrescidas de questões relativas aos dados demográficos (sexo, categoria profissional, tempo de atuação e a unidade de atuação). As assertivas são respondidas por meio da escala de Likert, contendo os graus: discordo totalmente, discordo parcialmente, neutro, concordo parcialmente, concordo totalmente. Há também a expressão “não se aplica” (Sexton e Thomas, 2003).

No Brasil, o *SAQ-Short Form* foi traduzido e validado por Carvalho (2011), essa versão contém 41 itens e seis domínios e apresentou um alpha de Cronbach de 0,89 e as correlações item-total entre os domínios foram consideradas de moderadas a forte, exceto para o do domínio percepção do estresse.

O estudo conduzido por Rigobello et al. (2012) aplicou *SAQ-Short Form*, em diversos hospitais do Brasil, e verificou que a percepção do clima de segurança dos profissionais de saúde variou conforme o gênero, a unidade, a categoria profissional e o tempo de atuação. No que tange aos domínios estudados, a satisfação no trabalho apresentou os escores mais elevados e os valores mais baixos foram os envolvendo a percepção da gerência.

O *Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room (SAQ/OR)* é a versão modificada do SAQ e foi desenvolvida por Makary et al. (2006a), validada em um estudo, nos EUA, abrangendo 60 hospitais e 2769 profissionais atuantes em centro cirúrgico. Os achados demonstraram consistência interna elevada, valor de alpha de

Cronbach de 0,76, e reiteram que o questionário é válido para medir clima de segurança em centro cirúrgico. A variação dos escores forneceu oportunidades para *benchmarking*, para avaliar intervenções destinadas melhoria da segurança do paciente, enfatizando as especificidades do ambiente de centro cirúrgico (Makary et al., 2006a).

Na versão *Operating Room* do SAQ desenvolvida por Makary et al. (2006b), os autores consideraram que as propriedades do instrumento realmente mensuram os padrões de clima de segurança em centro cirúrgico, com impactos na segurança do paciente.

Na literatura pesquisada a respeito de adaptações transculturais e validação do SAQ/OR foram encontrados três estudos e esses apresentaram propriedades psicométricas satisfatórias. No primeiro, a versão para a língua japonesa, realizada por Kawano et. al (2014) obteve o valor do alpha de Cronbach de 0,74; no segundo na versão portuguesa, falada em Portugal, conduzido por Pinheiro (2013), o alpha de Cronbach correspondeu a 0,88 e o terceiro estudo desenvolvido na Suécia por Göras et al. (2013), o alpha de Cronbach variou nos domínios de 0,59 a 0,83, não descrevendo o alpha geral do questionário.

Zheng (2012) realizou uma análise do SAQ/OR empregando modelos de equações estruturais para avaliar a confiabilidade, a validade, as dimensões e as relações existentes entre elas. O questionário foi aplicado junto à população de enfermeiras atuantes, em centro cirúrgico, em três hospitais da Suécia, demonstrando confiabilidade e validade dessa versão. As equações estruturais utilizadas nesse estudo como método avaliativo revelaram que, além da confiabilidade e validade do instrumento, a satisfação no trabalho esteve fortemente associada ao clima de segurança.

Diversas aplicações do instrumento vêm sendo desenvolvidas com o intuito de mensurar mudanças no comportamento dos profissionais de saúde, antes e após intervenções, em relação à segurança do paciente.

Makary et al. (2007) conduziram um estudo em que foi analisada a primeira parte do SAQ/OR, destinada a avaliar a qualidade da comunicação e da colaboração entre as categorias profissionais. Assim, obtiveram como resultados que os cirurgiões classificaram o trabalho em equipe como muito bom, porém as enfermeiras perceberam o trabalho em equipe como modesto; identificando discrepâncias consideráveis nas percepções dos participantes.

Outro estudo foi desenvolvido por Haynes et al. (2011) empregando o SAQ/OR para avaliar a mudança de atitudes de segurança associando-o ao “*Check List* de Cirurgia Segura”. Os achados revelaram mudanças positivas na percepção do trabalho em equipe e do clima de segurança correlacionados ao grau de melhora na morbidade pós-operatória e na mortalidade.

Kawano et. al (2014) aplicaram a versão do SAQ/OR antes e três meses após a implementação do “*Check List*” de cirurgia segura, em um hospital no Japão e verificaram mudanças de atitudes de segurança em relação aos domínios clima de segurança e trabalho em equipe.

O SAQ/OR também foi utilizado para avaliar a percepção de segurança dos profissionais em um centro cirúrgico cardiovascular norte-americano. Esse estudo identificou que as percepções relacionadas à segurança dependem do papel do profissional de saúde dentro da equipe cirúrgica e que intervenções para melhorar a comunicação devem ser orientadas a partir das categorias profissionais (Henry et. al, 2012).

Face ao exposto e por reconhecer a relevância em disponibilizar um instrumento passível de mensurar o clima de segurança no ambiente cirúrgico, nas instituições de saúde no cenário brasileiro, optou-se por esta pesquisa, delineando os objetivos a seguir.

OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Realizar a adaptação transcultural e a validação do *Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room Version* para o contexto brasileiro.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Proceder à adaptação transcultural do *Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room Version* para a língua portuguesa do Brasil;
- Validar a versão adaptada do *Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room Version* junto a profissionais de centro cirúrgico de instituições hospitalares públicas e privadas do Município de São Paulo;
- Disponibilizar uma ferramenta para mensurar o clima de segurança em ambiente cirúrgico, no cenário nacional.

MÉTODO

3.1 REFERENCIAL METODOLÓGICO

3.1.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo de cunho metodológico de adaptação transcultural e validação de um instrumento, para o contexto de centros cirúrgicos no Brasil.

A pesquisa metodológica refere-se às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise dos dados, contemplando a elaboração, validação e avaliação de instrumentos (Polit e Beck, 2011).

Para a adaptação transcultural foi empregado o modelo proposto por Beaton et al. (2000; 2007), sendo que na primeira etapa procedeu-se a tradução e a adaptação transcultural e na segunda a validação das propriedades psicométricas da versão adaptada à língua portuguesa do Brasil.

3.1.2 O processo de adaptação transcultural

A literatura alerta acerca da precisa avaliação das qualidades, tanto da construção como da adaptação transcultural, dos instrumentos de coleta de dados de uma pesquisa.

No que tange à adaptação transcultural de um instrumento existente, as vantagens apontadas são: permitir a comparação de dados de diferentes populações e contextos com maior equidade, a economia de tempo e recursos financeiros e a compreensão das semelhanças, diferenças e características em comum de um dado contexto (Alexandre e Coluci, 2011; Borsa, Damásio e Bandeira, 2012).

Para isso há que se apropriar de um método que vise à manutenção das características psicométricas e da validade de seu conteúdo entre as culturas (Damásio, 2012).

Tendo em vista os diversos os métodos descritos na literatura para a tradução e adaptação transcultural de instrumentos de medidas, neste estudo optamos pelo modelo proposto por Beaton et al. (2000; 2007), originado a partir de Guillemin, Bombardier e Beaton, na década de 1993, o qual passou por modificações ao longo

do tempo e, atualmente, é amplamente empregado nas pesquisas metodológicas com o propósito de traduzir e adaptar instrumentos.

Para Beaton et al. (2000; 2007) a adaptação transcultural é um processo, o qual analisa a língua (tradução) e as questões de adaptação cultural, no intuito de habilitar um instrumento para uso em outro país, ambiente, cultura e linguagem, requerendo uma metodologia rigorosa, visando à equivalência entre a fonte original e a traduzida.

O modelo acima referido prevê o emprego de duas etapas: a primeira consiste na tradução linguística e adaptação transcultural e a segunda na validação da versão adaptada aplicada a uma amostra da população-alvo (Beaton et al., 2000; 2007).

3.1.2.1 A primeira etapa: tradução e adaptação transcultural

As recomendações sugeridas por Beaton et al. (2000; 2007), para a tradução e adaptação, 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.

Estágio I – TRADUÇÃO: momento em que é realizada a tradução do instrumento original, por dois tradutores independentes, que tenham como língua mãe o idioma alvo da tradução. Os tradutores devem ter perfis diferentes: um dos tradutores deve conhecer os objetivos do estudo e o outro procede à tradução, sem conhecimento prévio do estudo e sem relação profissional com a área da saúde, de forma que este tradutor reflita a linguagem mais literal do processo tradutório.

Estágio II – SÍNTESE: nessa fase ocorre uma versão síntese do instrumento, a partir das duas traduções. Com base no questionário original e nas duas traduções, um relatório detalhado é estruturado, acerca do conteúdo encontrado, observando-se as divergências entre as duas traduções, bem como, as soluções para, preferencialmente, obter o consenso entre o pesquisador e os tradutores.

Estágio III – RETROTRADUÇÃO: a partir da síntese procede-se a tradução para a língua nativa, por dois tradutores independentes, com idioma mãe na língua de

origem do instrumento e que desconheçam o instrumento original, gerando um segundo relatório. Ambos profissionais deverão fazer um relatório reportando as divergências e os consensos identificados.

Estágio IV – AVALIAÇÃO POR UM COMITÊ DE ESPECIALISTAS: nesse momento, ocorre a composição do comitê por um grupo de especialistas, também conhecido como juízes, o qual avaliará as equivalências estabelecidas, a exemplo: semântica, idiomática, conceitual, experiencial e de conteúdo. Os juízes devem ser especialistas em áreas referentes ao tema do estudo, no intuito de analisarem, criteriosamente, as equivalências entre o instrumento original e a versão pré-final a ser testada.

Não existe consenso na literatura quanto ao número de juízes nos processos de adaptação transcultural. Na revisão de literatura a quantidade de juízes variou de 3 a 20 em estudos de construção, ou tradução e adaptação de instrumentos. Porém, Alexandre e Coluci (2011) recomendam que a composição do comitê seja formada por especialistas na área temática do instrumento, profissionais de saúde, especialistas na metodologia e sugerem a inclusão dos tradutores envolvidos no processo.

As equivalências descritas a seguir foram fundamentadas nos conceitos de Beaton et al. (2000), Fayers e Machin, (2000), Reichenheim e Moraes (2007) e Polit e Becker (2011).

Equivalência semântica envolve a capacidade de transferência de sentido dos conceitos do instrumento original para a versão atual, permitindo um conceito correspondente nas duas culturas.

Equivalência idiomática refere-se às expressões coloquiais, informais ou gírias utilizadas no país de origem, as quais apresentam dificuldades de tradução. Nesta situação o comitê de especialista poderá sugerir expressões similares para a versão final.

Equivalência conceitual consiste na exploração do constructo estudado e dos pesos dados aos seus domínios na língua de origem e na população-alvo onde o instrumento será utilizado. Esta etapa é realizada pelo grupo de juízes e tem como finalidade verificar se os domínios abarcados no instrumento original são relevantes e pertinentes no contexto ao qual está sendo adaptado.

Equivalência experiencial busca identificar itens que demonstrem experiências de vida que podem variar em diferentes países e culturas. Em alguns casos, uma determinada tarefa pode simplesmente não ser experimentada na cultura da população-alvo. Nesses casos os itens devem ser substituídos por outros que representem a mesma experiência.

Equivalência de conteúdo é realizada pela análise sistemática durante a construção de um instrumento ou por um comitê de especialista que avaliam os itens do instrumento em relação à compreensão, à clareza e à redundância.

Polit e Beck (2011) ressaltam que essa etapa, também, pode ser referida como validade de conteúdo. A validade de conteúdo preocupa-se com a representatividade do conteúdo do instrumento, buscando-se reconhecer o quanto a medida incorpora o domínio dos fenômenos que se propõe a medir.

As validações de conteúdo trabalham com a obtenção de opiniões convergentes (consensos) dos especialistas, por meio de um índice de consenso, frequentemente atribuído por um valor numérico.

O consenso entre os juízes é obtido por meio do cálculo do índice de validade de conteúdo/consenso (IVC). Dados da literatura apontam variação nesse índice, porém valores considerados satisfatórios encontram-se entre 80% a 90% de concordância entre os juízes (Polit e Beck, 2011).

Estágio V – PRÉ-TESTE: nessa fase do processo de adaptação realiza-se o pré-teste, aplicando a versão pré-final do instrumento a indivíduos com as mesmas características do público-alvo da pesquisa. Beaton et al. (2000; 2007) sugerem um grupo de 30 a 40 pessoas. O intuito do pré-teste é avaliar a compreensão dos itens e o tempo de preenchimento do questionário. As dificuldades sem resolução encontradas devem retornar ao grupo de juízes para discussão e definição das modificações necessárias para a versão final.

Estágio VI – SUBMISSÃO DO DOCUMENTO PARA OS AUTORES: todos os relatórios produzidos durante o processo e a versão final do instrumento devem ser submetidos para avaliação dos autores para obter sua aprovação.

3.1.2.2 A segunda etapa: validação do instrumento

Posteriormente ao processo de tradução e adaptação cultural é indispensável garantir que a versão traduzida seja válida e confiável, para medir o que se propõe. Assim, torna-se necessário testar essas duas propriedades.

Polit e Beck (2011) afirmam que a confiabilidade e a validade de um instrumento não são atributos independentes. Conforme as autoras, a consistência interna é uma das condições de confiabilidade e refere-se à consistência e coerência com que o instrumento mede um determinado atributo; quanto menor a variação produzida nas mensurações repetidas de um atributo, maior a sua confiabilidade.

Para Pasquali (2009), nos estudos de psicometria define-se a validade quando o instrumento de fato mede o que supostamente deve medir. Não obstante, Hora, Monteiro e Arica (2010) afirmam que a confiabilidade de um instrumento, também, está relacionada com a isenção de erros aleatórios.

Neste contexto, Maroco e Garcia-Marques (2006) referem que a confiabilidade (*reliability*) de uma medida é a capacidade desta ser consistente. Assim, é possível esperar que um instrumento de medida seja confiável se mantiver sempre os mesmos resultados, quando aplicados a alvos estruturalmente iguais. Desse modo, a confiabilidade de uma medida é o primeiro passo para saber da sua validade, mas não é suficiente para garanti-la, assim é necessário excluir a hipótese de existência de erro sistemático.

A confiabilidade, analisada por meio da consistência interna, avalia a consistência com que um determinado conjunto de itens de medida estima um determinado constructo ou dimensão latente (Maroco e Garcia-Marques, 2006). Desta forma, é entendida como uma avaliação do grau de consistência entre medidas de uma variável (Hair et al., 2009).

A estimativa da consistência interna mensurada pelo coeficiente de alpha de Cronbach, varia entre 0 e 1, sendo considerados satisfatórios valores acima de 0,70 e excelentes aqueles valores iguais ou superiores a 0,80 (Pereira, 2001; Maroco e Garcia-Marques, 2006, Hair et al., 2009). Ao se tratar de estudos exploratórios aceita-se o valor de 0,60 (Hair et al., 2009).

Esse coeficiente mede a correlação entre respostas em um questionário por meio da análise do perfil das respostas dos sujeitos. Assim, quanto mais alto o

coeficiente, mais internamente é consistente a medida, demonstrando a estabilidade do instrumento (Hora, Monteiro e Arica, 2010).

Outro 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 (Hair et al., 2009).

A análise fatorial fornece as ferramentas para analisar a estrutura das inter-relações em um grande número de variáveis determinando conjunto de variáveis fortemente inter-relacionadas, conhecido como fatores; esses são considerados como representantes de dimensões dentro dos dados (Hair et al., 2009).

Nessa linha, encontra-se a análise fatorial exploratória (AFE), definida como um conjunto de técnicas estatísticas multivariadas aplicadas a uma matriz de dados, com o objetivo de encontrar a estrutura subjacente e determinar o número e a natureza das variáveis latentes (fatores), que melhor expliquem o conjunto das variáveis observadas (Costello e Osborne, 2005; Damásio, 2012). Ainda para esse autor a AFE, geralmente, é realizada quando se desconhece como os itens de determinado instrumento devem ser agrupados e avaliados, ou ainda, quando se pretende refutar ou confirmar a estrutura fatorial de um dado instrumento.

3.2 PERCURSO DA INVESTIGAÇÃO E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A seguir encontram-se as etapas percorridas nesta pesquisa para a tradução e adaptação transcultural e para a validação do SAQ/OR.

3.2.1 Tradução

Nesta etapa foram realizadas duas traduções independentes, por tradutores que possuíam como língua nativa o português e pleno domínio da língua inglesa. Apenas um dos tradutores conhecia os objetivos do estudo. As duas versões da tradução foram denominadas T1 e T2.

3.2.2 Síntese

De posse das traduções e do instrumento original foi elaborada uma síntese pela pesquisadora e a orientadora. Durante as reuniões para elaboração dessa síntese foram contatadas as tradutoras para esclarecer algumas dúvidas.

3.2.3 Retrotradução

Nessa oportunidade ocorreram duas retrotraduções, por dois tradutores independentes, cujo idioma nativo era o inglês, com domínio da língua portuguesa do Brasil e ambos não conheciam, previamente, o instrumento original. As versões da retrotradução foram chamadas de RT1 e RT2.

Para dirimir algumas discrepâncias foi realizada uma reunião da pesquisadora e a orientadora e contatado os tradutores, sendo então realizada a síntese da versão final para avaliação dos juízes. Essa síntese possuía 137 itens do instrumento contendo o título, todos os itens integrantes do questionário, bem como, as instruções de preenchimento.

Todos os relatórios gerados foram inseridos em uma planilha eletrônica para avaliação das equivalências pelos juízes. Esta planilha foi elaborada de forma a proporcionar a visualização de todas as traduções, retrotraduções, síntese final e a avaliação das cinco equivalências, dos 137 itens do instrumento (Apêndice A).

3.2.4 Avaliação do comitê de juízes

O comitê de juízes foi constituído por 12 especialistas que apresentavam dois dos três critérios, estabelecidos pela pesquisadora, a saber: possuir domínio da língua inglesa; possuir experiência nas áreas da saúde, de segurança do paciente ou de centro cirúrgico; possuir experiência na tradução e validação de instrumentos de pesquisa. Destaca-se que entre os juízes havia uma tradutora que participou da pesquisa.

Os juízes receberam por meio eletrônico uma carta convite com as orientações para o preenchimento da planilha, assim como as instruções para a avaliação das seguintes equivalências: semântica, idiomática, conceitual, experiencial e de conteúdo.

Nesse momento os juízes também receberam a planilha eletrônica contendo: os itens do instrumento original (língua inglesa), as duas traduções (T1 e T2) para o português, as duas retrotraduções (RT1 e RT2) e síntese final realizada pela pesquisadora e pela orientadora. A Figura 1 representa a síntese do modelo da planilha com a explicação de como preenchê-la.

Figura 1 - Planilha eletrônica de validação das equivalências do SAQ/OR para o português falado no Brasil, São Paulo - 2014

4									
5									
6	Síntese retrotradução	SAQ/OR	Síntese para avaliação	EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA	EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL	EQUIVALÊNCIA EXPERIENCIAL	EQUIVALÊNCIA DE CONTEÚDO	OBSERVAÇÕES
7	Safety Attitudes Questionnaire (Surgical Center Version - SC)	Safety Attitudes Questionnaire (OR Version)	Questionário de Atitudes de Segurança (Versão Centro Cirúrgico - CC)						
8									
9	Start here	START HERE	Comece aqui						
10	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:						
5	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									
8									
9	Start here	START HERE	Comece aqui						
10	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:						

Na figura 1 observamos a planilha com os itens e as equivalências, assim ao clicar na célula da equivalência correspondente surgia uma lista suspensa com a escala de avaliação.

Para a pontuação dos itens foi utilizada a seguinte escala, onde: -1 representava não equivalente, 0 não é possível/não sei, 1 equivalente, semelhante aos estudos de Carvalho (2011) e Weber (2012). Para os itens que recebiam pontuação -1 ou 0 foi solicitado aos especialistas descreverem suas sugestões ou comentários, no espaço destinado para esse fim.

Para a devolução do material foi estabelecido um prazo de 15 dias, também, por meio eletrônico. Entretanto, esse prazo foi prorrogado por mais 15 dias, quando foram recebidas as 12 planilhas dos especialistas.

O Índice de Validade de Conteúdo/Consenso (IVC) estabelecido foi $\geq$ a 80% entre os juízes para cada item avaliado.

Finalmente, cada juiz verificou se a versão traduzida era inteiramente compreensível, considerando seus conceitos e seus significados dentro da cultura brasileira, avaliando as equivalências entre o instrumento original e o traduzido.

Ressalta-se que, após a análise quantitativa do material, foi realizada uma reunião presencial/virtual com o comitê de juízes, para discussão dos itens que não obtiveram o índice de consenso estimado. Nessa reunião houve a participação presencial de cinco juízes, de três juízes por videoconferência de diferentes regiões do Brasil, a pesquisadora, a orientadora e três pessoas para apoio técnico-administrativo.

Todas as sugestões obtidas e os consensos entre os especialistas foram acatadas e incorporadas na versão pré-final do instrumento em português, sendo submetida a um pré-teste em um hospital privado da região Sul do Brasil.

3.2.5 Pré-teste

O instrumento, versão pré-final, foi aplicado com 30 profissionais de saúde que atuavam no centro cirúrgico de um hospital privado da região sul do país. Os profissionais que participaram do pré-teste foram 10 cirurgiões, 10 anestesiólogos, cinco enfermeiros e cinco instrumentadores/circulantes.

Nesse momento buscou-se avaliar a compreensão dos sujeitos acerca das questões do questionário, o tempo de preenchimento e a usabilidade do questionário.

Os sujeitos que concordaram em participar da pesquisa receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), a carta convite da pesquisa (Apêndice C) e a versão pré-final do questionário (Apêndice D). Dessa forma, foram explicados aos participantes do pré-teste: os objetivos da pesquisa, a necessidade de se cronometrar o preenchimento e a realização de uma entrevista não gravada, para averiguar o entendimento dos sujeitos em relação aos itens do questionário.

3.2.6 Submissão aos autores do SAQ/OR

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 (EUA), que aprovaram a versão em português do SAQ/OR e autorizaram a validação do questionário para o emprego no Brasil (Anexo 1).

O processo de tradução e adaptação transcultural realizado neste estudo ocorreu de agosto de 2013 a abril de 2014, desde o contato com os tradutores até a aprovação final pelos autores do questionário.

A versão final do instrumento foi denominada Questionário de Atitudes de Segurança (Versão Centro Cirúrgico) - SAQ/VCC (Apêndice D).

3.2.7 A validação do questionário

Para validar o instrumento recorreu-se à análise da confiabilidade, por meio do alpha de Cronbach e a avaliação de constructo, com base na análise fatorial exploratória (AFE), que foi adotada por ser um procedimento estatístico amplamente empregado no desenvolvimento e avaliação de instrumentos, definindo-se a estrutura latente entre as variáveis de análise, aprimorando a estrutura dos dados e apontando para relações que podem não ser apreendidas a partir dos dados originais ou de uma matriz de correlação (Hair et al., 2009; Borsa, Damásio e Bandeira, 2012).

A AFE é uma técnica estatística que possibilita a decomposição da variância de cada item em duas partes: a parte comum e a parte específica. A parcela da variância comum – devida a fatores comuns é denominada comunalidade e a específica refere-se à carga fatorial e corresponde à correlação de Pearson entre a variável original e o fator (Hair et al, 2009).

Nesta pesquisa, a AFE foi realizada utilizando-se o método por componentes principais e a rotação ortogonal VARIMAX. Cabe esclarecer que o critério empregado na seleção do número de fatores foi o de autovalores acima do valor um e como critérios para a exclusão dos itens, aqueles com valor de comunalidade inferior 0,5 e os com carga fatorial inferior a 0,4.

A seguir encontra-se a população e os locais selecionados para a validação do SAQ/VCC.

3.3 POPULAÇÃO

A população-alvo deste estudo foi constituída pelos profissionais de saúde atuantes nos centros cirúrgicos das instituições cenários desta pesquisa.

Estabeleceu-se como critérios de inclusão:

- Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que trabalhassem no mínimo há seis meses na unidade, e que estivessem em atividade no período da coleta de dados.
- Cirurgiões, residentes, anesthesiologistas e instrumentadores que participassem ao menos de três procedimentos/mês.

O cálculo amostral correspondeu a 615 sujeitos, considerando-se 10 sujeitos por assertiva, e possíveis perdas, empregando-se a amostragem de conveniência. No entanto, 25 sujeitos foram excluídos, decorrentes de inconsistências no preenchimento do questionário. Desse modo, a amostra foi constituída de 590 sujeitos.

3.4 LOCAL DO ESTUDO

No intuito de validar o instrumento, optamos por selecionar quatro hospitais do Município de São Paulo, sendo dois privados e dois públicos e de ensino.

A escolha das instituições deu-se em função do número de sujeitos pretendidos na amostra e da diversidade do perfil da população atendida nas instituições. Foi ponderada, ainda, a familiaridade das instituições com o tema de segurança do paciente, uma vez que o questionário avalia o clima de segurança do paciente no ambiente cirúrgico, por meio da percepção dos profissionais participantes do estudo.

Cabe salientar que as instituições² privadas e uma pública participantes desta pesquisa são acreditadas por organizações internacionais.

²As informações referentes aos dados das instituições foram obtidas na homepage de cada instituição participante da pesquisa e nos relatórios fornecidos pelos gerentes dos centros cirúrgicos.

3.4.1 Hospital do Coração (HCor – Associação do Sanatório Sírio)

O HCor é uma instituição de direito privado, de natureza civil, com caráter beneficente e sem qualquer finalidade lucrativa, administrada pela Associação do Sanatório Sírio e mantém convênio de apoio institucional ao Sistema Único de Saúde - SUS.

Tem como missão promover com excelência e ética a recuperação da saúde, atuando com pioneirismo em cardiologia, compartilhando recursos tecnológicos e conhecimentos com outras especialidades, associando ensino e pesquisa clínica, valorizando a participação multiprofissional e multidisciplinar na assistência humanizada, visando à prevenção e o bem-estar com qualidade de vida.

