

**HRJ**

**v.3 n.14 (2022)**

**Recebido: 29/11/2021**

**Aceito: 06/12/2021**

**Adaptação transcultural do questionário francês individual de opinião sobre o uso do *checklist* de cirurgia segura**

**Dayra Sousa Aires Ribeiro<sup>1</sup>**

**Ruth Silva Matos<sup>2</sup>**

**Gleyce Mikaelle Costa Quirino<sup>3</sup>**

**Lauane Rocha Itacarambi<sup>4</sup>**

**Jacqueline Ramos de Andrade Antunes Gomes<sup>5</sup>**

**Edna Gonçalves dos Santos<sup>6</sup>**

**Cleber dos Santos Pinto<sup>7</sup>**

**Ebert Mendonça<sup>8</sup>**

**Gilberto Sabino da Silva<sup>9</sup>**

**Heglisson Gustavo da Silva Queiroz<sup>10</sup>**

**Sônia Maria Alves Gomes<sup>11</sup>**

**Aline Carvalho Boaventura<sup>12</sup>**

<sup>1</sup>Enfermeira Residente do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

<sup>2</sup>Enfermeira Residente do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

<sup>3</sup>Enfermeira Residente do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

<sup>4</sup>Enfermeira Residente do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

<sup>5</sup>Enfermeira Coordenadora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

<sup>6</sup>Enfermeira Preceptora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

<sup>7</sup>Enfermeiro Preceptor do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

<sup>8</sup>Enfermeiro Preceptor do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

<sup>9</sup>Enfermeiro Tutor do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

<sup>10</sup>Enfermeiro Preceptor do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

<sup>11</sup>Enfermeira Preceptora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

<sup>12</sup>Enfermeira Preceptora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

**RESUMO**

**Objetivo:** O presente estudo teve como objetivo descrever o processo de adaptação transcultural do Questionário Individual de Opinião sobre o uso do *Checklist* (QIOSC) de cirurgia segura para o contexto brasileiro. **Metodologia:** Foram seguidas as cinco etapas de acordo com guias para estudos de validação na área da saúde e mais duas etapas para avaliar a

confiabilidade: o teste e o reteste. O teste e o reteste contou com a participação de 35 profissionais de centro cirúrgico, sendo eles tanto da equipe de enfermagem quanto da equipe médica. A consistência interna foi avaliada pelo coeficiente alpha de Cronbach. **Resultados:** As duas versões (T1 e T2) traduzidas do QIOSC foram correspondentes apenas no que tange às opções de resposta Likert, sendo assim traduzidas. Os 36 itens, embora traduzidos com sentido equivalente, apresentaram pelo menos uma distinção gramatical ou semântica entre T1 e T2. **Conclusão:** O presente estudo contribuiu para disponibilizar um instrumento compreensível e viável para autoaplicação a amplo número de usuários para a avaliação da opinião do uso do *checklist* no Brasil.

**Palavras-chave:** Lista de checagem; Profissionais da Saúde; Segurança do Paciente; Pacotes de Assistência ao Paciente

## Individual French opinion questionnaire on the use of safe surgery checklist

### ABSTRACT

**Objective:** This study aimed to describe the cross-cultural adaptation process of the Individual Opinion Questionnaire on the use of the Checklist (QIOSC) of safe surgery for the Brazilian context. **Methodology:** Five steps were followed, according to guidelines for validation studies in the health area, and two more steps to assess reliability: test and retest. The test and retest involved the participation of 35 surgical center professionals, both from the nursing and medical staff. Internal consistency was assessed using Cronbach's alpha coefficient. **Results:** The two translated versions (T1 and T2) of the QIOSC corresponded only with regard to the Likert response options, thus being translated. The 36 items, although translated with equivalent meaning, presented at least one grammatical or semantic distinction between T1 and T2. **Conclusion:** The present study contributed to providing an understandable and viable instrument for self-application to a large number of users to assess the opinion of the use of the checklist in Brazil.