A instituição foi acreditada pela *Joint Commission Internacional (JCI)* em 2006, sendo auditada e revalidada em 2013, conquistando o 3º ciclo de acreditação pela *JCI*. Recebeu o reconhecimento pelo Ministério da Saúde como um dos seis hospitais de excelência brasileiros, que integram o Apoio Institucional ao SUS.

Trata-se de uma instituição de grande porte e dispõe de 303 leitos de internação. Realiza cerca de 550 cirurgias/mês, o corpo clínico é aberto e integrado por médicos credenciados pela instituição, legalmente habilitados para o exercício da Medicina no Brasil.

O centro cirúrgico é composto por 10 salas de operações, sala de recuperação anestésica, com seis leitos e central de material esterilizado. Fazem parte da estrutura cirúrgica duas salas híbridas, que consistem em salas cirúrgicas associadas a equipamentos de imagem de alta definição.

Na unidade estudada atuam 80 trabalhadores de enfermagem e 24 trabalhadores dos serviços de apoio, que incluem farmácia, higiene e engenharia clínica. Cerca de 500 cirurgiões e 80 anestesistas estão aptos a realizarem procedimentos na instituição. As equipes cirúrgicas contam com instrumentadores cirúrgicos que são terceirizados. Todos os instrumentadores incluídos na pesquisa possuíam titulação de técnico em enfermagem ou enfermeiro.

3.4.2 Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC)

Trata-se de uma organização de direito privado. Sua missão é comprometida com as necessidades de saúde da população e voltada para um atendimento integral, individualizado e com qualidade, através do desenvolvimento científico, do ensino e da pesquisa. Tem ênfase de atuação nas áreas de assistência a pacientes com doenças digestivas, circulatórias, osteomusculares, oncológicas e a atenção ao idoso.

A gestão da qualidade e segurança do paciente é desenvolvida na instituição com base nas políticas institucionais, programas, protocolos e capacitação dos colaboradores. A instituição buscou um sistema de certificação internacional para equiparar a sua atuação aos padrões de excelência do segmento hospitalar mundial. Nesse contexto, o HAOC é acreditado pela *Joint Comission Internacional* (JCI).

O hospital dispõe de 351 leitos, considerado de grande porte. O CC realiza procedimentos de alta, média e baixa complexidade e possui 22 salas operatórias, no complexo do Bloco E. Em uma das salas possui equipamentos para realização de cirurgia robótica e sistemas de controle de filtração do ar ambiente, entre outras estruturas tecnológicas.

No Centro Cirúrgico são realizadas cerca de 1200 cirurgias/mês. O hospital conta com 1.829 trabalhadores, o corpo clínico é aberto com 5.874 cirurgiões credenciados e no centro cirúrgico a equipe de enfermagem é composta por 20 enfermeiros e 116 técnicos de enfermagem.

3.4.3 Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP)

Trata-se de uma instituição pública, estadual e de ensino, vinculada à Reitoria da USP. Sua missão é promover o ensino, pesquisa e a extensão de serviços à comunidade.

Integra o Sistema Único de Saúde (SUS), como referência na atenção secundária e localiza-se no campus da Cidade Universitária, na região oeste do Município de São Paulo.

O hospital conta com 280 leitos e é considerada uma instituição hospitalar de grande porte e realiza procedimentos de média complexidade. O centro cirúrgico da

instituição realiza em média 400/mês, em diversas especialidades. Possui 12 salas de operações, sala de recuperação e central de material e esterilização.

O corpo clínico é fechado e constituído por 82 cirurgiões, 40 anestesiológicos e também conta com residentes de cirurgia e de anestesia. A equipe de enfermagem é composta por 11 enfermeiros, 29 técnicos de enfermagem e 05 auxiliares de enfermagem.

3.4.4 Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP)

O Instituto do Câncer do Estado de São Paulo Octavio Frias de Oliveira (ICESP) é uma Organização Social de Saúde (OSS). Trata-se de uma entidade filantrópica de direito público, criada pelo Governo do Estado de São Paulo, em parceria com a Fundação Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, para ser um hospital de referência especializado em tratamento oncológico.

O Instituto encontra-se em transição em relação ao seu modelo administrativo, que passará a ser classificado como uma autarquia especial estadual ligada à Secretaria de Estado da Saúde.

Tem como missão ser um centro de excelência no tratamento oncológico promovendo o ensino, a pesquisa e a assistência médico-hospitalar, norteado pelos princípios do SUS.

O hospital é uma instituição de grande porte, com 414 leitos de internação, distribuídos em unidades oncológicas clínicas, cirúrgicas e hematológicas e 85 leitos de terapia intensiva.

No Centro Cirúrgico são realizados mensalmente cerca de 600 procedimentos cirúrgicos complexos e multidisciplinares, considerados de alta complexidade.

Possui 22 salas de operações, duas salas de recuperação anestésica, sala de preparo pré-operatório, entre outras estruturas distribuídas em dois andares. Dispõe de uma sala integrada com equipamentos de imagem e diagnóstico, equipamentos de videoconferência e de cirurgia robótica.

O corpo clínico do Instituto é fechado e no centro cirúrgico atuam cerca de 120 cirurgiões, 50 anestesistas, residentes de cirurgia e de anestesia e aproximadamente 30 instrumentadores. A equipe de enfermagem possui 17 enfermeiros e 67 técnicos de enfermagem.

3.5 COLETA DE DADOS

3.5.1 Operacionalização da coleta

A coleta dos dados ocorreu no período de maio a agosto de 2014.

Nas quatro instituições participantes foram realizadas reuniões com os diretores, gerentes e supervisores das equipes de profissionais dos centros cirúrgicos, onde foram apresentados os objetivos e o método da pesquisa. Aos gerentes dos centros cirúrgicos envolvidos na investigação foi solicitada a relação de trabalhadores e os mapas de cirurgias para proceder à seleção dos sujeitos.

Nas datas e horários, previamente, agendados os profissionais foram convidados a participar da pesquisa, nos ambientes cirúrgicos, e aos que manifestaram interesse foi entregue a carta convite (Apêndice C), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de cada instituição em duas vias e o questionário adaptado culturalmente SAQ/VCC (Apêndice D).

Os dados foram coletados presencialmente pela pesquisadora e por uma graduanda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), bolsista de Iniciação Científica.

Dependendo da dinâmica de trabalho, em algumas unidades o questionário foi entregue aos gerentes de enfermagem ou coordenadores das equipes médicas e recolhido posteriormente. Entretanto, como essa estratégia resultava em baixo retorno, a pesquisadora e a bolsista retornaram aos campos e abordaram os sujeitos pessoalmente, aguardando o preenchimento do questionário no centro cirúrgico de cada instituição, majoritariamente, nas salas de conforto dos centros cirúrgicos participantes.

3.5.2 O instrumento: Questionário de Atitudes de Segurança/Versão Centro Cirúrgico (SAQ/VCC)

A versão adaptada transculturalmente neste estudo manteve o mesmo *layout*, em duas páginas, do instrumento original. Essa versão SAQ/VCC do questionário é e

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 parte é composta por 58 assertivas que abarcam a segurança do paciente e um item questionando se a pesquisa foi respondida anteriormente. A terceira parte é composta pelas informações demográficas (gênero, raça/etnia, categoria profissional, tempo de atuação, turno de atuação, entre outros). Finalmente, a um espaço no qual é solicitado aos participantes, 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 à ter respondido anteriormente o questionário e a solicitação de recomendações para a melhoria são abertas para livre escolha dos participantes.

Na primeira parte do questionário os graus da escala tipo Likert apresentam-se da seguinte forma: “Muito Ruim”, “Ruim”, “Adequada”, “Boa”, “Muito Boa”, “Não se Aplica”. Para a segunda parte, os graus da escala são representados por: “Discordo Totalmente”, “Discordo Parcialmente”, “Neutro”, “Concordo Parcialmente”, “Concordo Totalmente” e “Não se Aplica”.

A versão original do *Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room (SAQ/OR)* encontra-se no Anexo 2 e a versão adaptada transculturalmente do Questionário de Atitudes de Segurança/Versão Centro Cirúrgico (SAQ/VCC) no Apêndice D.

3.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para a organização dos dados coletados uma planilha eletrônica foi construída e em seguida ocorreu a análise dos dados por meio de recursos de computação do programa estatístico *Statistic Package for Social Sciences 20.0 (SPSS®)*.

Cabe lembrar que a validade de conteúdo foi realizada pelo comitê de juízes, considerando o IVC $\geq$ a 80%.

A validade de constructo foi avaliada empregando-se a AFE dos componentes principais e o método de rotação ortogonal VARIMAX (Hair et al., 2009).

Em seguida procedeu-se a análise da confiabilidade por meio do coeficiente de alpha de Cronbach, para a escala no total e para cada domínio/fator.

A associação linear entre os itens e a escala como um todo foi avaliada por meio da correlação de Pearson, o qual o mede o grau de correlação entre duas variáveis e a direção desta correlação, que pode ser positiva ou negativa. Uma correlação negativa indica que as variáveis são inversamente relacionadas (Polit e Beck, 2011). Esse coeficiente assume valores entre -1,00 e 1,00, entretanto, as correlações perfeitas (-1,00 e + 1,00) são raras. O valor 0 (zero) significa que não há relação linear entre as variáveis, quanto mais próximo de 1 ou -1, mais forte é a associação linear entre as duas variáveis.

Os resultados foram apresentados na forma de quadros, tabelas e figuras, e as variáveis descritas, conforme as frequências absoluta e relativa e ainda as medidas de tendência central.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

A adaptação transcultural do SAQ/OR foi autorizada pelos autores, por meio de contato eletrônico (Anexo 3).

O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da EEUSP, CAAE - 19332613.4.0000.5392 (Anexo 4).

Os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos sobre os objetivos e o método do estudo, sendo entregue aos que concordaram em participar, a carta convite, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias³, que foi elaborado conforme a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, a qual regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

³Os pareceres consubstanciados com as aprovações e os TCLEs das instituições hospitalares participantes da investigação encontram-se sob a guarda da pesquisadora.

RESULTADOS

Para melhor compreensão os resultados são apresentados obedecendo a seguinte ordem: adaptação transcultural do instrumento, a análise descritiva do questionário, incluindo a amostra de 590 sujeitos e a validação das propriedades psicométricas do instrumento.

- 4.1 A ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL
- 4.2 A ANÁLISE DESCRITIVA DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO
- 4.3 A VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO: PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS

4.1 A ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

As traduções, retrotraduções e sínteses realizadas nesta etapa foram concluídas de maneira exitosa permitindo a análise quantitativa e qualitativa dos 137 itens.

4.1.1 Validação das equivalências segundo os juízes

Caracterização dos juízes

O comitê de juízes foi composto por 12 especialistas que apresentaram as seguintes características sociodemográficas: quanto ao sexo predominou o feminino (83,3%); a idade variou entre 33 e 72 anos, média de 51,5 anos ($dp \pm 10,85$). Em relação à formação 9 (75%) eram enfermeiros, 2 (16,7%) médicos e 1 (8,3%) tradutor. O tempo de formado correspondeu em média a 28,1 anos ($dp \pm 10,91$). No que tange à natureza jurídica da instituição de trabalho dos participantes 9 (75%) pertenciam à pública e 3 (25%) à privada.

Quanto à última titulação 50% dos juízes possuíam o título de doutor, 25% de livre docente, 16% eram mestres e 9% eram especialistas em Centro Cirúrgico, Central de Material e Esterilização e Recuperação Pós-Anestésica.

Validação das equivalências

No gráfico 1 estão descritos os achados referentes à validação das equivalências considerando o total geral e as cinco descritas no Método.

Gráfico 1 - Distribuição do consenso das equivalências entre o questionário original e a versão traduzida avaliada pelos juízes, São Paulo – 2014

De acordo com o Gráfico 1, em relação às equivalências, a idiomática apresentou o maior índice de concordância 85,5%, seguida da semântica 85,2%. Ressalta-se que a equivalência experiencial obteve o maior percentual de não equivalência (11,8%), seguida da equivalência de conteúdo 10,1%.

Outro achado deste Gráfico 1 mostra que o instrumento no total obteve 84,1% de consenso entre os juízes; entretanto, dos 137 itens avaliados, 41 não atingiram IVC $\geq$ a 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, e por fim, 11 (8,0%) itens referentes aos dados sociodemográficos.

O Quadro 1 apresenta os itens relacionados com as profissões que não obtiveram consenso e que foram discutidos na reunião realizada com os juízes, quando foram estabelecidas, por consenso, as profissões de saúde que compuseram a versão final do instrumento.

Quadro 1 - Itens relativos às profissões de saúde, segundo o consenso dos juízes,
São Paulo - 2014

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/Anesthesia 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 (HA's)/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

Dos itens apresentados no Quadro 1, a sigla CRNAs foi amplamente debatida pelos juízes e traduzida por enfermeiros anestesistas, embora, não existente em nossa realidade, o grupo de juízes optou pela sua manutenção.

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 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 anesthesiologista/anesthesiologista assistente.

O Quadro 2 a seguir expõe as assertivas no que diz respeito à segurança do paciente.

Quadro 2 - Itens relativos à segurança do paciente, segundo o consenso dos juízes,
São Paulo – 2014

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.

Das questões relacionadas com a segurança do paciente no Quadro 2, o item que teve a maior discordância foi “26. Recebo informações adequadas e oportunas sobre os eventos do hospital, que podem afetar meu trabalho”. A discussão estabelecida foi acerca da palavra “evento” que foi substituída por “ocorrências”.

Outra assertiva debatida, intensamente, foi a “17. A administração do hospital não se compromete conscientemente com a segurança dos pacientes”. Neste aspecto a participação de uma tradutora na reunião contribuiu para dirimir as dúvidas da língua inglesa, e o item 17 passou para a seguinte construção: “A administração do hospital não compromete, conscientemente, a segurança dos pacientes”

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

A seguir encontram-se os 11 itens, que se referem aos dados sociodemográficos da terceira parte do questionário, apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 - Itens dos dados sociodemográficos, segundo o consenso dos juízes, São Paulo – 2014

SAQ/OR	Síntese para avaliação	Versão Final
Full-time	Tempo Integral	Período Integral
Part-time	Tempo parcial	Período Parcial
Agency	Agência	Cooperado
Contract	Contrato	Contratado
Ethnic Group:	Grupo Étnico	Grupo Étnico
Hispanic	Hispânico	Conforme tabela auto referida do IBGE
Black (not Hispanic)	Negro (não Hispânico)	Conforme tabela auto referida do IBGE
White (not Hispanic)	Branco (não Hispânico)	Conforme tabela auto referida do IBGE
Asian/Pacific Islander	Asiático/Ilhas do Pacífico	Conforme tabela auto referida do IBGE
Multi-ethnic	Multiétnico	Conforme tabela auto referida do IBGE
“Optional” collected as part of a cross-cultural study Citizenship (e.g., Canadian, Filipino, USA, etc.):	“Opcional” coletado como parte de estudo intercultural cidadania (ex: canadense, filipino, norte-americano, dentre outros):	“Opcional” cidadania:

Os itens dos dados sociodemográficos discutidos referiram-se ao regime de trabalho e ao turno de trabalho. É oportuno acrescentar, que na reunião

presencial/virtual foi definida o emprego da tabela do IBGE, para a classificação étnico-racial brasileira que compõe o instrumento (Petrucelli e Saboia, 2013).

4.1.2 Pré-teste: caracterização dos participantes e sujeitos.

O pré-teste ocorreu no ambiente do centro cirúrgico de uma instituição privada, contando com a participação de 30 sujeitos, com a finalidade de verificar o tempo de preenchimento e a compreensão das assertivas do questionário.

Com relação à caracterização dos sujeitos, que participaram do pré-teste, a categoria profissional foi composta por 10 cirurgiões, 10 anestesiológicos, quatro enfermeiras, seis técnicos de enfermagem. O sexo masculino correspondeu a 19 sujeitos e o feminino a 11 sujeitos. Quanto ao grau de escolaridade 24 possuíam formação superior completa, um sujeito superior incompleta e cinco escolaridade de nível médio.

Os resultados do pré-teste mostraram que o tempo médio de preenchimento do questionário foi de 16,5 minutos. Tanto o instrumento original como a versão adaptada neste estudo são compostos de duas páginas, um sujeito manifestou que o questionário era extenso e outro apontou existirem perguntas semelhantes.

Em relação ao tamanho da fonte (letra) quatro sujeitos sugeriram aumentar o tamanho. Porém, como o questionário possui duas páginas, o aumento do tamanho das letras iria acarretar em acrescentar mais uma página, assim optamos por manter o formato.

Os sujeitos não relataram dificuldades na compreensão dos itens do questionário. Entretanto, identificaram dificuldade com o *layout* do instrumento para relacionar a pergunta com a resposta na mesma linha, isso foi solucionado acentuando-se as cores entre as linhas.

4.1.3 Submissão aos autores do questionário

Ao final do processo de tradução e adaptação transcultural do instrumento a versão final em português foi encaminhada e aprovada pelos autores do questionário

na Universidade do Texas – EUA e também houve a autorização para que se procedesse sua validação.

Essa versão do instrumento foi denominada: Questionário de Atitudes de Segurança (Versão Centro Cirúrgico/VCC). Entretanto, a literatura internacional e os instrumentos originais seguem a nomenclatura SAQ, mesmo para os instrumentos traduzidos e adaptados (Zeng, 2012 e Göras et al, 2013).

Assim, para o questionário traduzido e adaptado para a língua portuguesa do Brasil foi adotada a abreviação SAQ/VCC.

4.2 ANÁLISE DESCRITIVA DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Para se proceder a avaliação das propriedades psicométricas do instrumento, este foi aplicado em uma amostra de 590 sujeitos; 220 corresponderam ao HAOC, 181 ao ICESP, 102 ao HCor e 87 ao HU-USP.

Os resultados dessa etapa são apresentados obedecendo-se a seguinte ordem: caracterização dos participantes do estudo, análise da questão da comunicação e da colaboração entre os participantes da pesquisa e a análise das 58 assertivas.

Caracterização dos participantes do estudo

O questionário foi aplicado a profissionais de saúde que atuavam nos centros cirúrgicos das quatro instituições hospitalares cenários desse estudo.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes do estudo quanto à categoria profissional, sexo, etnia/raça, regime de trabalho, ao turno de trabalho, à experiência profissional, ao tempo de trabalho e à idade, São Paulo – 2014

VARIAVEIS*	N	%
Categoria profissional		
Cirurgião/Cirurgião assistente	227	38,7
Residente de cirurgia ou interno	50	8,5
Instrumentador ou circulante de sala	131	22,4
Anestesiologista/Anestesiologista assistente	101	17,2
Residente de anestesia ou interno	24	4,1
Enfermeiro anestesta	1	0,2
Auxiliar do anestesiologista	2	0,3
Enfermeiro de centro cirúrgico	16	2,7
Enfermeiro de unidade de recuperação pós-anestésica	2	0,3
Enfermeiro assistencial	4	0,7
Enfermeiro-chefe de centro cirúrgico	3	0,5
Equipe de apoio	2	0,3
Outro	23	3,9
Sexo		
Masculino	324	55,7
Feminino	258	44,3
Etnia		
Negro	13	2,3
Indígena	1	0,2
Amarelo	44	7,9
Afrodescendente	9	1,6
Branco	424	76,3
Pardo	65	11,7
Regime de trabalho		
Período integral	156	28,4
Período parcial	184	33,5
Cooperado	26	4,7
Contratado	83	15,1
Outro	100	18,2
Turno		
Período integral	149	30,7
Período parcial	144	29,7
Noturno	17	3,5
Variável	175	36,1
Experiência (anos)		
Média (dp)	13,41 (±10,77)	
Mediana	10,00	
Mínimo-Máximo	1 - 60	
Tempo de trabalho (anos)		
Média (dp)	8,93 (±9,29)	
Mediana	5,00	
Mínimo-Máximo	1 - 59	
Idade (anos)		
Média (dp)	39,62 (±10,81)	
Mediana	36,32	
Mínimo-Máximo	22 - 86	

*O N varia de acordo com o número de sujeitos que responderam cada questão.

Os dados da Tabela 1 mostram que em relação à categoria profissional a maioria foi constituída por 227 (38,7%) cirurgiões/cirurgiões assistentes, seguidos de 155 (26,4%) instrumentadores/circulantes de sala, e 101 (17,2%) anestesiológicos/anestesiológicos assistentes. Um sujeito respondeu como enfermeiro anestesista, entretanto, tendo em vista que essa profissão não existe no Brasil, não foi considerado como integrante, nem da equipe de enfermagem, nem da equipe médica.

Assim, a equipe médica foi representada por 68,5% (cirurgiões, anestesiológicos, residentes de cirurgia e de anestesia) e a equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e instrumentadores/circulantes) obteve o total de 31,2%.

Quanto às características dos sujeitos do estudo o sexo masculino predominou com 324 (55,7%) e em relação à etnia/raça a maior parte 424 (76,3%) era branca. Para a variável raça foi utilizada a definição do IBGE para a classificação étnico/racial auto referida (Petrucelli e Saboia, 2013).

A idade dos profissionais de saúde variou entre 22 a 86 anos, sendo que a média foi de 39,62 anos ($dp \pm 10,8$) e a mediana de 36,32 anos. Os dados mostraram que a experiência de trabalho na especialidade variou entre 1 e 60 anos e a média foi de 13,41 anos ($dp \pm 10,7$) e em relação ao tempo de trabalho na instituição o menor foi de 1 ano e o maior de 59 anos, e a média correspondeu a 8,93 anos ($dp \pm 9,2$).

No que diz respeito ao regime de trabalho a maioria dos participantes 184 (33,5%) atuava em período parcial no centro cirúrgico e, quanto ao turno, a maior parte 175 (36,1%) trabalhava em turno variável, seguido de 149 (30,7) em turno integral.

Qualidade da comunicação e da colaboração entre os participantes da pesquisa

A primeira parte do questionário prevê que o participante descreva sua vivência em relação à qualidade da comunicação e da colaboração com os profissionais que atuam no centro cirúrgico.

Dessa forma, os resultados obtidos e apresentados no Gráfico 2 demonstram a percepção dos participantes da pesquisa em relação aos outros profissionais que atuam no centro cirúrgico.

Gráfico 2 - Distribuição da qualidade da comunicação e da colaboração dos participantes da pesquisa, São Paulo - 2014

Os dados do Gráfico 2 apontam que os graus “muito boa” e “boa” obtiveram os melhores percentuais; sendo que 53,5% dos sujeitos do estudo consideraram como “muito boa” a comunicação e a colaboração com os anestesiológicos/anestesiológicas assistentes, 50,8% com os cirurgiões/cirurgiões assistentes, seguidos pelos instrumentadores/circulantes de sala (44,6%). Os piores percentuais foram encontrados em relação à equipe de apoio (30%).

Em relação à opção de uma comunicação e colaboração “muito ruim” entre os profissionais, observa-se que todas as categorias profissionais apresentaram baixos percentuais nesse grau da escala.

A análise descritiva das respostas

Nesta pesquisa, as assertivas foram analisadas em relação aos atributos responsividade e aceitabilidade.

A responsividade foi avaliada por meio dos efeitos chão (*floor*) e teto (*ceiling*); tais efeitos ocorrem quando mais que 15% das respostas estão concentradas no grau mínimo ou máximo da escala (Terwee, 2007).

A aceitabilidade foi verificada em função das respostas válidas e não válidas. Foram consideradas como não válidas, as questões em branco, as contendo mais de uma resposta ou as assinaladas na alternativa “não se aplica”.

A Tabela 2 apresenta os resultados referentes à responsividade e a Tabela 3 à aceitabilidade da versão adaptada do SAQ/VCC.

Tabela 2 - Distribuição da frequência das respostas da versão adaptada do SAQ/VCC,
São Paulo - 2014

	Respostas											
	DT		DP		Neutro		CP		CT		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1.(N) Neste Centro Cirúrgico são comuns altos níveis de carga de trabalho	159	28,8	145	26,2	153	27,7	55	9,9	41	7,4	553	100,0
2.Eu gosto do meu trabalho	1	0,2	4	0,7	12	2,0	60	10,2	509	86,9	586	100,0
3.As sugestões do enfermeiro sobre a assistência ao paciente são bem recebidas no Centro Cirúrgico	5	0,9	19	3,4	99	17,5	219	38,7	224	39,6	566	100,0
4.Eu me sentiria seguro se fosse tratado aqui como paciente	7	1,2	9	1,6	32	5,5	135	23,4	395	68,3	578	100,0
5.Os erros médicos* são tratados de modo apropriado neste hospital	8	1,5	27	4,9	164	30,0	131	24,0	216	39,6	546	100,0
6.Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe	6	1,1	58	10,5	100	18,1	181	32,7	208	37,6	553	100,0
7.Toda informação necessária está disponível, antes do início de um procedimento	9	1,6	37	6,4	59	10,2	189	32,7	284	49,1	578	100,0
8.Trabalhar neste hospital é como fazer parte de uma grande família	38	6,6	59	10,3	160	27,9	157	27,4	159	27,7	573	100,0
9.A administração deste hospital está fazendo um bom trabalho	41	7,1	88	15,3	132	23,0	191	33,2	123	21,4	575	100,0
10.A administração deste hospital apoia meus esforços diários	55	9,9	97	17,5	164	29,7	142	25,7	95	17,2	553	100,0
11.Eu recebo retorno apropriado sobre o meu desempenho	67	12,1	100	18,1	143	25,9	156	28,2	87	15,7	553	100,0
12.(N) Na Sala de Cirurgia é difícil discutir os erros	92	16,5	157	28,1	146	26,2	99	17,7	64	11,5	558	100,0
13.A transmissão de informações entre os profissionais do Centro Cirúrgico antes da realização de um procedimento cirúrgico é importante para a segurança do paciente	0	0	3	0,5	18	3,1	47	8,1	509	88,2	577	100,0
14.A transmissão de informações é comum no Centro Cirúrgico	3	0,5	28	4,9	62	10,7	219	38,0	265	45,9	577	100,0
15.Este hospital é um bom lugar para se trabalhar	5	0,9	8	1,4	56	9,7	170	29,5	337	58,5	576	100,0
16.(N) O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência	195	35,3	171	31,0	84	15,2	48	8,7	54	9,8	552	100,0
17.A administração do hospital não compromete, conscientemente, a segurança dos pacientes	65	11,5	57	10,1	134	23,6	129	22,8	182	32,1	567	100,0
18.Neste Centro Cirúrgico o número de profissionais é suficiente para atender o número de pacientes	101	17,6	116	20,2	74	12,9	167	29,0	117	20,3	575	100,0
19.A tomada de decisão no Centro Cirúrgico utiliza informações dos profissionais envolvidos	18	3,2	42	7,4	98	17,3	212	37,4	197	34,7	567	100,0
20.Sou encorajado por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter com a segurança do paciente	18	3,1	35	6,1	91	15,8	156	27,1	276	47,9	576	100,0

*DT= Discordo Totalmente; DP= Discordo Parcialmente; CP= Concordo Parcialmente, CT= Concordo Totalmente.