**Keywords:** Checklist; Health professionals; Patient safety; Patient Care Packages

## INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>1</sup>, em todo o mundo, ocorrem em torno de 234 milhões de grandes intervenções cirúrgicas por ano, o que equivale a cerca de uma cirurgia para cada 25 pessoas<sup>2</sup>.

Complicações pós-operatórias podem ser definidas como eventos adversos (EAs), que são lesões ou danos não intencionais que podem resultar em incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente, prolongando a internação ou ocasionando morte como consequência da assistência prestada e não pela evolução natural da doença<sup>3</sup>.

Sabe-se que em torno de 1 milhão de pessoas morrem e sete milhões desenvolvem complicações, sendo que 50% são considerados por eventos evitáveis. Os eventos adversos

evitáveis compreendem cerca de 67% dos eventos adversos decorrentes da assistência, sendo que trocar o paciente, cirurgia e lateralidade incorretas são considerados eventos inaceitáveis<sup>3</sup>.

Em 2004, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, derivando a campanha Desafio Global para a Segurança do Paciente. Em 2007 e 2008 essa campanha lançou o seu segundo desafio que vem a ser a Segurança da Assistência Cirúrgica, denominado Cirurgias Seguras Salvam Vidas, cujo objetivo é minimizar a ocorrência de danos ao paciente cirúrgico e definir padrões de segurança que podem ser aplicados a todos os países membros da OMS<sup>2</sup>.

Como ferramenta para que esse objetivo fosse alcançado, a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (*checklist*) foi proposta para ser utilizada em qualquer hospital, visando auxiliar as equipes cirúrgicas a seguirem passos sistemáticos e críticos de segurança. Pretende-se com o uso do *checklist* elevar a qualidade na assistência cirúrgica em todos os países<sup>2</sup>.

O *checklist* foi preparado por especialistas e ele contém três etapas: identificação (antes da indução anestésica), confirmação (antes da incisão cirúrgica- pausa cirúrgica com a presença de todos os membros da equipe na sala de cirurgia) e registro (antes de o paciente sair da sala de cirurgia)<sup>4</sup>. A utilização do *checklist* representa uma redução em média de 36% das complicações no pós-operatório e a redução de mortes em uma porcentagem simil<sup>5</sup>. De, Gunnarsson e Ho<sup>6</sup> relacionam com uma redução de 1,2 para 0,92% da taxa de mortes no pós-operatório.

Entre os benefícios que esta ferramenta traz a equipe são citados a melhora na comunicação e a mudança na cultura hierárquica que, conseqüentemente, aprimora o trabalho em equipe, resultando em uma melhora na qualidade de assistência do paciente cirúrgico<sup>7</sup>, a sua aplicação é de baixo custo e não ultrapassa três minutos na realização de sua verificação. Estudos mostram que a dificuldade na aplicação do instrumento está na equipe<sup>8</sup>.

Portanto, deve-se haver o envolvimento dos membros da equipe na realização da checagem do *checklist*, além de levar em consideração as barreiras em sua implementação e a educação e treinamentos contínuos para que esta ferramenta seja adequadamente utilizada<sup>9</sup>.

A Alta Autoridade de Saúde (AAS) francesa adaptou o checklist de cirurgia segura da OMS para o contexto francês visando elevar a segurança do paciente. A sua aplicação tornou-se obrigatória no contexto das certificações sanitárias francesas desde 2010. Para garantir o uso correto do *checklist* a AAS propôs um questionário que permite a sua avaliação através da análise da percepção dos profissionais que atuam nas salas cirúrgicas<sup>10</sup>.

As avaliações realizadas um ano após a implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (*checklist*) na França mostraram que, mesmo o *checklist* sendo utilizado de maneira exaustiva em todas as salas cirúrgicas, nem sempre a sua utilização era feita de maneira correta, o que compromete sua eficiência. Em vista desses achados, a AAS na França junto com a representação de todas as categorias de profissionais que trabalham nas salas operatórias, oferece várias disposições para melhorar o uso do *checklist* no bloco operatório.

O Questionário Individual de Opinião Sobre o uso do *Checklist* (QIOSC) tem o objetivo de avaliar o uso do *checklist* em salas cirúrgicas, sendo um questionário de opinião simplificada em relação ao uso do *checklist* das diferentes categorias de profissionais de salas operatórias. Os resultados dessas abordagens são analisados e são objetos de feedback estruturado, além de avaliar o real uso do *checklist* diariamente em salas cirúrgicas e especificar os empecilhos para o seu uso propor os métodos de adaptação às especificidades locais.

O questionário QIOSC inclui o perfil de identidade do profissional alvo e três itens com as seguintes informações: a opinião dos profissionais da sala de cirurgia sobre o *checklist*, as dificuldades levantadas pelo o uso do *checklist* e os elementos que facilitam a informação e colocam em prática o *checklist*. Além dessas informações, essa ferramenta

possui uma pergunta sobre a avaliação geral da utilidade do *checklist*. Cada item é respondido utilizando a escala de *Likert* de 4 pontos, permitindo os profissionais o qualificarem de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. A utilização desse questionário em profissionais de Centro Cirúrgico (CC) permite orientar futuras intervenções para a correta e consciente aplicação do *checklist*<sup>10</sup>.

Para aplicar um questionário em um país com idioma diferente, não se deve apenas, realizar sua simples tradução linguística. De acordo com Beaton, Guideline<sup>12</sup> a adaptação cultural é realizada com o objetivo de manter a validade do conteúdo do instrumento entre diversas culturas. Não foram encontrados registros de validação e adaptação cultural do questionário francês da AAS para o Português- Brasil. Porém, esta ferramenta é de grande valia na avaliação do uso do *checklist* e permite a adequação das falhas em sua aplicação<sup>11</sup>.

Deste modo o presente estudo possibilitará o uso de um instrumento confiável e adaptado culturalmente, que avalia a aplicação do *checklist* de cirurgia segura em profissionais de saúde do CC, permitindo identificar as intervenções necessárias para que a utilização do *checklist* seja realizado de maneira correta por todos os membros da equipe cirúrgica.

O objetivo do presente estudo foi realizar a tradução, adaptação cultural, confiabilidade e validação do instrumento QIOSC para aplicação na língua portuguesa.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Para tradução e validação do instrumento foi inicialmente solicitado autorização para os autores, após resposta positiva, foi dada continuidade ao estudo.

Foram seguidas neste estudo as cinco etapas de acordo com guias para estudos de validação na área da saúde de Beaton, Guideline<sup>12</sup> e Pasquali<sup>13</sup> e mais duas etapas para avaliar a confiabilidade: o teste e o reteste, por serem, largamente, os mais utilizados pelos pesquisadores brasileiros na tradução de instrumentos na área da saúde que está apresentado na Figura 1.