Continua

Continua

	Respostas											
	DT		DP		Neutro		CP		CT		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
21.A cultura de segurança neste Centro Cirúrgico torna fácil aprender com os erros dos outros	26	4,6	55	9,7	170	29,9	168	29,5	150	26,4	569	100,0
22.O hospital lida de maneira construtiva com os profissionais problemáticos	43	8,3	63	12,1	255	48,9	92	17,7	68	13,1	521	100,0
23.Os equipamentos deste Centro Cirúrgico são adequados	11	1,9	41	7,2	33	5,8	185	32,5	299	52,5	569	100,0
24.(N) Neste Centro Cirúrgico é difícil manifestar-me abertamente se eu percebo um problema envolvendo o cuidado do paciente	61	10,7	134	23,6	121	21,3	124	21,8	128	22,5	568	100,0
25.(N) Quando a minha carga de trabalho se torna excessiva, meu desempenho é prejudicado	261	46,8	148	26,5	83	14,9	41	7,3	25	4,5	558	100,0
26.Recebo informações adequadas e oportunas sobre ocorrências no hospital, que podem afetar o meu trabalho	37	6,7	91	16,6	144	26,2	160	29,1	117	21,3	549	100,0
27.(N) Eu tenho visto outros profissionais cometerem erros que tinham potencial de prejudicar os pacientes	50	9,3	76	14,2	162	30,3	82	15,3	165	30,8	535	100,0
28.Eu conheço os meios adequados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente neste Centro Cirúrgico	50	8,9	85	15,2	119	21,2	137	24,4	170	30,3	561	100,0
29.Eu me orgulho de trabalhar neste hospital	3	0,5	7	1,2	75	13,0	154	26,6	339	58,7	578	100,0
30.Neste Centro Cirúrgico, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado	21	3,7	60	10,6	134	23,7	188	33,3	162	28,7	565	100,0
31.(N) Sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado	261	46,0	168	29,6	61	10,7	39	6,9	39	6,9	568	100,0
32.(N) Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis	174	30,6	188	33,1	74	13,0	82	14,4	50	8,8	568	100,0
33.(N) Estresse devido a problemas pessoais afeta de forma adversa o meu desempenho	86	15,0	220	38,5	81	14,2	97	17,0	88	15,4	572	100,0
34.Eu tenho apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes	8	1,4	19	3,3	57	10,0	179	31,5	305	53,7	568	100,0
35.É fácil para os profissionais que atuam neste Centro Cirúrgico fazerem perguntas quando existe algo que não entendem	11	1,9	34	6,0	92	16,2	199	35,0	233	40,9	569	100,0
36.(N) Interrupções na continuidade do atendimento podem ser prejudiciais para a segurança do paciente	227	39,6	194	33,9	61	10,6	37	6,5	54	9,4	573	100,0
37.Durante as situações de emergências, posso prever o que outros profissionais farão em seguida	22	3,9	45	7,9	138	24,3	257	45,2	107	18,8	569	100,0
38.Os médicos e os enfermeiros daqui trabalham em conjunto como uma equipe bem coordenada	12	2,1	61	10,6	96	16,8	251	43,8	153	26,7	573	100,0
39.(N) Frequentemente, não consigo expressar desacordo com a equipe médica	52	10,0	125	23,9	145	27,8	107	20,5	93	17,8	522	100,0

*DT= Discordo Totalmente; DP= Discordo Parcialmente; CP= Concordo Parcialmente, CT= Concordo Totalmente.

Continua

Continua

	Respostas											
	DT		DP		Neutro		CP		CT		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
40. Profissionais conseguem deixar os problemas pessoais para trás, quando estão trabalhando	36	6,3	116	20,4	117	20,6	208	36,6	91	16,0	568	100,0
41. O moral neste Centro Cirúrgico é alto	13	2,3	45	7,9	131	23,0	181	31,8	199	35,0	569	100,0
42. Estagiários da minha área são supervisionados adequadamente	20	4,4	37	8,1	89	19,6	144	31,6	165	36,3	455	100,0
43. Conheço o nome e sobrenome completo de todo o pessoal com quem trabalhei no meu último turno	146	27,9	126	24,0	75	14,3	102	19,5	75	14,3	524	100,0
44. (N) Cometi erros que poderiam prejudicar os pacientes	38	6,9	61	11,1	64	11,7	79	14,4	307	55,9	549	100,0
45. A equipe médica deste Centro Cirúrgico faz um bom trabalho	7	1,2	8	1,4	57	9,9	195	33,9	309	53,6	576	100,0
46. Todo o pessoal do Centro Cirúrgico assume responsabilidade pela segurança do paciente	16	2,8	47	8,2	65	11,4	189	33,2	253	44,4	570	100,0
47. (N) Sinto-me cansado quando levanto pela manhã e tenho que enfrentar outro dia de trabalho	60	10,7	138	24,6	93	16,5	107	19,0	164	29,2	562	100,0
48. A segurança do paciente é, constantemente, reforçada como prioridade aqui no Centro Cirúrgico	11	1,9	33	5,8	78	13,6	182	31,8	268	46,9	572	100,0
49. (N) Eu me sinto exausto com o meu trabalho	48	8,5	83	14,7	81	14,3	140	24,8	213	37,7	565	100,0
50. Assuntos importantes são bem comunicados nas mudanças de turno	17	3,2	66	12,5	119	22,6	204	38,7	121	23,0	527	100,0
51. Aqui existe adesão ampla às diretrizes clínicas e critérios baseados em evidências relacionados com segurança do paciente	14	2,5	34	6,1	134	24,1	192	34,5	183	32,9	557	100,0
52. (N) Sinto-me frustrado com o meu trabalho	10	1,8	40	7,1	42	7,4	83	14,7	390	69,0	565	100,0
53. (N) Sinto que estou trabalhando demais	65	11,7	139	25,0	88	15,8	100	18,0	165	29,6	557	100,0
54. As informações obtidas por meio dos relatórios de eventos adversos são usadas para tornar a assistência do paciente mais segura neste Centro Cirúrgico	19	3,5	40	7,3	168	30,8	131	24,0	187	34,3	545	100,0
55. Durante situações de emergência, meu desempenho não é afetado ao trabalhar com pessoal inexperiente ou menos capacitado	132	25,3	120	23,0	92	17,6	110	21,1	68	13,0	522	100,0
56. (N) Os profissionais, frequentemente, não levam em consideração as regras ou diretrizes estabelecidas neste Centro Cirúrgico	31	5,4	73	12,7	69	12,0	145	25,3	256	44,6	574	100,0
57. O cirurgião ou o cirurgião assistente deveria estar formalmente na coordenação da equipe da Sala Cirúrgica, durante o procedimento cirúrgico	27	4,8	36	6,3	121	21,3	113	19,9	271	47,7	568	100,0
58. (N) Falhas na comunicação que levam a atrasos para iniciar os procedimentos cirúrgicos são comuns	185	32,4	204	35,7	84	14,7	56	9,8	42	7,4	571	100,0

*DT= Discordo Totalmente; DP= Discordo Parcialmente; CP= Concordo Parcialmente, CT= Concordo Totalmente.

Conclusão

De acordo com a Tabela 2, nota-se a presença de efeito chão em oito itens: “1.(N) Neste Centro Cirúrgico são comuns altos níveis de carga de trabalho”, “25.(N) Quando a minha carga de trabalho se torna excessiva, meu desempenho é prejudicado”, “31.(N) Sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado”, “32.(N) Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis”, “36.(N) Interrupções na continuidade do atendimento podem ser prejudiciais para a segurança do paciente”, “43.Conheço o nome e sobrenome completo de todo o pessoal com quem trabalhei no meu último turno”, “55.Durante situações de emergência, meu desempenho não é afetado ao trabalhar com pessoal inexperiente ou menos capacitado” e “58.(N) Falhas na comunicação que levam a atrasos para iniciar os procedimentos cirúrgicos são comuns”.

Os resultados apontam que o efeito teto foi observado em 36 itens, com destaque para os itens: “13.A transmissão de informações entre os profissionais do centro cirúrgico antes da realização de um procedimento cirúrgico é importante para a segurança do paciente” e “2.Eu gosto do meu trabalho”; nos quais 88,2% e 86,9% dos sujeitos, respectivamente, concordaram totalmente com as assertivas.

Tabela 3 - Distribuição das respostas válidas e não válidas, São Paulo – 2014

	Válidos		Não válidos	
	N	%	N	%
42.Estagiários da minha área são supervisionados adequadamente	455	77,1	135	22,9
22.O hospital lida de maneira construtiva com os profissionais problemáticos	521	88,3	69	11,7
39.(N)Frequentemente, não consigo expressar desacordo com a equipe médica	522	88,5	68	11,5
55.Durante situações de emergência, meu desempenho não é afetado ao trabalhar com pessoal inexperiente ou menos capacitado	522	88,5	68	11,5
43.Conheço o nome e sobrenome completo de todo o pessoal com quem trabalhei no meu último turno	524	88,8	66	11,2
50.Assuntos importantes são bem comunicados nas mudanças de turno	527	89,3	63	10,7
27.(N)Eu tenho visto outros profissionais cometerem erros que tinham potencial de prejudicar os pacientes	535	90,7	55	9,3
54.As informações obtidas por meio dos relatórios de eventos adversos são usadas para tornar a assistência do paciente mais segura neste Centro Cirúrgico	545	92,4	45	7,6
5.Os erros médicos* são tratados de modo apropriado neste hospital	546	92,5	44	7,5
26.Recebo informações adequadas e oportunas sobre ocorrências no hospital, que podem afetar o meu trabalho	549	93,1	41	6,9
44.(N)Cometi erros que poderiam prejudicar os pacientes	549	93,1	41	6,9
16.(N)O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência	552	93,6	38	6,4
1.(N)Neste Centro Cirúrgico são comuns altos níveis de carga de trabalho	553	93,7	37	6,3
6.Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe	553	93,7	37	6,3
10.A administração deste hospital apoia meus esforços diários	553	93,7	37	6,3
11.Eu recebo retorno apropriado sobre o meu desempenho	553	93,7	37	6,3
53.(N)Sinto que estou trabalhando demais	557	94,4	33	5,6
51.Aqui existe adesão ampla às diretrizes clínicas e critérios baseados em evidências relacionados com segurança do paciente	557	94,4	33	5,6
12.(N)Na Sala de Cirurgia é difícil discutir os erros	558	94,6	32	5,4
25.(N)Quando a minha carga de trabalho se torna excessiva, meu desempenho é prejudicado	558	94,6	32	5,4

Continua

Continua

	Válidos		Não válidos	
	N	%	N	%
28. Eu conheço os meios adequados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente neste Centro Cirúrgico	561	95,1	29	4,9
47.(N) Sinto-me cansado quando levanto pela manhã e tenho que enfrentar outro dia de trabalho	562	95,3	28	4,7
30. Neste Centro Cirúrgico, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado	565	95,8	25	4,2
49.(N) Eu me sinto exausto com o meu trabalho	565	95,8	25	4,2
52.(N) Sinto-me frustrado com o meu trabalho	565	95,8	25	4,2
3. As sugestões do enfermeiro sobre a assistência ao paciente são bem recebidas no Centro Cirúrgico	566	95,9	24	4,1
17. A administração do hospital não compromete, conscientemente, a segurança dos pacientes	567	96,1	23	3,9
19. A tomada de decisão no Centro Cirúrgico utiliza informações dos profissionais envolvidos	567	96,1	23	3,9
24.(N) Neste Centro Cirúrgico é difícil manifestar-me abertamente se eu percebo um problema envolvendo o cuidado do paciente	568	96,3	22	3,7
31.(N) Sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado	568	96,3	22	3,7
32.(N) Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis	568	96,3	22	3,7
34. Eu tenho apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes	568	96,3	22	3,7
40. Profissionais conseguem deixar os problemas pessoais para trás, quando estão trabalhando	568	96,3	22	3,7
57. O cirurgião ou o cirurgião assistente deveria estar formalmente na coordenação da equipe da Sala Cirúrgica, durante o procedimento cirúrgico	568	96,3	22	3,7
21. A cultura de segurança neste Centro Cirúrgico torna fácil aprender com os erros dos outros	569	96,4	21	3,6
23. Os equipamentos deste Centro Cirúrgico são adequados	569	96,4	21	3,6
35. É fácil para os profissionais que atuam neste Centro Cirúrgico fazerem perguntas quando existe algo que não entendem	569	96,4	21	3,6
37. Durante as situações de emergências, posso prever o que outros profissionais farão em seguida	569	96,4	21	3,6
41. O moral neste Centro Cirúrgico é alto	569	96,4	21	3,6
46. Todo o pessoal do Centro Cirúrgico assume responsabilidade pela segurança do paciente	570	96,6	20	3,4

Continua

Continua

	Válidos		Não válidos	
	N	%	N	%
58.(N)Falhas na comunicação que levam a atrasos para iniciar os procedimentos cirúrgicos são comuns	571	96,8	19	3,2
33.(N)Estresse devido a problemas pessoais afeta de forma adversa o meu desempenho	572	96,9	18	3,1
48.A segurança do paciente é, constantemente, reforçada como prioridade aqui no Centro Cirúrgico	572	96,9	18	3,1
8.Trabalhar neste hospital é como fazer parte de uma grande família	573	97,1	17	2,9
36.(N)Interrupções na continuidade do atendimento podem ser prejudiciais para a segurança do paciente	573	97,1	17	2,9
38.Os médicos e os enfermeiros daqui trabalham em conjunto como uma equipe bem coordenada	573	97,1	17	2,9
56.(N)Os profissionais, frequentemente, não levam em consideração as regras ou diretrizes estabelecidas neste Centro Cirúrgico	574	97,3	16	2,7
9.A administração deste hospital está fazendo um bom trabalho	575	97,5	15	2,5
18.Neste Centro Cirúrgico o número de profissionais é suficiente para atender o número de pacientes	575	97,5	15	2,5
15.Este hospital é um bom lugar para se trabalhar	576	97,6	14	2,4
20.Sou encorajado por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter com a segurança do paciente	576	97,6	14	2,4
45.A equipe médica deste Centro Cirúrgico faz um bom trabalho	576	97,6	14	2,4
13.A transmissão de informações entre os profissionais do Centro Cirúrgico antes da realização de um procedimento cirúrgico é importante para a segurança do paciente	577	97,8	13	2,2
14.A transmissão de informações é comum no Centro Cirúrgico	577	97,8	13	2,2
4.Eu me sentiria seguro se fosse tratado aqui como paciente	578	98	12	2
7.Toda informação necessária está disponível, antes do início de um procedimento	578	98	12	2
29.Eu me orgulho de trabalhar neste hospital	578	98	12	2
2.Eu gosto do meu trabalho	586	99,3	4	0,7

Conclusão

Os dados da Tabela 3 demonstram que o item “42.Estagiários da minha área são supervisionados adequadamente” apresentou a maior porcentagem de respostas não válidas (22,9%), seguidos dos itens “22.O hospital lida de maneira construtiva com os profissionais problemáticos” (11,7%), “39.(N) Frequentemente, não consigo expressar desacordo com a equipe médica” (11,5%), “55.Durante situações de emergência, meu desempenho não é afetado ao trabalhar com pessoal inexperiente ou menos capacitado” (11,5%), “43.Conheço o nome e sobrenome completo de todo o pessoal com quem trabalhei no meu último turno” (11,2%), “50.Assuntos importantes são bem comunicados nas mudanças de turno” (10,5%).

Observa-se, ainda, que 38 itens (65,5%) apresentaram porcentagens de respostas não válidas inferiores a 5%, evidenciando a aceitabilidade do instrumento.

Em relação ao espaço no questionário destinado às recomendações para aprimorar a segurança do paciente no centro cirúrgico, dos 590 sujeitos, 255 (43,2%) descreveram acerca das sugestões. Desse modo, as temáticas abordadas envolveram os âmbitos de déficit de recursos humanos, recursos físicos, comunicação, adesão aos protocolos de segurança do paciente, cirurgia segura, entre outros.

4.3 A VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO: PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS

A validação de constructo ocorreu mediante a análise fatorial exploratória e em seguida foi analisada a confiabilidade do instrumento.

Análise fatorial exploratória

A AFE inicial apontou a existência de 17 fatores que explicavam 66,1% da variância total dos 58 itens. Nas análises fatoriais subsequentes foram eliminados os itens cujas cargas fatoriais e/ou comunalidade eram inferiores aos critérios estabelecidos. Os itens eliminados em cada etapa são apresentados na Tabela 4 e os valores negritados apontam o motivo da exclusão, totalizando 18 itens excluídos.

Tabela 4 - Distribuição dos itens eliminados e respectivas cargas fatoriais e comunalidades, São Paulo – 2014

Etapa	Item eliminado	Carga fatorial	Comunalidade
1	33.(N) Estresse devido a problemas pessoais afeta de forma adversa o meu desempenho	0,312	0,691
2	30.Neste Centro Cirúrgico, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado	0,326	0,611
3	34.Eu tenho apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes	0,341	0,574
4	55.Durante situações de emergência, meu desempenho não é afetado ao trabalhar com pessoal inexperiente ou menos capacitado	0,352	0,594
5	39.(N) Frequentemente, não consigo expressar desacordo com a equipe médica	0,376	0,636
6	3.As sugestões do enfermeiro sobre a assistência ao paciente são bem recebidas no Centro Cirúrgico	0,352	0,576
7	6.Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe	0,337	0,489
8	42.Estagiários da minha área são supervisionados adequadamente	0,306	0,438
9	38.Os médicos e os enfermeiros daqui trabalham em conjunto como uma equipe bem coordenada	0,327	0,563
10	27.(N) Eu tenho visto outros profissionais cometerem erros que tinham potencial de prejudicar os pacientes	0,354	0,572
11	37.Durante as situações de emergências, posso prever o que outros profissionais farão em seguida	0,430	0,482
12	43.Conheço o nome e sobrenome completo de todo o pessoal com quem trabalhei no meu último turno	0,366	0,598
13	56.(N) Os profissionais, frequentemente, não levam em consideração as regras ou diretrizes estabelecidas neste Centro Cirúrgico	0,370	0,594
14	1.(N) Neste Centro Cirúrgico são comuns altos níveis de carga de trabalho	0,357	0,607
15	29.Eu me orgulho de trabalhar neste hospital	0,381	0,640
16	8.Trabalhar neste hospital é como fazer parte de uma grande família	0,521	0,497
17	36.(N) Interrupções na continuidade do atendimento podem ser prejudiciais para a segurança do paciente	-0,375	0,575
18	44.(N) Cometi erros que poderiam prejudicar os pacientes	0,464	0,493

*Os valores negritados apontam o motivo da exclusão.

No processo de AFE foram excluídos os 18 itens descritos na Tabela 4.

Desse modo, os 40 itens restantes foram agrupados em 12 fatores, que explicam 64,3% da variância total.

A Tabela 5, a seguir, explicita a matriz de rotações VARIMAX realizadas e os 12 fatores da escala.

Tabela 5 - Distribuição da matriz de rotação VARIMAX dos fatores do SAQ/VCC, São Paulo – 2014

	Fatores												Comunidades
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
46. Todo o pessoal do Centro Cirúrgico assume responsabilidade pela segurança do paciente	0,731	0,160	0,195	0,063	0,179	0,054	0,048	0,078	0,068	-0,081	-0,065	0,026	0,660
50. Assuntos importantes são bem comunicados nas mudanças de turno	0,655	-0,018	-0,025	0,290	0,051	0,001	-0,009	0,055	-0,129	0,198	0,129	0,052	0,596
54. As informações obtidas por meio dos relatórios de eventos adversos são usadas para tornar a assistência do paciente mais segura neste Centro Cirúrgico	0,640	0,183	-0,052	0,111	0,167	0,067	0,089	-0,199	0,038	0,083	-0,005	0,018	0,547
51. Aqui existe adesão ampla às diretrizes clínicas e critérios baseados em evidências relacionados com segurança do paciente	0,638	0,130	0,000	0,147	0,117	0,024	0,401	-0,111	0,096	-0,044	-0,032	0,139	0,664
48. A segurança do paciente é, constantemente, reforçada como prioridade aqui no Centro Cirúrgico	0,577	0,176	0,044	0,346	0,121	-0,023	0,096	0,266	-0,054	-0,042	-0,105	-0,055	0,599
41. O moral neste Centro Cirúrgico é alto	0,483	0,433	0,241	0,179	0,164	0,195	0,043	0,043	0,071	-0,149	0,115	0,075	0,625
45. A equipe médica deste Centro Cirúrgico faz um bom trabalho	0,435	0,247	0,156	-0,263	0,316	-0,006	0,225	0,236	0,185	-0,107	0,034	-0,009	0,597
10. A administração deste hospital apoia meus esforços diários	0,125	0,815	0,026	0,170	0,049	-0,019	0,104	0,003	0,021	0,025	0,090	-0,025	0,733
9. A administração deste hospital está fazendo um bom trabalho	0,177	0,798	0,055	0,054	0,238	-0,059	0,126	0,019	0,032	-0,039	0,049	0,006	0,755
11. Eu recebo retorno apropriado sobre o meu desempenho	0,199	0,740	0,084	0,227	-0,023	0,017	-0,023	0,103	-0,064	0,096	0,056	-0,090	0,682
15. Este hospital é um bom lugar para se trabalhar	0,174	0,543	0,210	-0,030	0,170	-0,083	0,070	0,316	-0,021	0,159	0,085	0,094	0,553
18. Neste Centro Cirúrgico o número de profissionais é suficiente para atender o número de pacientes	-0,056	0,454	0,154	0,112	0,317	-0,132	0,088	-0,408	-0,186	-0,198	0,112	0,116	0,638
47. (N) Sinto-me cansado quando levanto pela manhã e tenho que enfrentar outro dia de trabalho	-0,004	0,049	0,827	0,018	0,034	0,044	0,073	0,087	-0,046	0,061	-0,145	0,015	0,730

Continua

	Fatores												Comunidades
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
49.(N) Eu me sinto exausto com o meu trabalho	0,038	0,058	0,804	-0,046	0,058	0,173	-0,014	0,003	0,079	0,024	-0,033	-0,062	0,698
53.(N) Sinto que estou trabalhando demais	0,038	0,052	0,785	0,090	0,037	0,089	0,009	-0,046	0,068	0,040	-0,037	-0,112	0,660
52.(N) Sinto me frustrado com o meu trabalho	0,177	0,169	0,624	-0,044	0,056	0,006	-0,011	0,248	0,051	-0,086	0,285	0,174	0,638
21.A cultura de segurança neste Centro Cirúrgico torna fácil aprender com os erros dos outros	0,226	0,065	0,094	0,718	0,186	-0,137	0,182	0,020	0,107	-0,033	0,057	-0,001	0,681
28.Eu conheço os meios adequados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente neste Centro Cirúrgico	0,417	0,140	-0,109	0,567	-0,158	0,152	-0,005	0,174	-0,006	0,025	-0,003	-0,097	0,615
22.O hospital lida de maneira construtiva com os profissionais problemáticos	0,000	0,474	-0,021	0,561	0,063	0,088	0,204	-0,014	-0,072	-0,078	-0,059	-0,001	0,608
26.Recebo informações adequadas e oportunas sobre ocorrências no hospital, que podem afetar o meu trabalho	0,209	0,267	-0,048	0,560	0,041	-0,006	0,074	-0,178	-0,008	0,177	-0,074	0,168	0,535
35.É fácil para os profissionais que atuam neste Centro Cirúrgico fazerem perguntas quando existe algo que não entendem	0,269	0,125	0,102	0,485	0,361	0,093	-0,254	0,219	0,074	-0,088	0,187	0,025	0,634
20.Sou encorajado por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter com a segurança do paciente	0,413	0,110	0,172	0,446	0,424	-0,043	0,066	0,035	-0,001	0,045	-0,003	-0,029	0,600
23.Os equipamentos deste Centro Cirúrgico são adequados	0,076	0,283	-0,028	0,045	0,646	0,030	-0,039	-0,037	0,037	-0,013	-0,039	0,230	0,566
19.A tomada de decisão no Centro Cirúrgico utiliza informações dos profissionais envolvidos	0,210	0,175	0,036	0,278	0,629	-0,030	0,159	-0,151	0,016	0,154	0,098	0,007	0,632
13.A transmissão de informações entre os profissionais do Centro Cirúrgico antes da realização de um procedimento cirúrgico é importante para a segurança do paciente	0,180	-0,084	0,110	-0,143	0,615	-0,028	-0,022	0,353	0,055	-0,074	0,009	-0,051	0,588
14.A transmissão de informações é comum no Centro Cirúrgico	0,254	0,107	0,071	0,305	0,531	-0,014	0,294	0,125	-0,070	-0,001	0,159	-0,094	0,597

Continua

Continua

Continua

	Fatores												Comunidades
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
31.(N) Sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado	0,110	-0,017	0,024	-0,037	-0,001	0,853	0,009	0,000	-0,032	0,039	-0,061	-0,035	0,750
25.(N) Quando a minha carga de trabalho se torna excessiva, meu desempenho é prejudicado	-0,032	0,038	0,127	0,098	0,078	0,798	0,065	-0,104	0,080	-0,101	-0,001	-0,056	0,705
16.(N) O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência	0,064	-0,080	0,129	-0,076	-0,080	0,703	0,021	0,141	0,030	0,012	0,084	-0,104	0,573
32.(N) Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis	-0,040	-0,022	0,084	0,071	-0,056	0,543	-0,156	0,103	0,103	0,342	-0,296	0,292	0,648
5.Os erros médicos* são tratados de modo apropriado neste hospital	0,139	0,113	0,005	0,166	-0,079	0,060	0,689	0,162	-0,036	-0,056	0,193	0,139	0,632
7.Toda informação necessária está disponível, antes do início de um procedimento	0,235	0,200	0,072	0,049	0,314	0,009	0,581	-0,117	0,073	0,196	0,063	0,076	0,607
4.Eu me sentiria seguro se fosse tratado aqui como paciente	0,138	0,118	0,064	0,134	0,318	-0,032	0,435	0,375	0,047	-0,164	-0,298	-0,186	0,639
2.Eu gosto do meu trabalho	-0,040	0,178	0,139	0,089	0,095	0,074	0,094	0,683	-0,062	-0,033	0,033	0,205	0,598
12.(N) Na Sala de Cirurgia é difícil discutir os erros	-0,033	-0,003	0,023	-0,026	0,009	0,014	-0,027	-0,035	0,858	0,019	-0,184	0,068	0,779
24.(N) Neste Centro Cirúrgico é difícil manifestar-me abertamente se eu percebo um problema envolvendo o cuidado do paciente	0,154	-0,091	0,209	0,144	0,094	0,187	0,110	0,036	0,615	0,099	0,368	-0,142	0,697
58.(N) Falhas na comunicação que levam a atrasos para iniciar os procedimentos cirúrgicos são comuns	0,153	0,161	0,200	0,114	-0,032	0,121	0,018	-0,026	0,115	0,666	0,046	0,030	0,579
40.Profissionais conseguem deixar os problemas pessoais para trás, quando estão trabalhando	0,263	0,177	0,244	0,176	-0,113	0,222	-0,019	0,029	0,101	-0,585	-0,001	0,291	0,691
17.A administração do hospital não compromete, conscientemente, a segurança dos pacientes	-0,047	0,247	-0,115	0,010	0,094	-0,077	0,146	0,002	-0,073	0,028	0,760	0,082	0,704
57.O cirurgião ou o cirurgião assistente deveria estar formalmente na coordenação da equipe da Sala Cirúrgica, durante o procedimento cirúrgico	0,088	-0,043	-0,084	0,013	0,095	-0,137	0,138	0,129	-0,005	-0,054	0,077	0,775	0,690

N = 285

KMO = 0,844

Teste de esfericidade de Bartlett (p<0,001)

Conclusão

Cabe esclarecer que o primeiro critério empregado antes de realizar a AFE foi verificar o valor do coeficiente *Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)* e o teste de esfericidade *Bartlett*, que avaliam a significância global de todas as correlações entre os itens da escala.