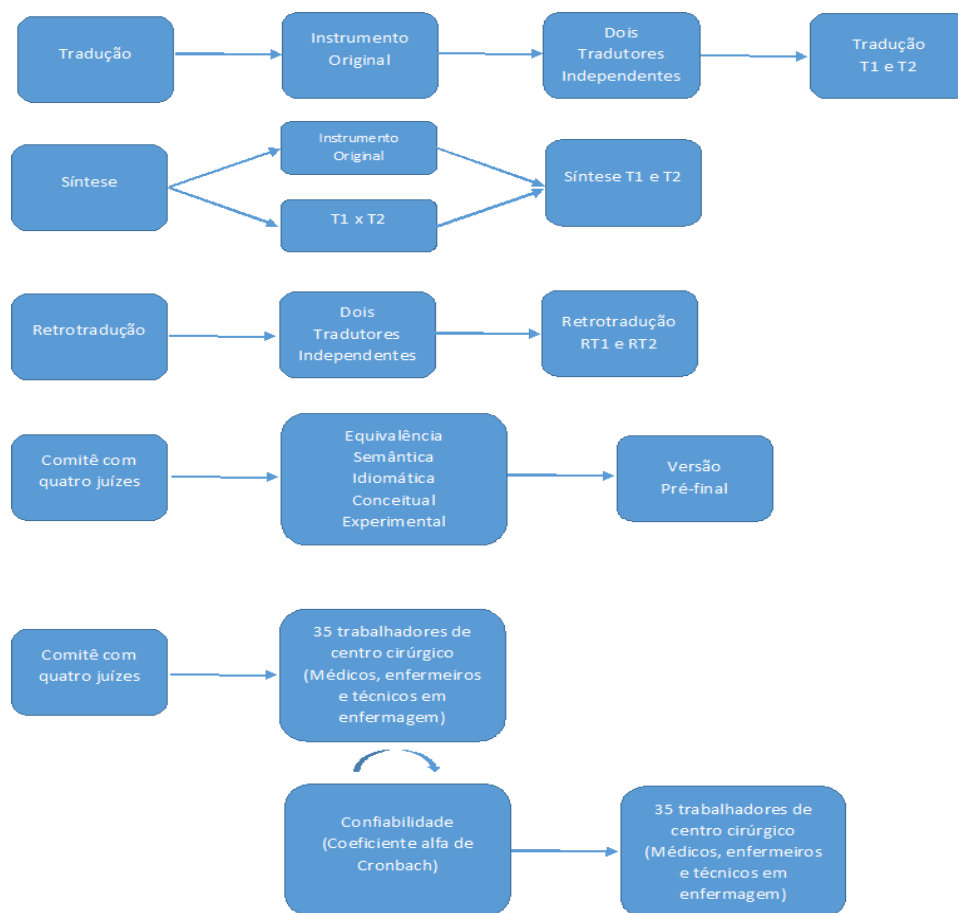


Figura 1: Etapas da adaptação transcultural e validação.  
Fonte: autores, 2021

Na primeira etapa foi realizada a tradução do instrumento da língua francesa para o português. A tradução foi feita por dois tradutores independentes, sendo ambos nativos de países da língua francesa (Guiana Francesa e Camarões). Nenhum dos tradutores possuía conhecimento sobre os assuntos abordados no QIOSC. Ambos os tradutores produziram uma versão traduzida do instrumento (codificadas com T1 e T2), que incluía: o título, identificação, questões das seções, os 32 itens e as suas respectivas opções de resposta em Likert.

A segunda etapa contemplou a reunião de síntese com a participação de 04 profissionais, sendo: uma pesquisadora (especialista em Enfermagem em Centro Cirúrgico), os dois tradutores que participaram da primeira etapa e uma juíza de síntese (com mestrado e expertise na metodologia deste estudo). Nessa etapa, foi gerada uma versão síntese (T12) a partir da avaliação das traduções T1 e T2. Foi realizada a análise de cada palavra das traduções além de serem discutidas com o propósito de obter concordância entre ambas versões em que fosse asseguradas as equivalências. O processo de síntese, as concordâncias e discordâncias foram documentadas para posterior análise.

Na terceira etapa, o instrumento foi retro traduzido da língua portuguesa para a língua original com o intuito de analisar erros conceituais ou inconsistências no processo de tradução. Outros dois tradutores independentes, sendo ambos nativos brasileiros com formação e expertise na língua francesa, fizeram a retro tradução. Com base na T12, duas novas versões foram criadas, codificadas em RT1 e RT2. Ambos os retro tradutores desconheciam os constructos teóricos explorados no QIOSC e não tiveram contato com o questionário em sua versão original.