Neste estudo o valor de *KMO* foi de 0,844 e o de esfericidade de *Bartlett* de $p < 0,001$, indicando que correlações suficientes existem entre as variáveis para dar continuidade à análise.

Dos 12 fatores encontrados na AFE foram definidos como domínios os seis primeiros, consonantes às outras versões do SAQ; a opção pela nomenclatura dos domínios foi realizada pelas pesquisadoras, com base na literatura pesquisada e na semântica dos itens. Os demais fatores não foram nominados como domínios, uma vez que o número de itens variou de um a três, em cada fator.

Assim, em função desses resultados foram estabelecidos os seguintes domínios:

Domínio 1 – Clima de Segurança - este domínio compreendeu sete itens/assertivas:

“46.Todo o pessoal do Centro Cirúrgico assume responsabilidade pela segurança do paciente”, “50.Assuntos importantes são bem comunicados nas mudanças de turno”, “54.As informações obtidas por meio dos relatórios de eventos adversos são usadas para tornar a assistência do paciente mais segura neste Centro Cirúrgico”, “51.Aqui existe adesão ampla às diretrizes clínicas e critérios baseados em evidências relacionados com segurança do paciente”, “48.A segurança do paciente é, constantemente, reforçada como prioridade aqui no Centro Cirúrgico”, “41.O moral neste Centro Cirúrgico é alto” e “45.A equipe médica deste Centro Cirúrgico faz um bom trabalho”.

Domínio 2 – Percepção da Gerência - neste domínio foram agrupados cinco

itens/assertivas: “10.A administração deste hospital apoia meus esforços diários”, “9.A administração deste hospital está fazendo um bom trabalho”, “11.Eu recebo retorno apropriado sobre o meu desempenho”, “15.Este hospital é um bom lugar para se trabalhar” e “18.Neste Centro Cirúrgico o número de profissionais é suficiente para atender o número de pacientes”.

Domínio 3 – Percepção do Estresse - compuseram este domínio quatro itens/assertivas: “47. (N) Sinto-me cansado quando levanto pela manhã e tenho que enfrentar outro dia de trabalho”, “49. (N) Eu me sinto exausto com o meu trabalho”, “53. (N) Sinto que estou trabalhando demais” e “52. (N) Sinto me frustrado com o meu trabalho”.

Domínio 4 – Condição do Trabalho - os seis itens/assertivas deste domínio foram: “21.A cultura de segurança neste Centro Cirúrgico torna fácil aprender com os erros dos outros”, “28.Eu conheço os meios adequados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente neste Centro Cirúrgico”, “22.O hospital lida de maneira construtiva com os profissionais problemáticos”, “26.Recebo informações adequadas e oportunas sobre ocorrências no hospital, que podem afetar o meu trabalho”, “35.É fácil para os profissionais que atuam neste Centro Cirúrgico fazerem perguntas quando existe algo que não entendem” e “20.Sou encorajado por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter com a segurança do paciente”.

Domínio 5 – Comunicação no ambiente cirúrgico - este domínio foi composto por quatro itens/assertivas: “23.Os equipamentos deste Centro Cirúrgico são adequados”, “19.A tomada de decisão no Centro Cirúrgico utiliza informações dos profissionais envolvidos”, “13.A transmissão de informações entre os profissionais do Centro Cirúrgico antes da realização de um procedimento cirúrgico é importante para a segurança do paciente”, “14.A transmissão de informações é comum no Centro Cirúrgico.”

Domínio 6 – Percepção do desempenho profissional - os componentes deste domínio foram quatro itens/assertivas: “31. (N) Sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado”, “25. (N) Quando a minha carga de trabalho se torna excessiva, meu desempenho é prejudicado”, “16. (N) O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência”, “32. (N) Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis”.

Os fatores remanescentes, não designados como domínios foram representados pelo fator sete com três itens: “5. Os erros médicos* são tratados de

modo apropriado neste hospital”, “7. Toda informação necessária está disponível, antes do início de um procedimento”, “4. Eu me sentiria seguro se fosse tratado aqui”; pelo fator nove com dois itens: “12. (N) Na Sala de Cirurgia é difícil discutir os erros” e “24. (N) Neste Centro Cirúrgico é difícil manifestar-me abertamente se eu percebo um problema envolvendo o cuidado do paciente”, e pelo fator 10, também, com dois itens: “58. (N) Falhas na comunicação que levam a atrasos para iniciar os procedimentos cirúrgicos são comuns” e “40. Profissionais conseguem deixar os problemas pessoais para trás, quando estão trabalhando”.

Nos fatores oito, 11 e 12 foram encontrados um item cada “2. Eu gosto do meu trabalho”, “17. A administração do hospital não compromete, conscientemente, a segurança do paciente” e “57. O cirurgião ou o cirurgião assistente deveria estar formalmente na coordenação da equipe da sala cirúrgica, durante o procedimento cirúrgico”.

Desse modo, das 40 assertivas do questionário, 30 foram alocadas nos domínios e 10 permaneceram nos fatores.

Análise da confiabilidade do questionário

A análise de confiabilidade dos 40 itens do questionário SAQ/VCC foi realizada por meio da consistência interna, empregando-se o coeficiente de alpha de Cronbach.

Neste estudo, o questionário SAQ/VCC apresentou o valor de alpha de 0,87, demonstrando a confiabilidade do instrumento; considerando que o alpha pode variar de 0 a 1 e quanto mais próximo de 1 melhor a confiabilidade do questionário.

Terwee et al. (2007) consideram instrumentos consistentes quando se realiza a análise fatorial exploratória e os valores de alpha de Cronbach variam entre 0,70 e 0,95.

A seguir, na Tabela 6, são elencados os resultados da confiabilidade interna do questionário geral e de cada domínio, assim como o número de itens que compõe cada domínio.

Tabela 6 - Descrição do valor de alpha de Cronbach total e dos domínios do SAQ/CC, São Paulo – 2014

Domínios do SAQ/CC	Número de itens	Alpha de Cronbach
SAQ Total	40	0,87
1 Clima de Segurança	7	0,82
2 Percepção da Gerência	5	0,79
3 Percepção do Estresse	4	0,78
4 Condição de Trabalho	6	0,77
5 Comunicação no ambiente cirúrgico	4	0,59
6 Percepção do desempenho profissional	4	0,71
Fator 7	3	0,49
Fator 9	2	0,41
Fator 10	2	0,13

*Os Fatores 8, 11 e 12 são formados por apenas um item, não sendo possível calcular o Alpha de Cronbach.

A Tabela 6 indica que cinco domínios apresentaram o alpha de Cronbach acima de 0,70, um domínio apresentou 0,59 e três fatores apresentaram o valor abaixo de 0,50. Cabe ressaltar, que o domínio um obteve a melhor consistência interna (0,82) e o maior número de itens (sete).

Na Tabela 7, a seguir, são apresentados os valores da consistência interna (alpha de Cronbach) para cada domínio e o valor de alpha se o item fosse excluído para cada domínio.

Tabela 7 - Descrição da correlação item-total e do alpha de Cronbach para cada domínio se o item for excluído, São Paulo – 2014

	Correlação Item - Total	Alpha de Cronbach se o item for excluído
Clima de Segurança (Alpha de Cronbach = 0,82)		
46.Todo o pessoal do Centro Cirúrgico assume responsabilidade pela segurança	0,62	0,79
51.Aqui existe adesão ampla às diretrizes clínicas e critérios baseados em evidências relacionados com segurança do paciente	0,64	0,79
54.As informações obtidas por meio dos relatórios de eventos adversos são usadas para tornar a assistência do paciente mais segura neste Centro Cirúrgico	0,54	0,80
50.Assuntos importantes são bem comunicados nas mudanças de turno	0,55	0,80
48.A segurança do paciente é, constantemente, reforçada como prioridade aqui no Centro Cirúrgico	0,60	0,79
41.O moral neste Centro Cirúrgico é alto	0,54	0,80
45.A equipe médica deste Centro Cirúrgico faz um bom trabalho	0,47	0,81
Percepção da Gerência (Alpha de Cronbach = 0,79)		
10.A administração deste hospital apoia meus esforços diários	0,73	0,69
9.A administração deste hospital está fazendo um bom trabalho	0,69	0,71
11.Eu recebo retorno apropriado sobre o meu desempenho	0,59	0,74
15.Este hospital é um bom lugar para se trabalhar	0,46	0,79
18.Neste Centro Cirúrgico o número de profissionais é suficiente para atender o número de pacientes	0,43	0,81
Percepção do Estresse (Alpha de Cronbach = 0,78)		
47.(N) Sinto-me cansado quando levanto pela manhã e tenho que enfrentar outro dia de trabalho	0,66	0,69
49.(N) Eu me sinto exausto com o meu trabalho	0,65	0,70
53.(N) Sinto que estou trabalhando demais	0,57	0,74
52.(N) Sinto me frustrado com o meu trabalho	0,50	0,77
Condição do Trabalho (Alpha de Cronbach = 0,77)		
21.A cultura de segurança neste Centro Cirúrgico torna fácil aprender com os erros dos outros	0,59	0,72
28.Eu conheço os meios adequados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente neste Centro Cirúrgico	0,50	0,75
26.Recebo informações adequadas e oportunas sobre ocorrências no hospital, que podem afetar o meu trabalho	0,53	0,74
22.O hospital lida de maneira construtiva com os profissionais problemáticos	0,47	0,75
35.É fácil para os profissionais que atuam neste Centro Cirúrgico fazerem perguntas quando existe algo que não entendem	0,51	0,74
20.Sou encorajado por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter com a segurança do paciente	0,51	0,74
Comunicação no ambiente cirúrgico (Alpha de Cronbach = 0,59)		
23.Os equipamentos deste Centro Cirúrgico são adequados	0,36	0,54
19.A tomada de decisão no Centro Cirúrgico utiliza informações dos profissionais envolvidos	0,44	0,47
13.A transmissão de informações entre os profissionais do Centro Cirúrgico antes da realização de um procedimento cirúrgico é importante para a segurança do paciente	0,29	0,59
14.A transmissão de informações é comum no Centro Cirúrgico	0,46	0,45

Continua

Continua

	Correlação Item - Total	Alpha de Cronbach se o item for excluído
Percepção do desempenho profissional (Alpha de Cronbach = 0,71)		
31.(N) Sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado	0,65	0,56
25.(N) Quando a minha carga de trabalho se torna excessiva, meu desempenho é prejudicado	0,55	0,63
16.(N) O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência	0,43	0,70
32.(N) Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis	0,40	0,72
Fator 7 (Alpha de Cronbach = 0,49)		
5.Os erros médicos* são tratados de modo apropriado neste hospital	0,30	0,42
7.Toda informação necessária está disponível, antes do início de um procedimento	0,37	0,29
4.Eu me sentiria seguro se fosse tratado aqui como paciente	0,28	0,45
Fator 9 (Alpha de Cronbach = 0,41)		
12.(N) Na Sala de Cirurgia é difícil discutir os erros	0,26	-
24.(N) Neste Centro Cirúrgico é difícil manifestar-me abertamente se eu percebo um problema envolvendo o cuidado do paciente	0,26	-
Fator 10 (Alpha de Cronbach = 0,13)		
58.(N) Falhas na comunicação que levam a atrasos para iniciar os procedimentos cirúrgicos são comuns	0,07	-
40.Profissionais conseguem deixar os problemas pessoais para trás, quando estão trabalhando	0,07	-

Os fatores 8, 11 e 12 são formados apenas por 1 item, não sendo possível calcular o Alpha de Cronbach

Conclusão

Os dados da Tabela 7 apontam que o primeiro domínio extraído da análise fatorial **Clima de Segurança** obteve o maior valor de alpha de Cronbach de 0,82, considerado como uma boa consistência. Todos os itens tem correlação moderada. Ressalta-se que o item que apresentou maior correlação item-total foi a assertiva: “51. Aqui existe adesão ampla às diretrizes clínicas e critérios baseados em evidências relacionados com segurança do paciente”. E a assertiva que apresentou menor correlação foi “45. A equipe médica deste Centro Cirúrgico faz um bom trabalho”.

O segundo domínio designado **Percepção da Gerência** apresentou boa consistência interna, sendo o valor de alpha de Cronbach de 0,79. A correlação item-total dos cinco itens do domínio variou de 0,43 a 0,73 indicando uma correlação moderada.

O terceiro domínio a **Percepção do Estresse** obteve o alpha de Cronbach de 0,78, demonstrando boa consistência interna e apresentando quatro itens. Os dados evidenciam uma correlação item-total moderada, portanto, não apontam a exclusão de nenhum item.

O quarto domínio denominado **Condição do Trabalho**, é composto por seis itens que apresentaram pouca variação na correlação item-total, os valores variaram de 0,47 até 0,59, indicando uma correlação moderada. Porém, esse domínio tem uma boa consistência interna cujo valor do alpha foi de 0,77 e os dados demonstram que nenhum item deve ser excluído deste domínio.

As análises estatísticas deste estudo indicam como quinto domínio a **Comunicação no Ambiente Cirúrgico**. A consistência interna foi a menor entre os seis domínios representada pelo alpha de Cronbach de 0,59. Porém, os itens apresentaram correlação item-total moderada; apenas o item “13.A transmissão de informações entre os profissionais do Centro Cirúrgico antes da realização de um procedimento cirúrgico é importante para a segurança do paciente” apresentou uma correlação limítrofe entre moderada a fraca.

Os dados obtidos no domínio seis denominado **Percepção do Desempenho Profissional** mostram uma boa consistência interna e uma correlação moderada. O alpha de Cronbach foi de 0,71 e os valores da correlação item-total variam de 0,39 a 0,65. Cabe ressaltar que todos os itens que compõe este domínio são reversos.

Pela análise das propriedades psicométricas os demais fatores apresentam o alpha de Cronbach menor que 0,50, variando de 0,13 a 0,49 e, portanto, não foram nominados como domínios específicos de um constructo. Assim, estes itens foram agrupados em fatores numerados como sete, oito, nove, 10, 11 e 12, perfazendo um total de 10 assertivas.

Dessa forma, os 40 itens resultantes deste estudo produziram a versão reduzida do questionário, que foi denominada Questionário de Atitudes de Segurança/Centro Cirúrgico – SAQ/CC, apresentado no Apêndice E.

DISCUSSÃO

Neste estudo foi realizado um rigoroso processo de adaptação transcultural e as etapas foram cumpridas conforme o modelo proposto por Beaton et al. (2000; 2007). Uma vez que foi considerado que a realização de uma simples tradução não pode ser efetuada devido às diferenças culturais e de linguagem e que se devem ponderar os aspectos técnicos, linguísticos e semânticos (Alexandre e Coluci, 2011),

Trata-se de um processo complexo onde foi necessário comprovar as evidências de manutenção de conteúdo do questionário original, das propriedades psicométricas e da validade para a população brasileira, conforme advertem Borsa, Damásio e Bandeira (2012).

A primeira etapa da adaptação transcultural do questionário correspondeu à tradução do questionário para o português, o consenso da literatura na área sugere que a presença de dois tradutores bilíngues, tanto na tradução quanto na retrotradução, são necessários para a realização desse processo (Borsa, Damásio e Bandeira, 2012). A tradução gerou duas versões, dessas a realização da síntese pelas pesquisadoras e as duas retrotraduções, culminando em uma nova síntese com a versão final a ser submetida aos juízes.

A validação de conteúdo foi realizada pelo grupo de 12 especialistas multidisciplinares e teve a participação de uma tradutora envolvida no processo, conforme recomendam Alexandre e Coluci (2011).

A participação de um dos tradutores no grupo de especialistas enriqueceu as discussões contribuindo para dirimir as dúvidas de tradução durante a reunião, assim como, a presença dos profissionais de saúde com experiência em pesquisa, em ambiente cirúrgico, com conhecimento específico acerca do constructo avaliado nesse instrumento: a segurança do paciente em centro cirúrgico. Participaram também especialistas de diversas regiões do país e de hospitais públicos e privados que favoreceram para que o questionário abarcasse diferenças culturais e formas de vínculos empregatícios, que interferem nas profissões que atuam no cenário cirúrgico. Estes aspectos foram determinantes para a análise das equivalências propostas.

A análise pelo grupo de especialista da avaliação das equivalências, envolveu procedimentos qualitativos e quantitativos. Desse modo, a construção 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, facilitou a análise quantitativa das respostas.

No instrumento avaliado pelos juízes, dos 137 itens, 41 não obtiveram consenso, sendo agrupados em um relatório, o qual foi apresentado e discutido por ocasião da reunião presencial e *on line*, com os especialistas. Cabe destacar que as sugestões foram referentes à ordem da composição das assertivas, pontuação e gramática. A construção do consenso pelo grupo em torno de cada item debatido enriqueceu a análise contribuindo para a qualidade da versão brasileira do questionário.

Entre os itens que não obtiveram consenso e que envolveram maiores divergências, destacamos aqueles relacionados às profissões de saúde atuantes 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 o enfermeiro anestesta, cuja função, no Brasil, é exercida pelo anestesiolista, profissional médico. Entretanto, o grupo optou por manter essa categoria profissional, uma vez que no instrumento está previsto a alternativa “não se aplica”.

Em todos os estudos, envolvendo a adaptação transcultural do SAQ, essa alternativa vem sendo mantida em todas as partes do instrumento (Deikås e Hofoss, 2008; Carvalho, 2011; Kristensen et al, 2015).

De acordo com Alexandre e Coluci (2011) o comitê deve assegurar a equivalência semântica, idiomática, conceitual e experimental do instrumento adaptado. Nesse estudo, a avaliação do comitê de especialistas permitiu avaliar rigorosamente as equivalências, garantindo que a versão final fosse compreensível e culturalmente adaptada para a realidade brasileira.

A versão produzida pelo consenso dos especialistas foi aplicada no pré-teste nas seguintes categorias profissionais: cirurgiões, anestestas, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Em uma revisão de literatura realizada por Reichenheim e Moraes (2007) ressaltam a importância do pré-teste na operacionalização da adaptação transcultural de um questionário, em que a versão-síntese é aplicada a um grupo de indivíduos-alvo, visando a avaliação da compreensão dos itens do instrumento traduzido e sua aceitabilidade.

Neste estudo o pré-teste foi empregado como um dos aspectos de avaliação da equivalência operacional e os resultados demonstraram que os itens foram totalmente compreendidos pelos participantes, refletindo o rigor metodológico e a qualidade do processo de adaptação cultural do questionário. Essa etapa mostrou não

haver necessidade de exclusão de itens, apenas ocorreram alterações de *layout* em relação ao instrumento original, mediante o relato dos participantes quanto ao tamanho da letra e a dificuldade de relacionar a linha da resposta correspondente a cada item.

Tanto o instrumento original como a versão brasileira são compostos por duas páginas, apenas um sujeito no pré-teste manifestou que o questionário era extenso e outro sujeito colocou que existiam perguntas parecidas. Porém, como a média do tempo de preenchimento está de acordo com o guia de orientação dos autores para a aplicação do questionário (Sexton e Thomaz, 2003), optamos por manter a formatação e todos os itens do instrumento original.

Assim, foram preservadas as dimensões do instrumento original, ou seja: a primeira parte referente à comunicação e colaboração; a que mensura o clima de segurança; a parte referente às informações pessoais e os espaços para as sugestões acerca da melhoria da segurança do paciente.

Dessa forma, a versão final da tradução e adaptação transcultural do SAQ/OR produziu um instrumento brasileiro equivalente ao original, culturalmente adaptado, destinado a mensurar o clima de segurança no ambiente cirúrgico por meio da percepção dos profissionais de saúde, que foi submetida e aprovada pelos autores do instrumento original.

Para além da tradução e da adaptação cultural, a literatura ressalta a importância da validade e da confiabilidade na avaliação de instrumentos, na área de ciências sociais, especialmente aqueles que avaliam percepções e atitudes (Alexandre e Coluci, 2011).

Após todo o processo de adaptação cultural foi necessário avaliar as propriedades psicométricas do questionário em português para validar seu emprego no contexto brasileiro. A validação de constructo ocorreu pela análise fatorial exploratória e a confiabilidade mensurada por meio do alpha de Cronbach.

Para a validação a versão traduzida e adaptada do questionário foi aplicada em quatro instituições hospitalares públicas e privadas do Município de São Paulo.

Quanto à caracterização dos sujeitos, no intuito de favorecer a discussão, as categorias dos profissionais de saúde dos centros cirúrgicos foram agrupadas em equipe médica e de enfermagem. Assim, integraram a equipe médica: os cirurgiões e cirurgiões assistentes, anestesiológicos e anestesiológicos assistentes, residentes e internos de cirurgia e de anestesia, a equipe de enfermagem foi composta pelos

enfermeiros (enfermeiro-chefe, assistencial e enfermeiro de centro cirúrgico) e instrumentadores/circulantes.

A análise dos dados sociodemográficos evidenciou que a maioria dos profissionais de saúde nas instituições pesquisadas era constituída pelo sexo masculino da raça/etnia branca. Esses achados são consoantes aos encontrados por Luiz e Bahia (2009), que examinaram as tendências relacionadas com o trabalho em saúde, com base nas Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD). Essa pesquisa sinalizou a maior proporção de médicos brancos, concentrados na região sudeste do Brasil, sendo mais elevada do que a população brasileira de etnia/raça branca em geral.

O sexo masculino prevaleceu sobre o feminino com 55,67%, embora a enfermagem seja uma profissão com predominância feminina. Esse aspecto pode estar relacionado com a alta taxa de resposta dos médicos. Diversos autores identificam a feminilização da força de trabalho em saúde, um processo de crescente aumento da participação feminina na composição da força de trabalho em saúde. Entretanto, em determinados setores do hospital essa tendência não aparece com tanta intensidade (Scheffer, 2011; Machado, Vieira e Oliveira, 2012).

A incidência do sexo masculino também está relacionada com a média de idade, que neste estudo foi de 39,62 anos. Considerando a pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Medicina (Sheffer, 2011), onde foi identificada a demografia médica brasileira, os dados apontam para um aumento da participação feminina na faixa etária abaixo de 29 anos. Nesse sentido, na média de idade de 40 anos apontada neste estudo, o sexo masculino, ainda é predominante.

A categoria médica correspondeu a 68,5% dos respondentes e a de enfermagem a 31,3%. Desse modo, cabe considerar a dinâmica de trabalho no centro cirúrgico, nesse ambiente os cirurgiões e anestesiológicos permanecem nos intervalos entre as cirurgias nos espaços destinados ao repouso e às refeições, normalmente denominadas salas de conforto médico ou de enfermagem, onde foram abordados para a coleta de dados. Essa estratégia facilitou a inserção da pesquisadora no campo e proporcionou maior adesão dos cirurgiões, anestesistas e residentes à pesquisa.

No cenário cirúrgico, a enfermagem é responsável pelo gerenciamento, provisão, organização e manutenção dos recursos humanos, informações, equipamentos e materiais necessários para o fluxo de procedimentos de um centro

cirúrgico (Avelar e Bianchi, 2007). Assim, na prática cotidiana, a equipe de enfermagem mantém-se em constante atividade e não dispõe tempo para repouso entre as cirurgias. Dessa forma, uma das limitações encontradas na pesquisa foi a menor adesão da equipe de enfermagem e a disponibilidade de tempo para responder ao questionário. Portanto, é necessário considerar a carga de trabalho da enfermagem.

A experiência de trabalho em média 13,41 (dp $\pm$ 10,7) anos e de 8,93 (dp $\pm$ 9,2) anos de trabalho na instituição indicaram que os profissionais atuantes nas instituições pesquisadas possuíam vasta experiência de trabalho e de vivência em centro cirúrgico. Esses achados contribuem para a compreensão dos profissionais acerca da dinâmica e dos processos de trabalho no centro cirúrgico, bem como dos papéis que cada um e conseqüentemente reconhecerem e opinarem a respeito da segurança do paciente.

A literatura a respeito da segurança do paciente tem reconhecido internacionalmente que o desempenho da equipe cirúrgica é crucial para um cuidado seguro (Manser, 2009).

Um ponto crítico identificado, em um estudo de revisão realizado por Forse, Bramble e McQuillan (2011), foi a comunicação como a raiz do problema da segurança e da eficácia nos cuidados de saúde, em cenários específicos como centro cirúrgico, unidades de terapia intensiva e salas de emergência.

No que se refere à qualidade da comunicação e da colaboração com os profissionais atuantes no centro cirúrgico, os sujeitos desta pesquisa consideram a comunicação e a colaboração como “muito boa” com os anestesiológicos/anestesiológicas assistentes (55,6%), com os cirurgiões/cirurgiões assistentes (50,3%) e com os instrumentadores/circulantes de sala (44,8%). No grau “muito ruim” todas as categorias profissionais apresentaram índices baixos.

Estudo realizado em um programa de treinamento sobre segurança do paciente, com 690 cirurgiões e enfermeiros em diversos centros cirúrgicos dos EUA, aplicando o SAQ/OR para avaliar a comunicação e colaboração entre estas duas categorias profissionais, revelaram que os cirurgiões consideraram a comunicação com outros cirurgiões e com enfermeiros como “muito boa”; entretanto, os enfermeiros apontaram a comunicação com os cirurgiões como “ruim” e com os outros enfermeiros como “muito boa” (Carney et al., 2010a).

Um estudo de adaptação do SAQ/OR, realizado em Portugal, avaliou essa parte do questionário e encontrou resultados que apontam diferenças significativas relacionadas com a comunicação entre as categorias profissionais do centro cirúrgico (Pinheiro, 2013). Os achados desse estudo indicaram que a comunicação com os enfermeiros tende a ser mais elevada em relação às outras profissões, mantendo-se nos graus “boa” ou “muito boa” em 30 a 40%. Por outro lado, os cirurgiões obtiveram valores de 54% e os anestesiológicos de 50% na comunicação “adequada”. Cabe ressaltar que a mostra da pesquisa foi menor que 100 sujeitos e, portanto, como o autor observa não deve ser generalizada.

Os autores do SAQ/OR ressaltaram que as diferenças nas técnicas e expectativas de comunicação entre enfermeiros e médicos estão relacionadas com a formação profissional, dessa forma os enfermeiros são capacitados a se comunicarem de forma holística, empregando o histórico do paciente e os médicos são capacitados a se comunicarem por “*headline*”, ou seja, por tópicos ou siglas padronizadas (Makary et al., 2006b).

Makary et al. (2006b) ao aplicarem o SAQ/OR identificaram discrepâncias substanciais, na questão da comunicação entre os profissionais de saúde, em 60 centros cirúrgicos norte-americanos. Os autores destacam, com base nos resultados dessa pesquisa, as diferenças nas percepções do trabalho em equipe entre médicos e enfermeiros. Os médicos classificaram a qualidade da colaboração e da comunicação em relação aos enfermeiros como “boa” ou “muito boa” em 85% e os enfermeiros avaliaram a sua colaboração com os médicos “boa” ou “muito boa” em apenas 48%.

Na área da saúde, Manser (2009) destaca que o desafio para o futuro é desenvolver e validar instrumentos para a avaliação de desempenho da equipe nesses cenários específicos, que demandam a integração de diferentes culturas profissionais.

Cabe ressaltar que, na revisão de literatura acerca dos instrumentos disponíveis para mensuração de clima de segurança no **ambiente cirúrgico**, apenas o SAQ, nas versões centro cirúrgico, terapia intensiva e emergência avaliam a qualidade da comunicação e do relacionamento profissional. A versão *short form* do SAQ, tanto a original (Sexton et al., 2006) quanto a adaptada transculturalmente por Carvalho (2011) não mensuram esse constructo.

Os resultados encontrados nos atributos responsividade e aceitabilidade permitiram produzir a AFE. A opção por essa técnica estatística, AFE, deveu-se a determinados aspectos deste estudo, entre os quais a inexistência dos domínios específicos do SAQ/OR. Dessa forma, foi feito contato com os autores do SAQ/OR para obtermos os domínios da versão *Operating Room*; esses explicaram que ainda não dispunham dessa análise.

Cabe salientar que os estudos do SAQ versão genérica apresentam seis domínios: clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção da gerência, clima de segurança, condições de trabalho e percepção do estresse (Sexton et al., 2006).

Os estudos que adaptaram o SAQ/OR nos países Suécia, Portugal e Japão, não desenvolveram domínios específicos da versão centro cirúrgico, apropriando-se dos domínios da versão genérica (Görs et al., 2013; Pinheiro, 2013; Kawano et al., 2014).

Por outro lado, os estudos destinados a mensurar o clima de segurança com o SAQ/OR, nos EUA, utilizaram domínios da versão genérica, desconsiderando os itens específicos de centro cirúrgico para comporem outros domínios.

Nessa direção, um estudo realizado em um centro de cirurgia cardíaca pediátrica, analisou os itens que compõe o SAQ/OR desconsiderando os domínios, (Bognár et al., 2008) e ainda a pesquisa conduzida no centro cirúrgico *do Veterans Health Administration (VHA)* aplicou o SAQ/OR analisando apenas os itens do domínio clima de segurança (Carney et al., 2010b).

Um estudo conduzido no Brasil, por Cauduro et al. (2015), aplicou a versão traduzida e adaptada por Carvalho (2011), o SAQ/*Short Form* para avaliar a cultura de segurança entre profissionais de Centro Cirúrgico. Os resultados encontrados pelos autores demonstraram que o escore médio para clima de segurança correspondeu a 26,5%, com escores negativos nos seis domínios do SAQ/*Short Form*, e referiram fragilidade na avaliação da comunicação, dificuldades no entendimento das assertivas, apontando para a necessidade de novos estudos.

Esses achados reiteram a necessidade em se empregar o questionário específico de acordo com o ambiente/área estudada.

Pela AFE foi possível identificar o constructo latente às questões do questionário adaptado para o contexto brasileiro, especialmente em relação à sua dimensionalidade, contribuindo para a elaboração dos domínios do SAQ/VCC.

Nesse aspecto, o SAQ/VCC apresentou uma escala multidimensional e a AFE apontou a exclusão de 18 itens, agrupados em 12 fatores que explicavam 64,3% da variância.

Assim, os 40 itens foram distribuídos em 12 fatores/domínios, que foram submetidos ao teste do alpha de Cronbach. A análise das propriedades psicométricas realizada evidenciou a avaliação positiva e a confiabilidade do instrumento, que apresentou o alpha de Cronbach de 0,87, para as 40 assertivas definidas pela AFE.

Os fatores extraídos foram denominados domínios, em função dos diversos estudos publicados sobre o SAQ e o SAQ/OR, que empregam a nomenclatura domínio para indicar as dimensionalidades do questionário (Sexton et al., 2006; Makary et al., 2006a; Carvalho, 2011).

Dos 12 fatores, 30 itens foram organizados nos seis primeiros e apresentaram o alpha maior que 0,50 e seis obtiveram valores inferiores, e portanto, não foram considerados como domínios.

A escolha da nomenclatura dos domínios foi realizada pelas pesquisadoras, com base na literatura pesquisada, nos estudos sobre adaptação cultural do SAQ para os diversos países e nos estudos que empregaram o SAQ e o SAQ/OR para avaliar clima de segurança e outros aspectos que o questionário propõe a mensurar.

Os domínios deste estudo foram denominados de: clima de segurança, percepção da gerência, percepção do estresse, condição de trabalho, comunicação no ambiente cirúrgico e percepção do desempenho profissional. Cabe ressaltar que para nominá-los tomou-se por base os domínios do questionário original (Sexton et al., 2006; Makary et al., 2006a) e os da versão curta traduzida e adaptada por Carvalho (2011).

Os seis domínios deste estudo apresentaram uma variação do alpha de 0,59 a 0,82. O menor valor foi representado pelo domínio comunicação no ambiente cirúrgico composto por quatro itens.

Assim, pelos resultados encontrados nesta pesquisa o melhor domínio foi **clima de segurança**, que é composto por sete itens com correlação moderada entre os itens e apresentou uma consistência interna de 0,82. Em outros estudos do SAQ indicam a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional pró-ativo para segurança do paciente (Sexton et al., 2006; Makary et al., 2006a; Carvalho, 2011). Em relação à consistência interna a versão curta de Carvalho (2011) apresentou um alpha de 0,67 para esse domínio.

Nesta investigação, neste domínio apenas o item “50. Assuntos importantes são bem comunicados nas mudanças de turnos” apresentou uma porcentagem de respostas não válidas de 11,7%. É provável que esteja relacionada com a alta taxa de respostas dos cirurgiões e anestesistas, que não consideram a mudança de turno como parte integrante do seu processo de trabalho. Cabe lembrar, que nessa análise da aceitabilidade do questionário foi considerado como não válido também a alternativa “Não se Aplica”.

O segundo domínio, denominado **percepção da gerência**, trata-se da aprovação das ações da gerência quanto as questões de segurança. Esse domínio apresentou alpha de 0,79, considerado aceitável, e os itens têm correlação moderada. Apenas o item “18.Neste Centro Cirúrgico o número de profissionais é suficiente para atender o número de pacientes” indicou que, se fosse excluído, aumentaria o valor do alpha do domínio. Porém, como esse aumento não tem significância e a como a semântica deste item remete a uma ação de gerência foi mantido neste domínio.

Em relação ao terceiro domínio, a **percepção do estresse**, que aborda o reconhecimento do quanto os fatores estressores influenciam na execução do trabalho. Esse domínio é composto por quatro itens com correlação item-total moderada e um alpha de 0,78. Dessa forma, nenhum item foi excluído.

O quarto domínio refere-se à **condição de trabalho** e relaciona-se com a percepção da qualidade do ambiente de trabalho. Esse domínio é formado por seis itens, que apresentaram correlação moderada e tem uma boa consistência interna com o alpha de Cronbach de 0,77. Na literatura pesquisada este domínio difere do domínio apresentado por Carvalho (2011) que tem apenas três itens. No nosso estudo os itens, apontados pela análise fatorial, remetem às questões relacionadas com a segurança do paciente na organização do cotidiano profissional.

Apenas uma assertiva, o item “22. O hospital lida de maneira construtiva com os profissionais problemáticos”, apresentou 11,7% de respostas não válidas, trata-se de um percentual baixo e a análise fatorial não indicou a exclusão deste item e, portanto, foi mantido.

Quinto domínio foi denominado pelas pesquisadoras como **comunicação no ambiente cirúrgico**, constitui-se por quatro itens, com correlação moderada e tem o alpha de 0,59. Trata-se de um domínio específico para o ambiente cirúrgico, pois seus itens referem-se à informação compartilhada entre os profissionais de saúde que interferem na segurança do paciente. Um item deste domínio apresentou efeito teto

com 88,2% de respostas na alternativa “concordo totalmente”, trata-se da assertiva “13. A transmissão de informações entre os profissionais do Centro Cirúrgico antes da realização de um procedimento é importante para a segurança do paciente”. Entretanto, na discussão do conjunto dos itens que compõe esse domínio ressalta-se a importância desta afirmativa em relação aos demais.

Neste domínio chama a atenção a presença da assertiva “23. Os equipamentos deste Centro cirúrgico são adequados”. No entanto, pode-se inferir que este item foi alocado neste domínio em função dos procedimentos cirúrgicos serem altamente dependentes da utilização de tecnologias para a realização do ato cirúrgico, como o aparelho de anestesia, os equipamentos de cirurgia vídeo endoscópica, os equipamentos de cirurgia robótica, o eletro cautério e tantos outros disponíveis no ambiente cirúrgico.

A literatura destaca a responsabilidade do enfermeiro em estabelecer um sistema de comunicação que abarque os recursos materiais e de equipamentos e a equipe cirúrgica para garantir um ambiente seguro para o paciente e também para os profissionais que atuam nesse ambiente (Silva e Alvin, 2010).

Para Pungel et al. (2015), no decorrer das etapas do procedimento cirúrgico, falhas podem acontecer, com potencial risco à segurança do paciente e ressaltam especificamente que os cirurgiões devem usar o equipamento correto, o equipamento deve estar disponível e em boas condições de funcionamento e as medicações têm de ser administradas no tempo adequado. Segundo os autores, como os papéis das categorias profissionais que atuam no ambiente cirúrgico são interdependentes, cabe à equipe de anestesia, a equipe de enfermagem e de cirurgiões se comunicarem de forma eficaz para prevenir complicações evitáveis.

Sexton et al. (2006), os autores do questionário original, propuseram a mensuração da comunicação e da colaboração entre as categorias profissionais que atuam nesse ambiente, como a primeira parte do questionário. Assim, ressalta-se a contribuição desta pesquisa ao desenvolvermos um domínio que mensura esse constructo e permite avaliar as tomadas de decisões baseadas na comunicação no ambiente cirúrgico.

Por conseguinte, esse domínio possibilita a análise de um aspecto crucial do processo de trabalho das equipes cirúrgicas, ao relacionar os dados da primeira parte do questionário com os resultados deste domínio, o que permitirá adensar a avaliação

da comunicação e da colaboração entre os profissionais de saúde que atuam nesse ambiente.

E, finalmente, o sexto domínio, que também foi definido e denominado neste estudo, a **percepção do desempenho profissional**. O alpha de Cronbach correspondeu a 0,71, sendo composto por quatro itens com correlação item-total moderada. Porém, foram observados o efeito chão em três itens. Devido à tendência de respostas apenas nos valores extremos da escala nesses itens pode não ser um instrumento sensível para evidenciar mudanças decorrentes de intervenções neste domínio. Entretanto, são necessários outros estudos, com maior equidade de categorias profissionais, para averiguar a sensibilidade do instrumento para estes itens.

Dessa forma, ao analisarmos a semântica dos itens do sexto domínio observa-se que os mesmos referem-se à repercussão do cansaço e da sobrecarga de trabalho no desempenho profissional. Acreditamos que um aspecto fundamental para a segurança do paciente é a capacidade individual de reconhecer e assumir o cansaço e o quanto esse fator afeta a atuação profissional.

Denota-se que os itens agrupados neste domínio encontram-se nos estudos da versão *short form* do SAQ original e da versão adaptada para o português, no domínio reconhecimento/percepção do estresse. (Sexton et al., 2006; Carvalho, 2011).

Os itens dos fatores sete, oito, nove, 10, 11 e 12 merecem ser reavaliados, em outras amostras, para determinar se podem ser incorporados em algum dos domínios.

Na literatura consultada acerca dos estudos de adaptação e validação do SAQ/OR foram encontrados três trabalhos, na Suíça, Portugal e Japão (Görs et al., 2013; Pinheiro, 2013; Kawano et al., 2014). Esses estudos realizaram o processo de tradução e adaptação conforme a metodologia internacional recomenda. Entretanto, na validação analisaram o alpha de Cronbach total, mas não analisaram os domínios ou analisaram apenas alguns itens ou alguns domínios da versão genérica. Por esse motivo, não há estudos para compararmos os domínios encontrados na nossa análise fatorial exploratória.

No estudo de Görs et al. (2013), que traduziu e adaptou o SAQ/OR para a Suíça, os resultados demonstraram que o alpha de Cronbach variou nos domínios de 0,59 a 0,83, porém foram analisados os domínios da versão genérica do SAQ.

Em Portugal, Pinheiro (2013) realizou a tradução e adaptação transcultural do SAQ/OR e encontrou o alpha de Cronbach geral de 0,88, semelhante ao desta

pesquisa. Contudo, não houve a avaliação dos domínios. Cabe ressaltar que a amostra desse estudo foi composta por 73 sujeitos.

No estudo de Kawano et al. (2014), na adaptação para a língua japonesa do SAQ/OR, apresentou um alpha de Cronbach total de 0,74. Contudo, os autores analisaram 12 itens que compunham dois domínios, clima de segurança e trabalho em equipe e avaliaram o alpha para cada um dos 12 itens e as diferenças dos escores obtidos antes e depois da implantação do *checklist*.

A confiabilidade do SAQ/CC é semelhante aos dos outros estudos de adaptação transcultural do SAQ/OR. Entretanto, torna-se necessário ampliar a pesquisa pra outros cenários cirúrgicos brasileiros para consolidar as propriedades psicométricas.

CONCLUSÃO

O processo de adaptação transcultural e validação do *Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room Version* para o contexto brasileiro permitiu as seguintes conclusões:

- O processo de tradução e adaptação transcultural adotou uma metodologia rigorosa e recomendada internacionalmente, que produziu um instrumento adequado para ser submetido ao processo de validação.
- Os resultados obtidos das traduções, retrotraduções, sínteses e avaliação do comitê de juízes proporcionou o aprimoramento do questionário, sobretudo no que tange às profissões de saúde que atuam em ambiente cirúrgico.
- As adequações realizadas nas assertivas de segurança do paciente foram reduzidas e na sua maioria restritas à gramática, com alterações de algumas palavras, nos 12 itens avaliados.
- O comitê de juízes realizou a validação das equivalências semântica, idiomática, conceitual, experiencial e de conteúdo, sendo que a maior equivalência foi a idiomática e a menor foi a experiencial. Dessa forma, a avaliação dos especialistas contribuiu para que a versão final fosse compreensível e culturalmente adaptada para a realidade brasileira.
- O resultado desse processo produziu um instrumento denominado Questionário de Atitudes de Segurança (Versão Centro Cirúrgico – VCC). Foram mantidos o *layout* do questionário original e as dimensões, a saber: a qualidade da comunicação e da colaboração entre os profissionais de saúde do centro cirúrgico, as 58 assertivas acerca da segurança do paciente e os dados sociodemográficos e o espaço destinado às sugestões de melhoria.
- Uma contribuição deste estudo para a gestão de centros cirúrgicos brasileiros é a disponibilização de um instrumento que avalia a comunicação e a colaboração entre os profissionais atuantes no centro cirúrgico, dentre os constructos mensurados pelo questionário.

Em relação à validação das propriedades psicométricas do instrumento adaptado as conclusões corresponderam:

- A validação de constructo realizada por meio da análise fatorial exploratória produziu um instrumento com 40 itens e seis domínios.
- O questionário mostrou-se confiável apresentando o valor geral de alpha de Cronbach de 0,87 e nos domínios variaram de 0,59 a 0,82.
- Os domínios elencados neste estudo foram: clima de segurança, percepção da gerência, percepção do estresse, condição de trabalho, comunicação no ambiente cirúrgico e percepção do desempenho profissional.
- Dessa forma, este estudo produziu uma versão reduzida do SAQ/OR para o contexto brasileiro, que foi denominado SAQ/CC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos de adaptação transculturais, que empregam metodologia rigorosa, possibilitam maior segurança na disponibilização de instrumentos de coleta de dados de pesquisas, que envolvem questões complexas como comportamento humano e aspectos culturais.

Esta pesquisa permitiu adaptar culturalmente e validar um instrumento que avalia o clima de segurança no centro cirúrgico, considerado um ambiente vulnerável a ocorrência de eventos que comprometem a segurança do paciente, sobretudo decorrente da necessidade da comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico.

A versão reduzida, composta por 40 assertivas, deste estudo poderá facilitar a reprodução da pesquisa em outros cenários cirúrgicos do Brasil, em virtude de aprimorar a coleta de dados e a adesão dos profissionais. No entanto, consideramos que novas pesquisas devem ser desenvolvidas, empregando-se amostras com distribuição homogênea entre as categorias profissionais e outras análises como a análise fatorial confirmatória.

Entendemos como limitação deste estudo a baixa adesão da equipe de enfermagem e a inexistência de estudos na literatura contendo os itens e domínios referentes ao SAQ versão centro cirúrgico, o que impossibilitou a comparação das propriedades psicométricas, especialmente às relativas aos domínios.

Acreditamos que esta pesquisa produziu a versão, reduzida e adaptada culturalmente, de um questionário que traz a possibilidade inovadora de mensurar o clima de segurança no ambiente cirúrgico no contexto brasileiro. Outrossim, essa ferramenta, também, poderá subsidiar os gestores e os pesquisadores na construção e implementação de ações e estratégias destinadas a garantir o cuidado cirúrgico seguro e na condução de pesquisas de avaliação da cultura de segurança.

Finalizando este estudo, ratificamos a necessidade de se conhecer os elementos intervenientes que integram a segurança do paciente no centro cirúrgico, com o intuito de melhorar a qualidade e a segurança nesse ambiente.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2011 [citado 2013 Mar. 20];16(7): 3061-3068. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000800006&script=sci_arttext.
- Avelar MCQ, Bianchi ERF. Atuação do enfermeiro de centro cirúrgico. In: Carvalho R, Bianchi ERF. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. São Paulo: Manole; 2007.
- Brasil. Conass. SUS: avanços e desafios. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: Conass; 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 dezembro de 2012. Diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 2012. p. 59.
- 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 2015 fev. 27]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
- Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. SPINE [Internet]. 2000 [cited 2013 Mar. 08];25(24):3186–319. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11124735>.
- Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measure. Institute for Work & Health [Internet]. 2002, Revised June 12, 2007 [cited 2013 Mar. 7];01-45. Available from: <http://www.dash.iwh.on.ca/system/files/X-CulturalAdaptation-2007.pdf>.
- Bognár A, Barach P, Julie K, Johnson MSPH, Duncan RC, Birnbach D, et al.. Errors and the Burden of Errors: Attitudes, Perceptions, and the Culture of Safety in Pediatric Cardiac Surgical Teams. Ann Thorac Surg [Internet]. 2008 [cited 2014 Nov. 20];85:1374 – 81. Available from: [http://www.annalsthoracicsurgery.org/article/S0003-4975\(07\)02358-2/pdf](http://www.annalsthoracicsurgery.org/article/S0003-4975(07)02358-2/pdf).
- Borsa JC, Damásio BF, Bandeira DR. Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas: Algumas Considerações. Paidéia [Internet]. 2012 [citado em 2013 Mar. 20]; 22(53): 423-432. Disponível em: www.scielo.br/paideia. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272253201314>
- 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 [Internet]. 2010a [cited 2013 Jan. 20]; 91: 6: 722-729. Available from: [http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092\(10\)00327-3/pdf](http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092(10)00327-3/pdf).

Carney BT, Mills PD, Bagian JP, Weeks WB. Sex differences in operating room care giver perceptions of patient safety: a pilot study from the Veterans Health Administration Medical Team Training Program. Qual Saf Health Care [Internet]. 2010b [cited 2014 Oct. 7];19: 128-131. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20142406>.

Carvalho REFL. Adaptação transcultural do *Safety Attitudes Questionnaire* para o Brasil – Questionário de Atitudes de Segurança [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2011.

Carvalho REFL, Cassiani SHB. Questionário atitudes de segurança: adaptação transcultural do Safety Attitude Questionnaire-Short Form 2006 para o Brasil. Rev Lat Am Enfermagem. [Internet]. 2012 [citado em: 15 jan. 2014];20(3). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a20v20n3.pdf

Cauduro FLF, Sarquis LM, Sarquis LMM, Cruz EDA. Cultura de segurança entre profissionais de centro cirúrgico. Cogitare Enferm [Internet]. 2015 [citado 2015 Abr. 02];20(1):129-38. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/36645/24859>.

Center for Healthcare Quality and Safety. Safety Attitudes and Safety Climate Questionnaire [Internet]. Texas: UTHealth; [Internet] 2015. [cited 2015 May. 06]. Available from: <https://med.uth.edu/chqs/files/2012/05/Scale-Computation-Instructions.pdf>.

Clinco SDO. O hospital é seguro? Percepções de profissionais de saúde sobre a segurança do paciente. Dissertação [Mestrado]. São Paulo: FGV. Escola de Administração de Empresas de São Paulo; 2007.

Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. Qual Saf Health Care. 2005;14(5):364-366.

Conley DM, Singer SJ, Edmondson L, Berry WR, Gawande AA. Effective Surgical Safety Checklist Implementation. J Am Coll Surg. 2011;212(5):873-79.

Cooper MD. Towards a model of safety culture. Saf Sci. 2000;36(2):111-136.

Costello AB, Osborne JW. Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. Practical Assessment Research & Evaluation [Internet]. 2005 [cited 2015 Jan. 20]; 10(7): 1-9. Available from: <http://pareonline.net/getvn.asp?v=10&n=7>.

Crow SM, Hartman, SJ. Organizational culture: its impact in employee relations and discipline in health care organizations. Health Care Manag. 2002;21(2):22-28.

Damásio BF. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. Aval. psicol. [Internet]. 2012 [citado 2015 Jan. 07];11(2): 213-228. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712012000200007&lng=pt.

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>.

Donabedian, A. Evaluating the Quality of Medical Care. Milbank Mem. Fund. Q. 1966;44(3):166-203.

Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. México, DF: La Prensa Mexicana; 1984.