Na quarta etapa, foi realizada a reunião do comitê de peritos. Todo o material produzido nas etapas anteriores foi inteiramente analisado. A equipe de 04 especialistas foi composta por: uma pesquisadora, uma metodologista com experiência no processo de validação de escalas, dois profissionais enfermeiros atuantes e especialistas em centro cirúrgico há mais de cinco anos, sendo um desses preceptor do Programa de Residência Uniprofissional em Enfermagem em Centro Cirúrgico da Secretaria de Saúde do DF. O principal objetivo desse comitê foi produzir uma versão final da escala para ser encaminhada ao reteste.

Na etapa do comitê de peritos, os especialistas avaliaram cada variável individualmente e códigos foram inseridos de acordo com o julgamento dado a cada item, sendo 0 = sem

necessidade de alteração e 1= necessário alteração. Os peritos tiveram total autonomia para realizar alterações ou eliminar itens irrelevantes ou ambíguos e propor substitutos que melhor se adequassem à população alvo. A análise dos dados foi realizada tanto de modo qualitativo, sendo analisado cada item de forma individual (para padrão no rigor de avaliação) quanto pelo modo quantitativo com a análise dos escores das respostas dos peritos.

A quinta etapa consistiu na realização do reteste com amostra de conveniência, com o objetivo de adquirir informações sobre as reações dos participantes a cada aspecto da versão final do questionário, possibilitando a identificação e eliminação de potenciais problemas no instrumento.

Recrutamento para o reteste: foi utilizado como meio de recrutamento a ida presencial em três hospitais regionais públicos do DF, e feito o convite individualmente e aleatoriamente aos servidores lotados em cada um dos centros cirúrgicos destes hospitais até que se atingiu a amostra proposta.

Foram incluídos no estudo profissionais de saúde que atuam em Centro Cirúrgico. Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/FEPECS participaram do estudo 35 indivíduos das categorias de enfermagem (enfermeiros e técnicos em enfermagem) e medicina (cirurgiões e anesthesiologistas) de ambos os sexos, que tinham participação direta na aplicação do *checklist* de cirurgia segura em sua rotina de trabalho, que trabalhavam no CC há pelo menos 2 anos, que cumpriam no mínimo 20 horas semanais dentro do setor e que aceitaram a participar do estudo.

Foram excluídos da amostra qualquer indivíduo que não se encaixou em uma das descrições acima e não aceitou participar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



O cálculo amostral foi baseado no Beaton, Guideline<sup>12</sup> que sugere na versão final do processo de adaptação em indivíduos ou pacientes na quantidade idealmente, entre 30 e 40 sujeitos, sendo o mínimo de 30 indivíduos, somados com mais 20%, como margem de segurança, totalizando 36 sujeitos.

No questionário foram avaliados o conteúdo do mesmo e o nível de dificuldade para respondê-lo, o método de aplicação utilizado foi o autoaplicável (ficando a pesquisadora ao lado para sanar as dúvidas e intercorrências, caso houvessem).

Foi utilizada a estratégia para mensuração quantitativa, sendo 0 = claro e 1 = não claro, para avaliação de clareza do conteúdo e da linguagem do instrumento. Os itens que não ficaram claros foram registrados para posterior avaliação. Foram analisados todos os dados obtidos nos retestes tanto de modo qualitativo, sendo avaliado a sugestão individualmente, quanto de modo quantitativo pela análise dos escores das respostas dos participantes.

Após, uma análise semântica do questionário foi realizada, junto com as alterações sugeridas e análise de confiabilidade intra examinador. Posteriormente, análise de correlação entre as variáveis foram analisadas, considerando nível de significância de  $\alpha=0,05$ . Os dados foram analisados utilizando os relatórios, tabelas, e gráficos obtidos após a inserção das informações no *software IBM SPSS Statistics* versão 23.0.