Donabedian, A. The Quality of Medical Care. How can it be assessed? JAMA. 1988; 206(12): 1743-8.

Fayers PM, Machin D. Scores and Measurements: Validity, Reliability, Sensitivity. In Quality of Life: assessment, analysis and interpretation. New York: Wiley; 2000. doi: 10.1002/0470846283.ch3.

Fleming M. Patient safety culture measurement and improvement: A “How to Guide”. Healthc Q. 2005; 8(special issue), 146-150.

Flin R. Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. Saf Sci. 2007; 45: 653–667.

Forse RA, Bramble JD, McQuillan R. Team training can improve operating room performance. Surgery [Internet]. 2011 [cited 2014 Jun. 12]; 150(4): 771-778. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22000190>.

Fragata JIG. Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. Rev Port Saúde Pública [Internet]. 2010 [cited 2013 Mar. 20];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.

Görs 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 2013 Jan. 28]; 13: 104 - 111. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-13-104.pdf>.

Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. J Clin Epidemiol. 1993; 46: 1417-1432.

Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AHS, Dellinger EP, et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *N Engl J Med*. [Internet]. 2009 [cited 2012 Jun. 10]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1914493>.

Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AHS, Dellinger EP, et al. Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention *BMJ Qual Saf*. [Internet]. 2011[cited 2012 Jun. 10]; 20: 102-107. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/content/20/1/102.full.pdf+html>.

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.

Henry L, Hunt SL, Kroetch M, Yang T. Evaluation of Patient Safety Culture A Survey of Clinicians in a Cardiovascular Operating Room. *Innovations* [Internet]. 2012 [cited 2014 Nov. 20];7(5):328-337. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23274865>.

Hora HRM, Monteiro GTR, Arica J. Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um Estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. *Produto & Produção* [Internet]. 2010 [citado 2015 Jan. 07];11(2): 85-103. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/ProdutoProducao/article/view/9321/8252>.

Hospital Alemão Oswaldo Cruz [Internet]. São Paulo; [citado 2015 abr. 28]. Disponível em: <http://www.hospitalalemao.org.br/default.aspx>.

Hospital do Coração - Associação do Sanatório Sírio [Internet]. São Paulo; [citado 2015 abr. 28]. Disponível em: <http://www.hcor.com.br/default.aspx>.

Hospital Universitário da Universidade de São Paulo [Internet]. São Paulo; [citado 2015 abr. 28]. Disponível em: <http://www.hu.usp.br/>.

Instituto de Câncer do Estado de São Paulo Octavio Frias de Oliveira [Internet]. São Paulo; [citado 2015 abr. 28]. Disponível em: <http://www.icesp.org.br/home>.

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>.

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 [cited 2015 Jan. 10];28:467-470. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24170220>.

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.

Kurcgant, P; Massarollo, MCKB. Cultura e Poder nas Organizações de Saúde. In: Kurcgant, P. Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

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>.

Luiz RR, Bahia L. Renda e inserção profissional dos médicos brasileiros após instituição do Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Pública [Internet]. 2009 [citado 2015 Fev. 17];43(4):689-98. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009005000045&script=sci_arttext.

Machado MH, Vieira ALS, Oliveira E. Construindo o perfil da enfermagem. Enfermagem em Foco [Internet]. 2012 [citado 2015 Jan. 15]; 3(3): 119-122. Disponível em: http://enfermagematualizada.com/UserFiles/File/Artigo/ARTIGO_REVISTA_COFEN.pdf.

Makary, MA; Sexton J. Bryan, Freischlag Julie A., Millman Anne, Pryor David, Holzmüller Christine, Pronovost Peter J. Patient Safety in Surgery. Ann Surg. [Internet]. 2006 (a) [cited 2013 Jan. 21]. May; 243(5): 628–635. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1570547/>.

Makary, MA, Mukherjee, A, Sexton, JB, Syin, D, Goodrich, E Hartmann, E, Rowen, L, Behrens, DC, Marohn, MO, Pronovost, PJ Operating Room Briefings and Wrong-Site Surgery. J Am Coll Surg. 2007; 204 (2): 236-243.

Makary, MA, Sexton, JB, Freischlag, JA, Holzmüller, CG, Millman, A, Rowen, L, Pronovost, PJ. Operating Room Teamwork among Physicians and Nurses: Teamwork in the Eye of the Beholder. J Am Coll Surg. 2006 (b); 202(5):746-52.

Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. Acta Anaesthesiol Scand [Internet]. 2009 [cited 2014 Nov. 20]; 53: 143–151 Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19032571>.

Maroco J, Garcia-Marques T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? Laboratório de Psicologia. [Internet]. 2006 [cited 2013 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).

Moraes MW, Carvalho R. A inserção do centro cirúrgico na assistência à saúde. In: Carvalho R, Bianchi ERF. Enfermagem em centro cirúrgico e Recuperação. São Paulo: Manole; 2007. p. 1-21.

Moura MLO, Mendes W. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2012 [citado 2014 Dez. 10]; 15(3): 523-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n3/07.pdf>.

Nieva VF, Sorra JS. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. Qual Saf Health Care. 2003; 12(2):17–23.

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>.

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(a). 211 p.

Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual - 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(b). 29 p.

Osmo AA. Processo gerencial. In: Vecina Neto G, Malik AM. Gestão em saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p.127-37.

Pasquali L. Psicometria: Teoria dos testes na Psicologia e na Educação. Petrópolis. Ed. Vozes, 2ª ed. 2009.

Pereira JC. Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. 3ª ed. São Paulo: EDUSP; 2001.

Petrucelli JL, Saboia AL, organizadores. Características Étnico-raciais da população: classificações e identidades [Internet]. Rio de Janeiro: MS: IBGE; 2013. [citado 2014 dez. 28]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/caracteristicas_raciais/pcerp_classificacoes_e_identidades.pdf.

Pinheiro JPA. Percepções sobre o clima de segurança em bloco operatório. [Dissertação] Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, 2013.

Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 7ªed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

Pugel AE, Simianu VV, Flum DR, Dellinger EP. Use of the surgical safety checklist to improve communication and reduce complications. On line J Infect Public Health

[Internet] 2015 [cited 2015 mar. 04]; 397:1-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jiph.2015.01.001>

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.

Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000; 320: 768-70.

Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(4):665-73.

Reis TR, Laguardia J, Martins M. Adaptação transcultural da versão brasileira do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*: etapa inicial. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(11): 2199-2210.

Rigobello, MC G, Carvalho REF, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(5):728-35.

Runciman, W, Hibbert P, Thomson R, et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *Int. J. Qual. Health Care*. 2009;21(1):18-26.

Scheffer M, coordenador. Demografia médica no Brasil: dados gerais e descrição de desigualdades [Internet]. São Paulo: CREMESP/CFM; 2011. v. 1. [citado 2015 mar. 08]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/pdfs/demografia_2_dezembro.pdf

Schein EH. Organizational culture and leadership. 3 ed. San Francisco: Jossey Bass; 2004.

Sexton, J.B, 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*. [Internet]. 2006 [cited 2013 Jan. 10];6: 44-54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1481614/>

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]. 2003 [cited 2013 Jan. 10]. Available from: http://www.nationalpatientsafetyfoundation.org/wp-content/uploads/2011/10/RG_SUPS_Sharing_Mod3_Sexton.pdf.

Silva DC, Alvim NAT. Ambiente do Centro Cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(3): 427-34.

Singer SJ, Gaba DM, Falwell A, Lin S, Hayes J, Baker L. Patient safety climate in 92 US hospitals: differences by work area and discipline. *Med Care* [Internet]. 2009

[cited 2015 Mar. 29]; 47(1):23-31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19106727>.

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 2015 Feb. 25]; 60:34-42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17161752>.

The Health Foundation. Evidence Center. Measuring safety culture. London: The Health Foundation, 2011. [Internet]. [cited 2013 Jan. 25]. Available from: <http://www.health.org.uk/publications/measuring-safety-culture/>.

The Health Foundation. Evidence Center. The measurement and monitoring of safety. London: The Health Foundation, 2013. [Internet]. [cited 2014 Out. 15]. Available from: <http://www.health.org.uk/publications/the-measurement-and-monitoring-of-safety/>.

Thomas EJ, Sexton JB, Helmreich RL. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit Care Med*. 2003;31(3):956-959.

Tronchin DMR, Melleiro MM, Takahashi RT. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: Kurcgant, P. Gerenciamento em Enfermagem. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. P. 71-81.

Vincent C. Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul: Yendis; 2009.

Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analyzing risk and safety in clinical medicine. *BMJ*. 1998;316:1154–1157.

Wachter MR. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre: Artmed; 2010. 320 p.

Weber B. Tradução, adaptação transcultural e validação do método INTERMED para a língua portuguesa: estudo em pacientes hospitalizados. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

Weiser TG, Haynes AB, Lashoher A, Dziekan G, Boorman DJ, Berry WR, Gawande AA. Perspectives in quality: designing the WHO Surgical Safety Checklist. *Int J Qual Health Care*. 2010; 22 (5): . 365–70 [cited 2013 mai. 15] Available from: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/22/5/365>.

World Health Organization. Healthy workplaces: a model for action for employers, workers, policy-makers and practioners [Internet]. Geneva; 2010. [cited 2015 May. 13]. Available from: http://www.who.int/occupational_health/publications/healthy_workplaces_model.pdf

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.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20698965>.

Zheng L. Operating Room Version of Safety Attitudes Questionnaire – An Analysis Using Structural Equation Models. Supervisor: Fan Yang-Wallentin. Department of Statistics, Uppsala University [Internet]. 2012 [cited 2013 Jan. 28]. Available from: <http://www.essays.se/essay/e89a999fa5/>.

ANEXOS

ANEXO 1 – APROVAÇÃO DOS RELATÓRIOS E AUTORIZAÇÃO DOS AUTORES DO SAQ/OR PARA A VALIDAÇÃO DO SAQ/VCC

Daniela Lourenção

De: Etchegaray, Jason <Jason.Etchegaray@uth.tmc.edu>
Enviado em: terça-feira, 22 de abril de 2014 12:07
Para: Daniela Lourenção
Assunto: Re: RES: SAQ/Operating Room version to Brazil

Daniela, it looks like you put a lot of effort into translating this survey! Congratulations on your hard work and the rigorous approach you used to translate, back translate, and judge the items. I do not speak Portuguese so I cannot judge the SAQ Portuguese version. I will need to trust that the process you used to translate the items resulted in similar items. You have my approval to collect data using this instrument.

Jason

From: Daniela Lourenção <danielalourencao@usp.br<mailto:danielalourencao@usp.br>>
Date: Monday, April 21, 2014 at 7:43 AM
To: Jason Etchegaray <jason.etchegaray@uth.tmc.edu<mailto:jason.etchegaray@uth.tmc.edu>>
Subject: RES: SAQ/Operating Room version to Brazil

Hi Jason,

Happy Easter!

Did you already have the opportunity to review the final Portuguese version of the SAQ/OR? My deadline to start the research is April 29th. Can you send me your approval until April 26 th ?

Best Regards!

Daniela.

----- Mensagem original -----

De: Etchegaray, Jason [mailto:Jason.Etchegaray@uth.tmc.edu]
Enviada em: segunda-feira, 31 de março de 2014 12:46
Para: Daniela Lourenção
Assunto: Re: SAQ/Operating Room version to Brazil

Hi Daniela, I will try to review this week.

Thanks,

Jason

ANEXO 2 - SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE (OR VERSION) SAQ/OR

Safety Attitudes Questionnaire (OR Version)

START HERE

Use the scale to describe the quality of communication and collaboration you have experienced with:

- Staff Surgeons / Surgical Attendings
- Surgical Residents & Fellows
- Surgical Technicians (scrub techs) & PAs
- Perfusionists
- Anesthesiologists / Anesthesia Attendings
- Anesthesia Residents & Fellows
- CRNAs
- Anesthesia Technicians (techs)
- OR Nurses (scrub and circulating)
- PACU Nurses
- Hospital Assistants (HA's) / Nursing Assistants
- Floor/ward nurses
- Pre-op / Pre-anesthesia evaluation staff
- Support Staff
- Other: _____

A	B	C	D	E	X
Very Low	Low	Adequate	High	Very High	Not Applicable
Adequate Low		High			
Very Low		Very High		Not Applicable	

SERIAL

PLEASE DO NOT WRITE IN THIS AREA

MARKING INSTRUCTIONS

- Use number 2 pencil only.
- Erase cleanly any mark you wish to change.

USE A NO. 2 PENCIL ONLY

Correct Mark

Incorrect Marks

Please answer the following with respect to your experiences in the ORs here.

A	B	C	D	E	X
Disagree Strongly	Disagree Slightly	Neutral	Agree Slightly	Agree Strongly	Not Applicable
Disagree Strongly		Neutral		Agree Strongly	
Disagree Slightly		Agree Slightly		Not Applicable	

- High levels of workload are common in the ORs here.
- I like my job.
- Nurse input about patient care is well received in the OR.
- I would feel safe being treated here as a patient.
- Medical errors* are handled appropriately in this hospital.
- This hospital does a good job of training new personnel.
- All the necessary information is available before the start of a procedure.
- Working in this hospital is like being part of a large family.
- The administration of this hospital is doing a good job.
- Hospital administration supports my daily efforts.
- I receive appropriate feedback about my performance.
- In the OR, it is difficult to discuss errors.
- Briefing OR personnel before a surgical procedure is important for patient safety.
- Briefings are common in the OR.
- This hospital is a good place to work.
- Fatigue impairs my performance during emergency situations.
- Hospital management does not knowingly compromise the safety of patients.
- The levels of staffing in our ORs are sufficient to handle the number of patients.
- Decision making in the OR utilizes input from relevant personnel.
- I am encouraged by my colleagues to report any patient safety concerns I may have.
- The culture in the ORs here makes it easy to learn from the errors of others.
- This hospital deals constructively with problem physicians and employees.
- Medical equipment in the ORs here is adequate.
- In the ORs here, it is difficult to speak up if I perceive a problem with patient care.
- When my workload becomes excessive, my performance is impaired.
- I am provided with adequate, timely information about events in the hospital that might affect my work.
- I have seen others make errors that had the potential to harm patients.
- I know the proper channels to direct questions regarding patient safety in the ORs here.
- I am proud to work at this hospital.
- Disagreements in the ORs here are resolved appropriately (i.e., not *who* is right but *what* is best for the patient).
- I am less effective at work when fatigued.

*Medical error is defined as any mistake in the delivery of care, by any healthcare professional, regardless of outcome.

TURN OVER

Please answer by marking the response of your choice to the right of each item, using the letter from the scale below.

A	B	C	D	E	X
Disagree Strongly	Disagree Slightly	Neutral	Agree Slightly	Agree Strongly	Not Applicable

Not Applicable	Agree Strongly	Agree Slightly	Neutral	Disagree Slightly	Disagree Strongly
----------------	----------------	----------------	---------	-------------------	-------------------

32. I am more likely to make errors in tense or hostile situations.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
33. Stress from personal problems adversely affects my performance.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
34. I have the support I need from other personnel to care for patients.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
35. It is easy for personnel in the ORs here to ask questions when there is something that they do not understand.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
36. Disruptions in the continuity of care (e.g., shift changes, patient transfers) can be detrimental to patient safety.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
37. During emergencies, I can predict what other personnel are going to do next.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
38. The physicians and nurses here work together as a well-coordinated team.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
39. I am frequently unable to express disagreement with staff / attending physicians.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
40. Truly professional personnel can leave personal problems behind when working.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
41. Morale is high in the ORs here.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
42. Trainees in my discipline are adequately supervised.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
43. I know the first and last names of all the personnel I worked with during my last shift.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
44. I have made errors that had the potential to harm patients.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
45. Staff / Attending physicians in the ORs here are doing a good job.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
46. All the personnel in the ORs here take responsibility for patient safety.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
47. I feel fatigued when I get up in the morning and have to face another day on the job.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
48. Patient safety is constantly reinforced as the priority in the ORs here.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
49. I feel burned out from my work.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
50. Important issues are well communicated at shift changes.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
51. There is widespread adherence to clinical guidelines and evidence-based criteria regarding patient safety here.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
52. I feel frustrated by my job.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
53. I feel I am working too hard on my job.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
54. Information obtained through incident reports is used to make patient care safer in the ORs here.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
55. During emergency situations (e.g., emergency resuscitations), my performance is not affected by working with inexperienced or less capable personnel.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
56. Personnel frequently disregard rules or guidelines (e.g., handwashing, treatment protocols/clinical pathways, sterile field, etc.) that are established for the OR.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
57. The staff surgeon / attending surgeon should be formally in charge of the OR staff during the surgical procedure.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
58. Communication breakdowns which lead to delays in starting surgical procedures are common.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
59. Have you ever completed this survey before?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

BACKGROUND INFORMATION

Position: (mark your position) ☐ Staff Surgeon / Surgical Attending ☐ Surgical Resident or Fellow ☐ Surgical Technician (scrub tech) or PA ☐ Perfusionist ☐ Anesthesiologist / Anesthesia Attending ☐ Anesthesia Resident or Fellow ☐ CRNA	☐ Anesthesia Technicians (techs) ☐ OR Nurses (scrub and circulating) ☐ PACU Nurses ☐ Hospital Assistant/Nursing Assistant ☐ Floorward nurses ☐ Pre-op/Pre-anesthesia evaluation staff ☐ Support Staff ☐ Other: _____	How many years of experience do you have in this specialty? YEARS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	How many years have you worked at this hospital? YEARS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Usual Shift ☐ Days ☐ Evenings ☐ Nights ☐ Variable Shifts	CURRENT AGE YEARS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Job Status ☐ Full-time ☐ Part-time ☐ Agency ☐ Contract	Ethnic Group: ☐ Hispanic ☐ Black (not Hispanic) ☐ White (not Hispanic) ☐ Asian/Pacific Islander ☐ Multi-ethnic ☐ Other: _____	Country of birth (if different): _____			
Gender: ☐ Male ☐ Female	*Optional* collected as part of a cross-cultural study Citizenship (e.g., Canadian, Filipino, USA, etc.): _____				

COMMENTS: What are your top three recommendations for improving patient safety in the OR?

1 _____

2 _____

3 _____

If more room for comments is needed, please provide your response on a separate sheet of paper.

Thank you for completing the questionnaire - Your time and participation are greatly appreciated

ANEXO 3 - AUTORIZAÇÃO DOS AUTORES PARA A TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO SAQ/OR

Daniela Lourenção

De: "Etchegaray, Jason" <Jason.Etchegaray@uth.tmc.edu>
Para: "Daniela Lourenção" <danielalourencao@usp.br>; "Thomas, Eric" <Eric.Thomas@uth.tmc.edu>
Enviada em: terça-feira, 26 de março de 2013 15:16
Assunto: RE: SAQ/Operating Room version to Brazil
That is fine, Daniela. I recommend talking with Rhanna about the version she created so that you can learn from her experiences. If you have additional questions, please let me know.

Jason

-----Original Message-----

From: Daniela Lourenção [mailto:danielalourencao@usp.br]
Sent: Tuesday, March 26, 2013 9:29 AM
To: Thomas, Eric; Etchegaray, Jason
Subject: Re: SAQ/Operating Room version to Brazil

ok, thank you.

I believe that the research that has been translated into Portuguese is to Carvalho short version of SAQ. I would like to translate the version for the operating room.
Daniela.

----- Original Message -----

From: "Thomas, Eric" <Eric.Thomas@uth.tmc.edu>
To: "Daniela Lourenção" <danielalourencao@usp.br>; "Etchegaray, Jason" <Jason.Etchegaray@uth.tmc.edu>
Sent: Tuesday, March 26, 2013 8:29 AM
Subject: RE: SAQ/Operating Room version to Brazil

You have our permission. The survey has been translated into Portuguese.
My colleague, Jason Etchegaray, can tell you more about that.

Eric

From: Daniela Lourenção [mailto:danielalourencao@usp.br]
Sent: Tuesday, March 26, 2013 6:05 AM
To: Thomas, Eric
Subject: SAQ/Operating Room version to Brazil

Dear Prof. Dr. Eric Thomas,

I am a doctoral student at the University of São Paulo's Nursing School. In my thesis I am interested in investigating the safety climate of healthcare providers in Brazilian operation rooms. Our decision to use this instrument is motivated by the fact that it has not been used to assess the operation room setting.

Therefore, we would like to use the Operating Room version of the Safety Attitudes Questionnaire.

Thus, I would like to have your permission to translate, cross-culturally adapt and validate the psychometrics properties of SAQ/OR version in the Brazilian surgical environment.

I appreciate your attention.

Best regards,

Daniela Campos de Andrade Lourenção, MD

danielalourencao@usp.br<mailto:danielalourencao@usp.br>
55 47 9982 2613

ANEXO 4 - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP EEUSP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE / OPERATION ROOM VERSION PARA O CONTEXTO

Pesquisador: Daniela Campos de Andrade Lourenção

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 19332613.4.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 351.500

Data da Relatoria: 06/08/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Doutorado, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP.

O projeto apresenta revisão bibliográfica, suficiente e atualizada sobre a qualidade em saúde e sua interface com a segurança dos pacientes, em especial aqueles submetidos à procedimentos cirúrgicos em hospitais. Destaca que o ambiente cirúrgico é um locus desafiador e estratégico para o desenvolvimento de uma assistência de qualidade, e segura, apoiada em protocolos e instrumentos de avaliação padronizados internacionalmente. Para tanto, são requeridas da equipe de enfermagem competências técnicas, administrativas e éticas para o gerenciamento dos recursos humanos, o relacionamento interpessoal e a interação com o paciente e sua família (Moraes e Carvalho, 2007).

A pesquisadora propõe um estudo de cunho metodológico para realizar a adaptação transcultural para o contexto brasileiro e a validação do questionário Safety Attitudes Questionnaire - Operation Room Version (SAQ/OR), utilizado para medir as atitudes de segurança dos profissionais de saúde que trabalham em centros cirúrgicos. Esse instrumento foi validado em um estudo anterior em 60 hospitais com a participação de 2.769 profissionais da saúde. Informa que esse processo compreenderá a tradução linguística e a adaptação cultural, seguida da validação do instrumento

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 351.500

pelos profissionais de saúde que trabalham em centros cirúrgicos, baseado no modelo proposto por Beaton et al. (2007) que compreende seis estágios: tradução, síntese das traduções, retrotradução, avaliação por comitê de juizes, pré-teste, submissão e avaliação dos relatórios pelos autores do instrumento.

O estudo será desenvolvido com profissionais da saúde que atuam em centros cirúrgicos pertencentes ao quadro funcional de quatro instituições, sendo duas privadas e duas públicas e de ensino: Hospital do Coração - Hcor, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital Universitário da Universidade de São Paulo e Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. A amostra será constituída por 590 sujeitos, sendo: cirurgiões, residentes e instrumentadores (225); enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem (225); e anestesistas (140). Informa os seguintes critérios de inclusão: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que trabalhem no mínimo há seis meses na unidade e que estejam em atividade no período da coleta de dados. Cirurgiões, residentes, anestesistas e instrumentadores, que participam de ao menos três procedimentos/mês.

Apresenta ainda o plano para coleta dos dados e detalha no processo de análise que a confiabilidade do questionário será verificada por meio do valor do teste de Alpha de Cronbach e pela análise fatorial confirmatória. Os dados serão tratados segundo a estatística descritiva e inferencial, com nível de significância de 5% e um intervalo de confiança de 95%.

Apresenta o cronograma de execução do projeto com término previsto para abril de 2015. O orçamento detalhado totaliza R\$ 20.750,00 e será custeado pela própria pesquisadora.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Realizar a adaptação transcultural e validação do Safety Attitudes Questionnaire - Operation Room Version para a língua portuguesa.

Objetivos específicos:

- 1- Avaliar a confiabilidade da versão adaptada do Safety Attitudes Questionnaire (Operation Room Version) no âmbito de instituições hospitalares privadas e públicas/ensino;
- 2- Validar a versão adaptada do Safety Attitudes Questionnaire (Operation Room Version) para o contexto brasileiro;
- 3- Disponibilizar uma ferramenta para mensurar a percepção e as atitudes de segurança dos profissionais, em ambiente cirúrgico, no contexto brasileiro.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 351.500

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto apresenta baixo risco aos sujeitos da pesquisa. Quanto aos benefícios poderá contribuir com a disponibilização de uma ferramenta para o aprimoramento do processo de trabalho das equipes que atuam em centros cirúrgicos, em diversas instituições, bem como para segurança dos pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está estruturado de forma adequada e contempla os aspectos éticos. O tema é relevante para o campo da saúde. A adaptação e validação do instrumento SAQ/OR poderá adensar conhecimento sobre o processo de mensuração das atitudes de segurança dos profissionais dos centros cirúrgicos nas instituições hospitalares públicas e privadas no país.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta em detalhe o processo de convite aos sujeitos da pesquisa. O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) está bem redigido e em linguagem adequada aos sujeitos. Informa os objetivos do estudo, assegura o anonimato e a liberdade de participação dos sujeitos em todo o processo. Informa ainda os telefones de contato e e-mail da pesquisadora e do CEP da EEUSP e que o mesmo será assinado em duas vias, sendo uma para a pesquisadora e outra para o entrevistado. Especifica ainda que o tempo médio para o autopreenchimento do questionário é de 15 minutos.

Apresenta ainda nos anexos do projeto o documento de autorização dos autores, para adaptação transcultural do SAQ/OR, realizada por contato eletrônico.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências e o projeto está em consonância com a resolução 196/96.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Esta aprovação não substitui a autorização da instituição co-participante.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 351.500

Reitera-se a necessidade de registro, na Plataforma Brasil, dos relatórios: parcial e final da pesquisa.

SAO PAULO, 07 de Agosto de 2013

Assinador por:
Celia Maria Sivalli Campos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

APÊNDICES

APÊNDICE A - PLANILHA ELETRÔNICA PARA AVALIAÇÃO DAS EQUIVALÊNCIAS PELOS JUÍZES

Formulário para avaliação do instrumento: **SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE / OPERATING ROOM VERSION**

Por favor, preencha todos os itens da planilha abaixo considerando a escala de:

-1 (menos um), 0 (zero) e 1 (um) em função de cada tipo de equivalência.

Item	Tradução 1	Tradução 2	Retrotradução 1	Retrotradução 2	Síntese retrotradução	SAQ/OR	Síntese para avaliação	EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA	EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL	EQUIVALÊNCIA EXPERIENCIAL	EQUIVALÊNCIA DE CONTEÚDO	OBSERVAÇÕES
1	Questionário de posturas de segurança (versão Sala de Cirurgia - SC)	Questionário sobre Atitudes de Segurança (versão Centro Cirúrgico - CC)	Safety Attitudes Questionnaire (Version for Surgical Center - SC)	Safety Attitudes Questionnaire (Surgical Center Version - SC)	Safety Attitudes Questionnaire (Surgical Center Version - SC)	Safety Attitudes Questionnaire (OR Version)	Questionário de Atitudes de Segurança (Versão Centro Cirúrgico - CC)						
2	Comece aqui	Comece aqui	Start here	Start Here	Start here	Start Here	Comece aqui						
3	Use a escala para descrever a qualidade da comunicação e da colaboração que você vivenciou com:	Use a escala para descrever a qualidade da comunicação e da colaboração que você tem sentido com relação a:	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 that you have experienced in relation to:	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 that you have experienced with:	Use a escala para descrever a qualidade da comunicação e da colaboração que você tem vivido em relação a:						
4	Muito Baixa	Muito ruim	Very poor	very bad	very bad	Very Low	muito ruim						
5	Baixa	ruim	Poor	bad	bad	Low	ruim						
6	adequada	adequada	Adequate	adequate	Adequate	Adequate	adequada						
7	Alta	boa	Good	good	good	High	boa						
8	Muito alta	muito boa	Very good	very good	very good	Very High	muito boa						
9	Não se aplica	Não se aplica	Not applicable	not applicable	Not applicable	Not Applicable	não se aplica						
10	Cirurgiões da equipe/Preceptores de cirurgia	Cirurgiões da equipe do Hospital/Outros cirurgiões	Surgeon from the hospital's team/other surgeon	Surgeon of the Hospital Team/ Other Surgeon	Surgeon of the Hospital Team/ Other Surgeon	Staff Surgeons / Surgical Attendants	Cirurgião da Equipe do Hospital/Outro Cirurgião						
11	Residentes cirúrgicos e convidados	Residentes ou Estagiários de Cirurgia	Resident or surgical trainee	Surgery Resident or Intern	Resident or surgical trainee	Surgical Residents & Fellows	Residente ou Estagiário de Cirurgia						
12	Técnicos cirúrgicos (instrumentistas e auxiliares médicos)	Técnicos de Cirurgia (instrumentador) ou Assistente de médico	Surgical Assistant	Surgical Assistant	Surgical Assistant	Surgical Technicians (scrub techs) & PAs	Cirurgião Auxiliar						
13	Perfusionistas	Perfusionistas	Perfusionist	Perfusionist	Perfusionist	Perfusionists	Perfusionista						
14	Anestesiologistas/Preceptores de anestesia	Anestesiologistas da equipe/Outros anestesiologistas	Physician Anesthesiologist/Anesthesia preceptor	Physician Anesthesiologist/Anesthesia preceptor	Physician Anesthesiologist/Anesthesia preceptor	Anesthesiologists/ Anesthesia Attending	Médico Anestesiologista/Preceptor de anestesia						
15	Residentes em anestesia e convidados	Residentes & Estagiários de Anestesia	Resident or anesthesia trainee	Anesthesia Resident or Intern	Resident or anesthesia trainee	Anesthesia Residents & Fellows	Residente ou Estagiário de Anestesia						
16	Enfermeira anestesiologista certificada registrada	Enfermeiros Anestesiologistas	Anesthetist Nurse	Anesthetist Nurse	Anesthetist Nurse	CRNAs	Enfermeira anestesiologista						
17	Técnicos em anestesia (técnicos)	Técnicos de Anestesia	Anesthesia technician	Anesthesia Technician	Anesthesia Technician	Anesthesia Technicians (techs)	Técnicos de Anestesia						

Nome do avaliador:

18	Enfermeiras de SC (instrumentistas e circulação)	Enfermeiros de CC (instrumentadores e circulantes)	Nursing staff (surgical instrument assistant and circulating assistant) in operating room	Operating Room Nursing team (Scrub and Circulating)	Operating Room Nursing team (Scrub and Circulating)	OR Nurses (scrub and circulating)	Enfermagem do Centro Cirúrgico (Instrumentadores e circulantes)						
19	Enfermeiras de unidade de recuperação pós-anestésica (URPA)	Enfermeiros de RPA	Post-anesthesia recovery unit (PARU) nurse	Post-anesthesia recovery unit (PARU) nurse	Post-anesthesia recovery unit (PARU) nurse	PACU Nurses	Enfermeiros assistenciais da Recuperação Pós-Anestésica						
20	Assistentes de Hospital (AH)/Assistentes de enfermagem	Assistentes de Hospital (AH)/ Auxiliar de Enfermagem	Surgical Center care Nurse	Surgical Center care Nurse	Surgical Center care Nurse	Hospital Assistants (HA's) / Nursing Assistants	Enfermeira Assistencial do Centro Cirúrgico						
21	Enfermeiras de andar/ala	Enfermeiros de andar/enfermaria	Nurse-head/Manager of the operating block/Surgical Center	Nurse-head/Manager of the operating block/Surgical Center	Nurse-head/Manager of the operating block/Surgical Center	Floor/ward nurses	Enfermeiro - chefe/Gerente do bloco operatório/Centro Cirúrgico						
22	Equipe de avaliação pré-operatório/pré-anestesia	Equipe de avaliação pré-operatório/pré-anestésica	Preoperative/pre-anesthesia assessment team	Preoperative/pre-anesthesia assessment team	Preoperative/pre-anesthesia assessment team	Pre-op / Pre-anesthesia evaluation staff	Equipe de avaliação pré-operatório/pré-anestésica						
23	Equipe de Apolo	Equipe de Apolo	Support Team	Support Team	Support Team	Support Staff	Equipe de Apolo						
24	Outros	Outro:	Others	Other	Other	Other:	Outro						
25	Queria responder o que segue com relação a suas experiências aqui na Sala de Cirurgia.	Por favor, responda as questões abaixo com relação a sua experiência no CC aqui.	Please answer the questions below in relation to your experience of working in this surgical center.	Please answer the questions below in relation to your experience of working in this surgical center.	Please answer the questions below in relation to your experience of working in this surgical center.	Please answer the questions below in relation to your experiences in the ORs here.	Por favor, responda as questões abaixo com relação a sua experiência de trabalho neste Centro Cirúrgico.						
26	Discordo Totalmente	Discorda Fortemente	Totally Disagree	Completely Disagree	Totally Disagree	Disagree Strongly	Discordo Totalmente						
27	Discordo em Parte	Discorda Parcialmente	Partially Disagree	Partially Disagree	Partially Disagree	Disagree Slightly	Discordo Parcialmente						
28	Neutro	Neutro	Neutral	Neutral	Neutral	Neutral	Neutro						
29	Concordo em Parte	Concorda Parcialmente	Partially Agree	Partially Agree	Partially Agree	Agree Slightly	Concordo Parcialmente						
30	Concordo Totalmente	Concorda Fortemente	Totally Agree	Completely Agree	Totally Agree	Agree Strongly	Concordo Totalmente						
31	Não se Aplica	Não se Aplica	Not Applicable	Not Applicable	Not Applicable	Not Applicable	Não se Aplica						
32	Altos níveis de carga de trabalho são comuns aqui nas SC.	São comuns altos níveis de carga de trabalho nas Salas de Cirurgia (SC) aqui.	At this surgical center, high workloads are common.	In this Surgical Center high workload levels are common.	At this surgical center, high workloads are common.	High levels of workload are common in the ORs here.	Neste Centro Cirúrgico são comuns altos níveis de carga de trabalho.						
33	Gosto do meu trabalho.	Gosto do meu trabalho.	I like my work.	I like my work.	I like my work.	I like my job.	Eu gosto do meu trabalho.						
34	Informações das enfermeiras sobre atendimento de paciente são bem recebidas nas SC	A contribuição do enfermeiro sobre assistência do paciente é bem recebida na SC.	The nurse's suggestions regarding the patient's care are well received at the surgical center.	The suggestions of the nurse regarding the care to the patient are well received in the Surgical Center.	The suggestions of the nurse regarding the care to the patient are well received in the Surgical Center.	Nurse input about patient care is well received in the OR.	As sugestões do (a) enfermeiro (a) sobre a assistência ao paciente são bem recebidas no Centro Cirúrgico.						
35	Eu me sentiria segura sendo tratada aqui como paciente.	Eu me sentiria seguro(a) em ser tratado aqui como paciente.	I would feel safe if I were treated here as a patient.	I would feel safe if I were treated here as a patient.	I would feel safe if I were treated here as a patient.	I would feel safe being treated here as a patient.	Eu me sentiria seguro(a) se fosse tratado (a) aqui como paciente.						
36	Erros médicos* são tratados de forma adequada neste hospital.	Erros médicos* são conduzidos de forma adequada neste hospital.	Medical errors* are dealt with appropriately in this hospital.	Medical errors* are dealt with appropriately in this hospital.	Medical errors* are dealt with appropriately in this hospital.	Medical errors* are handled appropriately in this hospital.	Os erros médicos* são tratados de modo apropriado neste hospital.						

[illegible]

	Resposta sinalizando a resposta de sua escolha à direita de cada item, usando a letra da escala abaixo	Por favor, responda, marcando a resposta escolhida à direita de cada item, usando a letra da escala abaixo	Please answer by marking the response of your choice to the right of each item, using letters from the scale below	Please respond by marking the answer of your choice to the right of each item, using the letter of the scale below	Please answer by marking the response of your choice to the right of each item, using letters from the scale below	Please respond by marking the answer of your choice to the right of each item, using the letter of the scale below	Please answer by marking the response of your choice to the right of each item, using letters from the scale below	Por favor, responda, marcando a resposta escolhida à direita de cada item, usando a letra da escala abaixo	Please answer by marking the response of your choice to the right of each item, using letters from the scale below	Por favor, responda, marcando a resposta escolhida à direita de cada item, usando a letra da escala abaixo	Please answer by marking the response of your choice to the right of each item, using letters from the scale below
63	Terão maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.	Fico mais propenso (a) a cometer erros em situações tensas ou hostis.	I am more likely to make mistakes in tense or hostile situations.	I am more likely to make mistakes in tense or hostile situations.	I am more likely to make mistakes in tense or hostile situations.	I am more likely to make mistakes in tense or hostile situations.	I am more likely to make mistakes in tense or hostile situations.	Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.	I am more likely to make errors in tense or hostile situations	Por favor, responda, marcando a resposta escolhida à direita de cada item, usando a letra da escala abaixo	Please answer by marking the response of your choice to the right of each item, using letters from the scale below
64	O estresse de problemas pessoais afeta adversamente o meu desempenho.	Estresse devido a problemas pessoais afeta de forma adversa o meu desempenho.	Stress due to personal problems adversely affects my performance.	Stress due to personal problems adversely affects my performance.	Stress due to personal problems adversely affects my performance.	Stress due to personal problems adversely affects my performance.	Stress due to personal problems adversely affects my performance.	Estresse devido a problemas pessoais afeta de forma adversa o meu desempenho.	Stress from personal problems adversely affects my performance	Por favor, responda, marcando a resposta escolhida à direita de cada item, usando a letra da escala abaixo	Please answer by marking the response of your choice to the right of each item, using letters from the scale below
65	Terho o apoio que preciso das outras pessoas para cuidar dos pacientes.	Terho o apoio de que preciso dos demais funcionários na assistência dos pacientes.	I have the support that I need from other members of the team, for caring for the patients.	I have the support I need from other patients from other team members.	I have the support I need from other patients from other team members.	I have the support I need from other patients from other team members.	I have the support I need from other patients from other team members.	Eu tenho apoio que preciso de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes.	I have the support I need from other members of the team to care for patients	Por favor, responda, marcando a resposta escolhida à direita de cada item, usando a letra da escala abaixo	Please answer by marking the response of your choice to the right of each item, using letters from the scale below
66	É fácil para o pessoal aqui das SCs fazer perguntas quando existe algo que não entendem.	É fácil para o pessoal aqui das SCs fazer perguntas quando existe algo que não entendem.	It is easy for the professionals working at this surgical center to ask questions when there is something that they do not understand.	It is easy for the professionals working at this Surgical Center to ask questions when there is something that they do not understand.	It is easy for the professionals working at this Surgical Center to ask questions when there is something that they do not understand.	It is easy for the professionals working at this Surgical Center to ask questions when there is something that they do not understand.	It is easy for the professionals working at this Surgical Center to ask questions when there is something that they do not understand.	É fácil para os profissionais que atuam neste Centro Cirúrgico fazerem perguntas quando existe algo que não entendem.	It is easy for personnel in the ORs here to ask questions when there is something that they do not understand	Por favor, responda, marcando a resposta escolhida à direita de cada item, usando a letra da escala abaixo	Please answer by marking the response of your choice to the right of each item, using letters from the scale below
67	Interrupções na continuidade do atendimento (por ex., troca de turno, transferência de paciente) podem ser prejudiciais para a segurança do paciente.	Interrupção na continuidade da assistência (p.e., mudança de turno, transferência de paciente) pode ser prejudicial à segurança do paciente.	Interruptions to the continuity of care (for example: shift changes and patient transfers) may be harmful to the patient's safety.	Interruptions in the continuity of care (e.g., shift change, patient transfer) may be detrimental to patient safety.	Interruptions in the continuity of care (e.g., shift change, patient transfer) may be detrimental to patient safety.	Interruptions in the continuity of care (e.g., shift change, patient transfer) may be detrimental to patient safety.	Interruptions in the continuity of care (e.g., shift change, patient transfer) may be detrimental to patient safety.	Interrupções na continuidade do atendimento (ex. troca de turno, transferência de paciente) podem ser prejudiciais para a segurança do paciente.	Disruptions in the continuity of care (e.g., shift changes, patient transfers) can be detrimental to patient safety	Por favor, responda, marcando a resposta escolhida à direita de cada item, usando a letra da escala abaixo	Please answer by marking the response of your choice to the right of each item, using letters from the scale below
68	Durante as emergências, posso prever o que os outros profissionais vão fazer em seguida.	Os médicos e enfermeiros aqui trabalham em conjunto como uma equipe bem coordenada aqui.	During emergency situations, I can predict what other professionals will do next.	During emergency situations, I can predict what other professionals will do next.	During emergency situations, I can predict what other professionals will do next.	During emergency situations, I can predict what other professionals will do next.	During emergency situations, I can predict what other professionals will do next.	Os médicos (as) e os (as) enfermeiros (as) aqui trabalham em conjunto como uma equipe bem coordenada.	The physicians and nurses here work together as a well-coordinated team	Por favor, responda, marcando a resposta escolhida à direita de cada item, usando a letra da escala abaixo	Please answer by marking the response of your choice to the right of each item, using letters from the scale below
69	Frequentemente não consigo expressar desacordo com os médicos da equipe/preceptor(a).	Frequentemente não consigo expressar desacordo com a equipe/médicos assistentes.	I am often unable to express disagreement with the team of professionals working here.	I am often unable to express disagreement with the team of professionals working here.	I am often unable to express disagreement with the team of professionals working here.	I am often unable to express disagreement with the team of professionals working here.	I am often unable to express disagreement with the team of professionals working here.	Eu, frequentemente, não consigo expressar desacordo com a equipe dos profissionais que trabalham aqui.	I am frequently unable to express disagreement with staff/attending physicians	Por favor, responda, marcando a resposta escolhida à direita de cada item, usando a letra da escala abaixo	Please answer by marking the response of your choice to the right of each item, using letters from the scale below
70	Pessoal realmente profissional consegue deixar os problemas pessoais para trás enquanto trabalham	Pessoal verdadeiramente profissional consegue deixar os problemas pessoais para trás durante o trabalho.	People who are really professional are able to leave their personal problems behind when they are working.	People who are really professional are able to leave their personal problems behind when they are working.	People who are really professional are able to leave their personal problems behind when they are working.	People who are really professional are able to leave their personal problems behind when they are working.	People who are really professional are able to leave their personal problems behind when they are working.	Pessoas, realmente, profissionais conseguem deixar os problemas pessoais para trás quando estão trabalhando.	Truly Professional personnel can leave personal problems behind when working	Por favor, responda, marcando a resposta escolhida à direita de cada item, usando a letra da escala abaixo	Please answer by marking the response of your choice to the right of each item, using letters from the scale below
71	O moral é alto aqui nas SCs.	O estado de ânimo é alto nas SCs daqui.	The morale at this Surgical Center is high.	Morale is high in this Surgical Center.	Morale is high in this Surgical Center.	Morale is high in this Surgical Center.	Morale is high in this Surgical Center.	O moral neste Centro Cirúrgico é alto.	Morale is high in the ORs here.	Por favor, responda, marcando a resposta escolhida à direita de cada item, usando a letra da escala abaixo	Please answer by marking the response of your choice to the right of each item, using letters from the scale below

74	Estagários em minha disciplina são supervisionados adequadamente.	Os profissionais em treinamento da minha categoria profissional são supervisionados de forma adequada.	Trainees in my profession are adequately supervised.	Interns of my profession are adequately supervised.	Trainees in my profession are adequately supervised.	Trainees in my discipline are adequately supervised.	Estagários da minha profissão são, adequadamente, supervisionados.							
75	Conheço o nome e sobrenome de todas as pessoas com as quais trabalhei no meu último turno.	I know the name and complete surname of all the people with whom I was working on my last shift.	I know the name of all the staff with whom I worked my last shift.	I have made mistakes which had the potential to harm my patients.	I know the full name of all the staff with whom I worked my last shift.	I know the first and last names of all the personnel I worked with during my last shift.	Conheço o nome e sobrenome completo de todo o pessoal com quem trabalhei no meu último turno.							
76	Cometi erros que tinham potencial para prejudicar os pacientes.	I make mistakes that have the potential to harm my patients.	The team of professionals or workers at this Surgical Center is doing good work.	All the personnel of the Surgical Center take responsibility for patient safety.	I feel tired when I get up in the morning and have to face another day at work.	I have made errors that had the potential to harm patients.	Cometi erros os quais tiveram potencial para prejudicar os pacientes.							
77	Médicos da equipe/preceptor aqui nas SCs estão fazendo um bom trabalho.	A. Equipe/médicos assistentes nas SCs estão fazendo um bom trabalho aqui.	The team of professionals or workers at this Surgical Center is doing good work.	All the personnel of the Surgical Center take responsibility for patient safety.	I feel tired when I get up in the morning and have to face another day at work.	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.							
78	Todo o pessoal aqui nas SCs assume responsabilidade pela segurança do paciente.	Todo o pessoal das SCs assume a responsabilidade pela segurança do paciente aqui.	All the personnel of the Surgical Center take responsibility for patient safety.	I feel tired when I get up in the morning and have to face another day at work.	Patient safety is constantly reinforced as a priority here in the Surgical Center.	All the personnel in the ORs here take responsibility for patient safety.	Todo o pessoal do Centro Cirúrgico assume responsabilidade pela segurança do paciente.							
79	Sinto-me cansado quando levanto pela manhã e tenho que enfrentar outro dia de trabalho.	Sinto-me cansado (a) quando levanto pela manhã e preciso enfrentar outro dia de trabalho.	I feel tired when I get up in the morning and have to face another day at work.	Patient safety is constantly reinforced as a priority here in the Surgical Center.	I feel exhausted with my work.	I feel fatigued when I get up in the morning and have to face another day on the job.	Sinto-me cansado (a) quando levanto pela manhã e tenho que enfrentar outro dia de trabalho.							
80	A segurança do paciente é constantemente reforçada como prioridade aqui nas SCs.	A segurança do paciente é reforçada constantemente como prioridade nas SCs aqui.	Patient safety is constantly emphasized as a priority here at the surgical center.	Important matters are well communicated at shift changes.	Important issues are well communicated at shift changes.	Patient safety is constantly reinforced as a priority here in the ORs here.	A segurança do paciente é, constantemente, reforçada como prioridade aqui no Centro Cirúrgico.							
81	Sinto-me esgotado emocionalmente pelo meu trabalho.	Eu me sinto exausto (a) com o meu trabalho.	I feel exhausted by my work.	Important issues are well communicated at shift changes.	I feel frustrated with my work.	I feel burned out from my work.	Eu me sinto exausto (a) com o meu trabalho.							
82	Questões importantes são bem comunicadas nas trocas de turno.	Assuntos importantes são bem veiculados nas mudanças de turno.	Important matters are well communicated at shift changes.	Here there is widespread adherence to clinical guidelines and evidence-based criteria relating to patient safety.	Here there is widespread adherence to clinical guidelines and evidence-based criteria relating to patient safety.	Important issues are well communicated at shift changes.	Assuntos importantes são bem comunicados nas mudanças de turno.							
83	Aqui existe adesão ampla às diretrizes clínicas e critérios baseados em evidências relacionados com segurança do paciente.	Há uma adesão geral a diretrizes clínicas e critérios baseados em evidência com relação à segurança dos pacientes aqui.	Here, there is broad adherence to clinical guidelines and evidence-based criteria relating to patient safety.	I feel frustrated with my work.	I feel that I am working too hard.	There is widespread adherence to clinical guidelines and evidence-based criteria regarding patient safety here.	Aqui existe adesão ampla às diretrizes clínicas e critérios baseados em evidências relacionados com segurança do paciente.							
84	Sinto-me frustrado com meu trabalho.	Sinto-me frustrado(a) com o meu trabalho.	I feel frustrated with my work.	I feel that I am working too hard.	I feel that I am working too hard.	I feel frustrated by my job.	Sinto-me frustrado(a) com o meu trabalho.							
85	Sinto que estou trabalhando demais no meu cargo.	Sinto que meu trabalho é muito duro.	I feel that I am working too much.	Information obtained through the adverse event reports is used to make patient care safer at this surgical center.	Information obtained through the adverse event reports is used to make patient care safer in this Surgical Center.	I feel I am working too hard on my job.	Sinto que estou trabalhando demais.							
86	As informações obtidas por meio de incidentes são usadas para tomar o atendimento ao paciente mais seguro aqui nas SCs.	As informações obtidas através dos relatórios de eventos são usadas para tomar a assistência do paciente mais segura nas SCs aqui.	The information obtained through adverse reports is used to make patient care safer at this surgical center.	Information obtained through the adverse event reports is used to make patient care safer in this Surgical Center.	Information obtained through the adverse event reports is used to make patient care safer in this Surgical Center.	Information obtained through incident reports is used to make patient care safer in the ORs here.	As informações obtidas por meio dos relatórios de eventos adversos são usadas para tomar a assistência do paciente mais segura neste Centro Cirúrgico.							