O *software* utilizado para realizar a análise foi o *IBM Statistical Package for Social Science (SPSS) Statistics*— anteriormente denominado PASW, na versão 23.0 para Windows. Em complemento, a confiabilidade da escala foi aferida a partir da consistência interna (alpha de Cronbach).

O QIOSC - versão português, traduzido e adaptado culturalmente, foi aplicado nos Centros Cirúrgicos de três hospitais regionais públicos do Distrito Federal (DF).

A pesquisa foi conduzida seguindo os padrões éticos exigidos e com aprovação no comitê de ética CAAE 18093319.5.0000.5553. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido aplicado pela pesquisadora.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Primeira Etapa – Tradução**

As duas versões (T1 e T2) traduzidas do QIOSC foram correspondentes apenas no que tange às opções de resposta Likert, sendo assim traduzidas. Os 36 itens, embora traduzidos com sentido equivalente, apresentaram pelo menos uma distinção gramatical ou semântica entre T1 e T2.

### **Segunda Etapa – Reunião de Síntese**

Cada item do questionário foi enumerado de modo a facilitar a sua identificação e comparação.

Na identificação do cargo do profissional a expressão “Cadre de Santé” foi traduzida em T1 para “executivo de saúde” e em T2 para “quadro de saúde”, por ser mais equivalente com a versão original a versão em T2 foi escolhida.

No item 1.1 em ambas as versões T1 e T2 a expressão “La CL améliore le partage au sein de l'équipe” tiveram traduções diferentes sendo em uma versão traduzido para “O CL melhora a troca no meio da equipe” e em outra “O CL melhora o compartilhamento no seio da equipe”. A versão escolhida foi a primeira, sendo que foi necessário realizar adaptação na sentença de modo que a mesma ficasse mais compreensível.

No item 2 a expressão “Quelles sont vos plus grandes difficultés soulevées par l'utilisation de la CL” foi traduzida em T1 para “Segundo você, quais são as dificuldades levantadas pelo uso do CL” e em T2 “Quais são em sua opinião as dificuldades levantadas pelo uso do CL”, a versão da T1 foi escolhida por se aproximar mais da versão original. No mesmo bloco, o item

2.4 teve a palavra “rodées” traduzida em ambas versões para a palavra “rodadas”, solicitado outra sugestão de palavra para os tradutores, ambos sugeriram a palavra “de rotina”.

A palavra “théâtralisation” no item 2.9 foi traduzida na versão T1 para “teatralidade” e na versão T2 para “dramatização”, porém o sinônimo “encenação” foi utilizado pois é a palavra mais comumente utilizada nesse contexto.

Foi necessário a exclusão dos itens 4.7, 4.8 e 4.9 pois esses itens tratam-se de ações realizadas pela AAS na França em relação ao uso do *checklist* de cirurgia segura, como não há nenhum órgão público no Brasil que realize ações semelhantes justificou-se a exclusão desses itens.

### **Terceira Etapa – Retrotradução**

As duas retrotraduções (RT1 e RT2) não apontaram erros conceituais consideráveis ou inconsistências no processo de tradução, mas foram úteis para direcionar ações efetivas e consistentes na etapa do comitê de peritos.

### **Quarta Etapa – Comitê de Peritos**

Os especialistas foram orientados a avaliaram cada variável individualmente e de acordo com códigos que foram inseridos de acordo com o julgamento dado a cada item: sendo 0 = sem necessidade de alteração e 1= necessário alteração. Todos os itens com sinalização pelos peritos de alteração, foram avaliados. Também foi sugerido que o questionário fosse autoaplicável.

Diversas sugestões sugeridas pelos peritos não puderam ser utilizadas, pois alterariam o sentido original do item.

No item 4 foi sugerido a troca do tempo verbal na frase “os seguintes elementos facilitaram a informação” para “os seguintes elementos facilitam a informação”, pois traz a ideia de algo rotineiro.