87	Durante as situações de emergência (por exemplo, ressuscitação de emergência), meu desempenho não é afetado ao trabalhar com pessoal inexperiente ou menos capacitado.	Durante situações de emergência (e.g., emergency resuscitation), my performance is not affected by working with inexperienced or less capable personnel.	During emergency situations (e.g., emergency resuscitation), my performance is not affected by working with inexperienced or less trained people.	Durante situações de emergência (e.g., emergency resuscitation), my performance is not affected by working with inexperienced or less trained people.	The professionals often do not take into account the rules or guidelines (e.g., hand washing, care or management protocols, sterile environment, among others) established in this Surgical Center.	The professionals often do not take into account the rules or guidelines (e.g., hand washing, care or management protocols, sterile environment, among others) established in this Surgical Center.	The professionals often do not take into account the rules or guidelines (e.g., hand washing, care or management protocols, sterile environment, among others) established in this Surgical Center.	The professionals often do not take into account the rules or guidelines (e.g., hand washing, care or management protocols, sterile environment, among others) established in this Surgical Center.	Os profissionais frequentemente, não levam em consideração as regras ou diretrizes (ex: lavagem de mãos, protocolos assistências ou gerenciais, ambiente estéril, entre outros) estabelecidas neste Centro Cirúrgico.	Durante situações de emergência (ex: ressuscitação de emergência), meu desempenho não é afetado ao trabalhar com pessoal inexperiente ou menos capacitado.						
88	O pessoal frequentemente desconsidera regras ou diretrizes (por ex., lavar as mãos, protocolos de tratamento de mãos, protocolos de fluxo de campo estéril, etc.) que foram definidas para a SC.	The professionals often do not take into account the rules or guidelines (e.g., hand washing, care or management protocols, sterile environment, among others) established in this Surgical Center.	The professionals often do not take into account the rules or guidelines (e.g., hand washing, care or management protocols, sterile environment, among others) established in this Surgical Center.	The professionals often do not take into account the rules or guidelines (e.g., hand washing, care or management protocols, sterile environment, among others) established in this Surgical Center.	The professionals often do not take into account the rules or guidelines (e.g., hand washing, care or management protocols, sterile environment, among others) established in this Surgical Center.	The professionals often do not take into account the rules or guidelines (e.g., hand washing, care or management protocols, sterile environment, among others) established in this Surgical Center.	The professionals often do not take into account the rules or guidelines (e.g., hand washing, care or management protocols, sterile environment, among others) established in this Surgical Center.	Os profissionais frequentemente, não levam em consideração as regras ou diretrizes (ex: lavagem de mãos, protocolos assistências ou gerenciais, ambiente estéril, entre outros) estabelecidas neste Centro Cirúrgico.								
89	O médico de equipe/preceptor deveria ser formalmente responsável pelo pessoal da SC durante o procedimento cirúrgico.	The surgeon or his assistant should be in the coordination of the medical team during the surgical procedure.	The surgeon or his assistant should be in the coordination of the medical team during the surgical procedure.	The surgeon or his assistant should be in the coordination of the medical team during the surgical procedure.	The surgeon or his assistant should be in the coordination of the medical team during the surgical procedure.	The surgeon or his assistant should be in the coordination of the medical team during the surgical procedure.	The surgeon or his assistant should be in the coordination of the medical team during the surgical procedure.	O cirurgião da equipe ou o cirurgião assistente deveria estar na coordenação da equipe médica durante o procedimento cirúrgico.								
90	Quebras na comunicação que resultem em atrasos no início dos procedimentos cirúrgicos são comuns.	Failures of communication that lead to delays in starting surgical procedures are common.	Failures of communication that lead to delays in starting surgical procedures are common.	Failures of communication that lead to delays in starting surgical procedures are common.	Failures of communication that lead to delays in starting surgical procedures are common.	Failures of communication that lead to delays in starting surgical procedures are common.	Failures of communication that lead to delays in starting surgical procedures are common.	Falhas na comunicação que levam a atrasos para iniciar os procedimentos cirúrgicos são comuns.								
91	Você já respondeu a esta pesquisa antes? () Sim () Não () Não sei	Have you answered this survey before? () Yes () No () Don't know	Have you answered this survey before? () Yes () No () Don't know	Have you answered this survey before? () Yes () No () Don't know	Have you answered this survey before? () Yes () No () Don't know	Have you answered this survey before? () Yes () No () Don't know	Have you ever completed this survey before? () Yes () No () Don't know	Você respondeu a essa pesquisa antes? () Sim () Não () Não Sei								
92	INFORMAÇÕES DE ANTECEDENTES	PERSONAL INFORMATION	PERSONAL INFORMATION	PERSONAL INFORMATION	PERSONAL INFORMATION	PERSONAL INFORMATION	PERSONAL INFORMATION	INFORMAÇÕES PESSOAIS								
93	Cargo: (Assinale seu cargo)	Position: (Indicate your position)	Position: (Mark your position)	Position: (Mark your position)	Position: (Mark your position)	Position: (Mark your position)	Position: (Mark your position)	Cargo: (Assinale seu cargo)								
94	Médico de equipe/preceptor	Surgeon from the hospital's team/other surgeon	Surgeon of the Hospital Team/Other Surgeon	Surgeon of the Hospital Team/Other Surgeon	Surgeon of the Hospital Team/Other Surgeon	Surgeon of the Hospital Team/Other Surgeon	Staff Surgeon/Surgical Attending	Cirurgião da Equipe do Hospital/Outro Cirurgião								
95	Residente cirúrgico ou convidado	Resident or surgical trainee	Surgeon Resident or Intern	Surgeon Resident or Intern	Surgeon Resident or Intern	Surgeon Resident or Intern	Surgical Resident or Fellow	Residente ou Estagiário de Cirurgia								
96	Técnico cirúrgico (instrumentista) ou auxiliar médico	Surgical Assistant	Surgical Assistant	Surgical Assistant	Surgical Assistant	Surgical Assistant	Surgical Technician (scrub tech) or PA	Cirurgião Assistente								
97	Perfusionista	Perfusionist	Perfusionist	Perfusionist	Perfusionist	Perfusionist	Perfusionist	Perfusionista								
98	Anestesiologista/Preceptor de anestesia	Anesthesiologist/Anesthesia preceptor	Anesthesiologist/Anesthesia preceptor	Anesthesiologist/Anesthesia preceptor	Anesthesiologist/Anesthesia preceptor	Anesthesiologist/Anesthesia preceptor	Anesthesiologist/Anesthesia Attending	Anestesiologista/Preceptor de anestesia								
99	Residente cirúrgico ou convidado	Resident or Anesthesia trainee	Resident or Anesthesia trainee	Resident or Anesthesia trainee	Resident or Anesthesia trainee	Resident or Anesthesia trainee	Anesthesia Resident or Fellow	Residente ou Estagiário de Anestesia								

100	Enfermeira anestesiista certificada registrada	Enfermeira anestesiista	Anesthetist Nurse	Anesthetist Nurse	Anesthetist Nurse	Anesthetist Nurse	Anesthetist Nurse	CRNA	Enfermeiros Anestesistas							
101	Técnico em anestesia (técnico)	Técnico de Anestesia	Anesthesia Technician	Anesthesia Technician	Anesthesia Technician	Anesthesia Technician	Anesthesia Technician	Anesthesia Technicians (techs)	Técnico de Anestesia							
102	Enfermeira de Sala de Cirurgia (instrumentador e circulante)	Enfermeiro de CC (instrumentador ou circulante)	Nursing staff (surgical instrument assistant and circulating assistant) in Operating Room	Nursing team (Scrub and circulating) of the Operating Room	Nursing team (Scrub and circulating) of the Operating Room	Nursing team (Scrub and circulating) of the Operating Room	OR Nurses (scrub and circulation)		Enfermagem (Instrumentador e circulante) de Sala Operatória							
103	Enfermeira de unidade de recuperação pós-anestésica (URPA)	Enfermeiro de RPA	Post-anesthesia recovery unit (PARU) nurse	Post-anesthesia recovery unit (PARU) nurse	Post-anesthesia recovery unit (PARU) nurse	Post-anesthesia recovery unit (PARU) nurse	PACU Nurses		Enfermeira de unidade de recuperação pós-anestésica (URPA)							
104	Assistente de Hospital/Enfermeira Assistente	Assistente de Hospital (AH)/Assistente de Enfermagem	Surgical Center Care Nurse	Surgical Center Care Nurse	Surgical Center Care Nurse	Surgical Center Care Nurse	Hospital Assistant/Nursing Assistant		Enfermeira Assistencial do Centro Cirúrgico							
105	Enfermeiras de andar/sala	Enfermeiro de andar/enfermaria	Nurse-head/manager of the operating block/Surgical Center	Nurse-head/manager of the operating block/Surgical Center	Nurse-head/manager of the operating block/Surgical Center	Nurse-head/manager of the operating block/Surgical Center	Floor/ward nurses		Enfermeiro-chefe/gerente do bloco operatório/Centro Cirúrgico de bloco operatório							
106	Equipe de avaliação pré-operatório/pré-anestesia	Equipe de avaliação pré-operatório/pré-anestésica	Preoperative/pre-anesthesia assessment team	Preoperative/pre-anesthesia assessment team	Preoperative/pre-anesthesia assessment team	Preoperative/pre-anesthesia assessment team	Pre-op/Pre-anesthesia evaluation staff		Equipe de avaliação pré-operatório/pré-anestésica							
107	Equipe de apoio	Equipe de Apoio	Support team	Support Team	Support Team	Support Team	Support Staff		Equipe de Apoio							
108	Outros	Outro;	Others	Other	Other	Other	Other:		Outro							
109	Situação do Cargo	Regime de Trabalho	Work Regime	Employment Situation	Employment Situation	Employment Situation	Job Status		Regime de Trabalho							
110	Tempo integral	Período Integral	Full time	Full time	Full time	Full time	Full-time		Tempo Integral							
111	Tempo parcial	Tempo parcial	Part time	Part time	Part time	Part time	Part-time		Tempo parcial							
112	Agência	Agência	Agency	Agency	Agency	Agency	Agency		Agência							
113	Contrato	Contrato	Contract	Contract	Contract	Contract	Contract		Contrato							
114	Grupo Étnico:	Grupo Étnico:	Ethnic Group	Ethnic Group	Ethnic Group	Ethnic Group	Ethnic Group:		Grupo Étnico							
115	Hispânico	Hispânico	Hispanic	Hispanic	Hispanic	Hispanic	Hispanic		Hispânico							
116	Negro (não hispânico)	Negro (não hispânico)	Black (non-Hispanic)	Black (non-Hispanic)	Black (non-Hispanic)	Black (non-Hispanic)	Black (not Hispanic)		Negro (não hispânico)							
117	Branco (não hispânico)	Branco (não hispânico)	White (non-Hispanic)	White (non-Hispanic)	White (non-Hispanic)	White (non-Hispanic)	White (not Hispanic)		Branco (não hispânico)							
118	Ilhéu Ásia/Pacífico	Asiático/Ilhas do Pacífico	Asian/Pacific Islands	Asian/Pacific Islander	Asian/Pacific Islander	Asian/Pacific Islander	Asian/Pacific Islander		Asiático/Ilhas do Pacífico							
119	Multitétnico	Multitétnico	Multirethnic	Multirethnic	Multirethnic	Multirethnic	Multi-ethnic		Multitétnico							
120	Outros:	Outros:	Other:	Other:	Other:	Other:	Other:		Outro:							
121	Gênero:	Sexo:	Gender:	Gender:	Gender:	Gender:	Gender:		Sexo:							
122	Masculino	Masculino	Male	Male	Male	Male	Male		Masculino							
123	Feminino	Feminino	Female	Female	Female	Female	Female		Feminino							
124	Quantos anos de experiência você tem nesta especialidade?	Quantos anos de experiência você tem nessa profissão?	How many years of experience do you have in this specialty?	How many years of experience do you have in this specialty?	How many years of experience do you have in this specialty?	How many years of experience do you have in this specialty?	How many years of experience do you have in this specialty?		Quantos anos de experiência você tem nesta especialidade?							
125	Há quantos anos você trabalha neste hospital?	Há quanto tempo você trabalhou neste hospital?	How long have you worked in this hospital?	For how long have you worked in this hospital?	For how long have you worked in this hospital?	For how long have you worked in this hospital?	How many years have you worked at this hospital?		Há quanto tempo trabalha neste hospital?							
126	IDADE ATUAL	IDADE ATUAL	CURRENT AGE	CURRENT AGE	CURRENT AGE	CURRENT AGE	CURRENT AGE		IDADE ATUAL							

[illegible]

CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES	
Idade (anos):	
Tempo de formado (anos):	
Instituição em que trabalha:	() Pública () Privada
Cargofunção:	
Graduação:	() Enfermagem () Medicina
Titulação (considerar a última)	

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I. Registro dos esclarecimentos da pesquisadora aos participantes da pesquisa.

Eu, Daniela Campos de Andrade Lourenção, doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob orientação da Prof. Dra. Daisy Maria Rizatto Tronchin, venho convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada “Tradução, adaptação transcultural e validação do *Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room version* para o contexto brasileiro”. Esta pesquisa tem por objetivo traduzir e validar um questionário para avaliar a percepção dos profissionais que atuam em ambiente cirúrgico sobre a segurança do paciente.

O questionário será distribuído na sua unidade de trabalho e o preenchimento leva em torno de 15 minutos. O conteúdo do instrumento será utilizado apenas para a realização do estudo, podendo os resultados ser apresentados em eventos e publicados em revistas científicas, sem a identificação dos participantes.

O estudo não acarretará em despesas financeiras, danos ou risco ao participante, garantindo-se o sigilo das informações e o anonimato. A sua participação no estudo será voluntária, podendo deixá-lo a qualquer momento.

Se assim desejar, caso aceite participar, solicito a sua assinatura no item II deste documento, e lhe será entregue uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A pesquisadora estará à disposição para esclarecer qualquer dúvidas deste documento, bem como em relação à pesquisa.

Agradeço sua atenção e participação.

O endereço do CEP da Escola de Enfermagem da USP é: Avenida Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419. Fone: 30617548 e o da pesquisadora - Telefone: 47 – 9982 2613. E-mail: danielalourencao@usp.br.

II. Registro e assinatura do participante da pesquisa

Eu, _____, RG: _____, compreendo os objetivos desta pesquisa e concordo em participar de forma livre da mesma, entendendo que as informações serão utilizadas apenas para realização do estudo, que não sofrerei qualquer tipo de sanção ou prejuízo, caso desista de participar.

Declaro, ainda, que ao ser convidado a participar desta pesquisa, todos os esclarecimentos foram prestados pela pesquisadora.

São Paulo, _____ de _____ de 2014.

Assinatura do participante

APÊNDICE C - CARTA CONVITE

Prezado (a) participante,

O questionário a seguir é destinado a coletar dados para um estudo que desenvolvo junto ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da USP, o qual tem por objetivo **validar** o questionário que avalia a percepção dos profissionais que atuam em ambiente cirúrgico sobre a segurança do paciente.

Dessa maneira, gostaria de contar com sua colaboração no sentido de preencher, individualmente, o instrumento.

Espero que os resultados possam contribuir para a validação do questionário que futuramente poderá ser empregado em centros cirúrgicos brasileiros.

Agradeço sua atenção e coloco-me à sua disposição para possíveis esclarecimentos.

Daniela Campos de Andrade Lourenção

Fone: 47 99822613

APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA/VERSÃO CENTRO CIRÚRGICO - SAQ/VCC

Questionário de Atitudes de Segurança (Versão Centro Cirúrgico - VCC)					
<p>Use a escala para descrever a qualidade da comunicação e da colaboração que você tem vivido em relação a:</p>					
Preenchimento correto ☐ Preenchimento incorreto ☒ ☒ ☒ ☒					
A	B	C	D	E	X
Muito Ruim	Ruim	Adequada	Boa	Muito Boa	Não se Aplica
1. Cirurgião / Cirurgião Assistente 2. Residente de Cirurgia e Interno 3. Instrumentador e Circulante de Sala 4. Perfusionista 5. Anestesiologista / Anestesiologista Assistente 6. Residente de Anestesia e Interno 7. Enfermeiros Anestesistas 8. Auxiliar do Anestesiologista 9. Enfermeiro de Centro Cirúrgico 10. Enfermeiros Assistenciais da Recuperação Pós-Anestésica 11. Enfermeiro Assistencial 12. Enfermeiro - Chefe de Centro Cirúrgico 13. Equipe de avaliação pré-operatória / pré-anestésica 14. Equipe de Apoio 15. Outro: _____					
<p>Por favor, responda as questões abaixo com relação a sua experiência de trabalho neste Centro Cirúrgico</p>					
A	B	C	D	E	X
Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Neutro	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente	Não se Aplica
1. Neste Centro Cirúrgico são comuns altos níveis de carga de trabalho. 2. Eu gosto do meu trabalho. 3. As sugestões do (a) enfermeiro (a) sobre a assistência ao paciente são bem recebidas no Centro Cirúrgico. 4. Eu me sentiria seguro(a) se fosse tratado (a) aqui como paciente. 5. Os erros médicos* são tratados de modo apropriado neste hospital. 6. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe. 7. Toda informação necessária está disponível, antes do início de um procedimento. 8. Trabalhar neste hospital é como fazer parte de uma grande família. 9. A administração deste hospital está fazendo um bom trabalho. 10. A administração deste hospital apoia meus esforços diários. 11. Eu recebo retorno apropriado sobre o meu desempenho. 12. Na Sala de Cirurgia é difícil discutir os erros. 13. A transmissão de informações entre os profissionais do Centro Cirúrgico antes da realização de um procedimento cirúrgico é importante para a segurança do paciente. 14. A transmissão de informações é comum no Centro Cirúrgico. 15. Este hospital é um bom lugar para se trabalhar. 16. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência. 17. A administração do hospital não compromete, conscientemente, a segurança dos pacientes. 18. Neste Centro Cirúrgico o número de profissionais é suficiente para atender o número de pacientes. 19. A tomada de decisão no Centro Cirúrgico utiliza informações dos profissionais envolvidos. 20. Sou encorajado (a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter com a segurança do paciente. 21. A cultura de segurança neste Centro Cirúrgico torna fácil aprender com os erros dos outros. 22. O hospital lida de maneira construtiva com os profissionais problemáticos. 23. Os equipamentos deste Centro Cirúrgico são adequados. 24. Neste Centro Cirúrgico é difícil manifestar-me abertamente se eu percebo um problema envolvendo o cuidado do paciente. 25. Quando a minha carga de trabalho se torna excessiva, meu desempenho é prejudicado. 26. Recebo informações adequadas e oportunas sobre ocorrências no hospital, que podem afetar o meu trabalho. 27. Eu tenho visto outros profissionais cometerem erros que tinham potencial de prejudicar os pacientes. 28. Eu conheço os meios adequados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente neste Centro Cirúrgico. 29. Eu me orgulho de trabalhar neste hospital. 30. Neste Centro Cirúrgico, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente). 31. Sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a).					
<p>*Erro Médico é definido como qualquer erro na prestação da assistência, por qualquer profissional da saúde, independentemente do resultado.</p>					

A	B	C	D	E	X
Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Neutro	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente	Não se Aplica

A	B	C	D	E	X
Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Neutro	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente	Não se Aplica
32. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.					
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
33. Estresse devido a problemas pessoais afeta de forma adversa o meu desempenho.					
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
34. Eu tenho apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes.					
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
35. É fácil para os profissionais que atuam neste Centro Cirúrgico fazerem perguntas quando existe algo que não entendem.					
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
36. Interrupções na continuidade do atendimento (ex: troca de turno, transferência de paciente) podem ser prejudiciais para a segurança do paciente.					
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
37. Durante as situações de emergências, posso prever o que outros profissionais farão em seguida.					
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
38. Os médicos (as) e os (as) enfermeiros (as) daqui trabalham em conjunto como uma equipe bem coordenada.					
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
39. Frequentemente, não consigo expressar desacordo com a equipe médica.					
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
40. Profissionais conseguem deixar os problemas pessoais para trás, quando estão trabalhando.					
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
41. O moral neste Centro Cirúrgico é alto.					
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
42. Estagiários da minha área são supervisionados adequadamente.					
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
43. Conheço o nome e sobrenome completo de todo o pessoal com quem trabalhei no meu último turno.					
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
44. Cometi erros que poderiam prejudicar os pacientes.					
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
45. A equipe médica deste Centro Cirúrgico faz um bom trabalho.					
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
46. Todo o pessoal do Centro Cirúrgico assume responsabilidade pela segurança do paciente.					
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
47. Sinto-me cansado (a) quando levanto pela manhã e tenho que enfrentar outro dia de trabalho.					
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
48. A segurança do paciente é, constantemente, reforçada como prioridade aqui no Centro Cirúrgico.					
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
49. Eu me sinto exausto (a) com o meu trabalho.					
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
50. Assuntos importantes são bem comunicados nas mudanças de turno.					
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
51. Aqui existe adesão ampla às diretrizes clínicas e critérios baseados em evidências relacionados com segurança do paciente.					
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
52. Sinto me frustrado(a) com o meu trabalho.					
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
53. Sinto que estou trabalhando demais.					
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
54. 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)
55. Durante situações de emergência (ex: reanimações de emergência), meu desempenho não é afetado ao trabalhar com pessoal inexperiente ou menos capacitado.					
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
56. Os profissionais, frequentemente, não levam em consideração as regras ou diretrizes (ex: lavagem de mãos, protocolos assistências ou gerenciais, ambiente estéril, entre outros) estabelecidas neste Centro Cirúrgico.					
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
57. 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)
58. Falhas na comunicação que levam a atrasos para iniciar os procedimentos cirúrgicos são comuns.					
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
59. Você respondeu a essa pesquisa antes? () Sim () Não () Não Sei					
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)

Cargo: (Assinale seu cargo)

Cargo: (Assinale seu cargo) ☐ Cirurgião/Cirurgião Assistente ☐ Residente de Cirurgia ou Interno ☐ Instrumentador ou Circulante de Sala ☐ Perfusionista ☐ Anestesiologista/Anestesiologista Assistente ☐ Residente de Anestesia ou Interno ☐ Enfermeiro Anestesista		☐ Auxiliar do Anestesiologista ☐ Enfermeiro de Centro Cirúrgico ☐ Enfermeiro de unidade de recuperação pós-anestésica (URPA) ☐ Enfermeiro Assistencial ☐ Enfermeiro - chefe de Centro Cirúrgico ☐ Equipe de avaliação pré-operatória/pré-anestésica ☐ Equipe de Apoio ☐ Outro: _____		Quantos anos de experiência você tem nesta especialidade? _____ anos
Regime de Trabalho ☐ Período Integral ☐ Período Parcial ☐ Cooperado ☐ Contratado ☐ Outros: _____		Grupo Étnico: ☐ Negro ☐ Branco ☐ Indígena ☐ Preto ☐ Amarelo ☐ Pardo ☐ Afrodescendente	Turno Habitual ☐ Período Integral ☐ Período Parcial ☐ Noturno ☐ Turnos Variáveis	Há quanto tempo trabalha neste hospital? _____ anos
Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino		País de nascimento (se diferente): _____		Idade Atual: _____ anos
“Opcional” cidadania: _____				

COMENTÁRIOS: Quais são suas três principais	1
recomendações para aprimorar a segurança do	2
paciente no Centro Cirúrgico?	3

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

APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA/CENTRO CIRÚRGICO - SAQ/CC

Questionário de Atitudes de Segurança/Centro Cirúrgico - SAQ/CC					
<p>Use a escala para descrever a qualidade da comunicação e da colaboração que você tem vivido em relação a:</p>					
<p>Preenchimento correto ☐ Preenchimento incorreto ☒ ☐ ☐ ☐</p>					
<p>Não se Aplica Muito Boa Boa Adequada Ruim Muito Ruim</p>					
A	B	C	D	E	X
Muito Ruim	Ruim	Adequada	Boa	Muito Boa	Não se Aplica
<p>1. Cirurgião/Cirurgião Assistente</p>					
<p>2. Residente de Cirurgia e Interno</p>					
<p>3. Instrumentador e Circulante de Sala</p>					
<p>4. Perfusionista</p>					
<p>5. Anestesiologista/Anestesiologista Assistente</p>					
<p>6. Residente de Anestesia e Interno</p>					
<p>7. Enfermeiros Anestesistas</p>					
<p>8. Auxiliar do Anestesiologista</p>					
<p>9. Enfermeiro de Centro Cirúrgico</p>					
<p>10. Enfermeiros Assistenciais da Recuperação Pós-Anestésica</p>					
<p>11. Enfermeiro Assistencial</p>					
<p>12. Enfermeiro-Chefe de Centro Cirúrgico</p>					
<p>13. Equipe de avaliação pré-operatória/pré-anestésica</p>					
<p>14. Equipe de Apoio</p>					
<p>15. Outro: _____</p>					
<p>Por favor, responda as questões abaixo com relação a sua experiência de trabalho neste Centro Cirúrgico.</p>					
<p>Não se Aplica Concordo Totalmente Concordo Parcialmente Neutro Discordo Parcialmente Discordo Totalmente</p>					
A	B	C	D	E	X
Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Neutro	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente	Não se Aplica
<p>1. Eu gosto do meu trabalho.</p>					
<p>2. Eu me sentiria seguro(a) se fosse tratado (a) aqui como paciente.</p>					
<p>3. Os erros médicos* são tratados de modo apropriado neste hospital.</p>					
<p>4. Toda informação necessária está disponível, antes do início de um procedimento.</p>					
<p>5. A administração deste hospital está fazendo um bom trabalho.</p>					
<p>6. A administração deste hospital apoia meus esforços diários.</p>					
<p>7. Eu recebo retorno apropriado sobre o meu desempenho.</p>					
<p>8. Na Sala de Cirurgia é difícil discutir os erros.</p>					
<p>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.</p>					
<p>10. A transmissão de informações é comum no Centro Cirúrgico.</p>					
<p>11. Este hospital é um bom lugar para se trabalhar.</p>					
<p>12. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência.</p>					
<p>13. A administração do hospital não compromete, conscientemente, a segurança dos pacientes.</p>					
<p>14. Neste Centro Cirúrgico o número de profissionais é suficiente para atender o número de pacientes.</p>					
<p>15. A tomada de decisão no Centro Cirúrgico utiliza informações dos profissionais envolvidos.</p>					
<p>16. Sou encorajado (a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter com a segurança do paciente.</p>					
<p>17. A cultura de segurança neste Centro Cirúrgico torna fácil aprender com os erros dos outros.</p>					
<p>18. O hospital lida de maneira construtiva com os profissionais problemáticos.</p>					
<p>19. Os equipamentos deste Centro Cirúrgico são adequados.</p>					
<p>20. Neste Centro Cirúrgico é difícil manifestar-me abertamente se eu percebo um problema envolvendo o cuidado do paciente.</p>					
<p>21. Quando a minha carga de trabalho se torna excessiva, meu desempenho é prejudicado.</p>					
<p>22. Recebo informações adequadas e oportunas sobre ocorrências no hospital, que podem afetar o meu trabalho.</p>					
<p>23. Eu conheço os meios adequados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente neste Centro Cirúrgico.</p>					
<p>*Erro Médico é definido como qualquer erro na prestação da assistência, por qualquer profissional da saúde, independentemente do resultado.</p>					
<p>VIRE</p>					

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

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

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cargo: (Assinale seu cargo) ☐ Cirurgião/Cirurgião Assistente ☐ Residente de Cirurgia ou Interno ☐ Instrumentador ou Circulante de Sala ☐ Perfusionista ☐ Anestesiologista/Anestesiologista Assistente ☐ Residente de Anestesia ou Interno ☐ Enfermeiro Anestesista		☐ Auxiliar da Anestesiologista ☐ Enfermeiro de Centro Cirúrgico ☐ Enfermeiro de unidade de recuperação pós-anestésica (URPA) ☐ Enfermeiro Assistencial ☐ Enfermeiro - chefe de Centro Cirúrgico ☐ Equipe de avaliação pré-operatória/pré-anestésica ☐ Equipe de Apoio ☐ Outro: _____		Quantos anos de experiência você tem nesta especialidade? _____ anos	
Regime de Trabalho ☐ Período Integral ☐ Período Parcial ☐ Cooperado ☐ Contratado ☐ Outros: _____		Grupo Étnico: ☐ Negro ☐ Branco ☐ Indígena ☐ Preto ☐ Amarelo ☐ Pardo ☐ Afrodescendente		Turno Habitual ☐ Período Integral ☐ Período Parcial ☐ Noturno ☐ Turnos Variáveis	
				Há quanto tempo trabalha neste hospital? _____ anos	
				Idade Atual: _____ anos	
Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino		“Opcional” cidadania: _____		País de nascimento (se diferente): _____	

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

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.