### **Quinta Etapa – Teste e Reteste**

O teste e o reteste foram realizados seguindo recomendações que preconizam entre 30 a 40 indivíduos. Cada indivíduo levou aproximadamente 10 minutos para responder e analisar a coerência de cada item do questionário. As instruções de como responder o questionário foram passadas oralmente aos participantes, logo após que os mesmos aceitaram participar da pesquisa e assinaram o TCLE. Os itens que apresentaram problemas ou dificuldades de compreensão por parte dos participantes foram alterados para o reteste subsequente levando em consideração a indicação de dificuldade por parte de no mínimo 4 pessoas (11,4%) em cada item.

**Tabela 1:** comparação do QIOSC em sua versão original, versão síntese e versão do primeiro teste.

<b>Item</b>	<b>Documento original</b>	<b>Síntese das traduções</b>	<b>Versão final resultante do Comitê de Peritos e utilizada no primeiro pré-teste</b>
<b>1</b>	quelle est votre opinion sur l'utilisation de la CL "Sécurité du patient au Bloc opératoire" ?	Qual é a sua opinião sobre o uso do checklist 'Segurança do paciente no bloco operatório'	Qual é a sua opinião sobre o uso do checklist 'Segurança do paciente no bloco operatório',
<b>1.1</b>	La CL améliore le partage au sein de l'équipe, des informations concernant le patient et/ou l'intervention	O checklist melhora a troca de informações sobre o paciente e/ou a intervenção junto à equipe	O checklist melhora a troca de informações sobre o paciente e/ou a intervenção junto à

			equipe
<b>1.2</b>	La CL permet la vérification croisée de certains points essentiels avant la réalisation de l'intervention	O checklist permite a verificação mútua de alguns pontos essenciais antes da realização da intervenção	O checklist permite a verificação mútua de alguns pontos essenciais antes da realização da intervenção
<b>1.3</b>	La CL est une opportunité pour éviter les erreurs ou dysfonctionnements lors de la réalisation d'une intervention	O checklist é uma oportunidade de evitar erros ou disfunções durante a realização da intervenção	O checklist é uma oportunidade e de evitar erros ou disfunções durante a realização da intervenção
<b>1.4</b>	La CL permet de renforcer les liens entre les différents professionnels de l'équipe	O checklist permite reforçar os vínculos entre os diferentes profissionais da equipe	O checklist permite reforçar os vínculos entre os diferentes profissionais da equipe
<b>1.5</b>	La CL contribue à développer La culture sécurité au sein du secteur d'activité	O checklist contribui a desenvolver a cultura de segurança dentro do setor de atividade	O checklist contribui a desenvolver a cultura de segurança dentro do setor de atividade
<b>1.6</b>	La CL est un outil intéressant pour les professionnels en formation (médecins ou soignants)	O checklist é uma ferramenta interessante para os profissionais em formação (médicos ou prestadores de cuidados)	O checklist é uma ferramenta interessante para os profissionais em formação (médicos ou prestadores de cuidados)

<b>2</b>	Quelles sont selon vous les difficultés soulevées par l'utilisation de la CL ?	Segundo você, quais são as dificuldades levantadas pelo uso do checklist	Segundo você, quais são as dificuldades levantadas pelo uso do checklist
<b>2.1</b>	La CL est une formalité administrative supplémentaire	O checklist é uma formalidade administrativa adicional	O checklist é uma formalidade administrativa adicional
<b>2.2</b>	La CL entraîne une perte de temps ou ralentit l'activité	O checklist causa uma perda de tempo ou retarda as atividades	O checklist causa uma perda de tempo ou retarda as atividades
<b>2.3</b>	La CL est redondante avec d'autres documents ou procédures	O checklist é redundante com outros documentos ou procedimentos	O checklist é redundante com outros documentos ou procedimentos
<b>2.4</b>	La CL est inutile pour certaines interventions rodées	O checklist é inútil para algumas intervenções de rotina	O checklist é inútil para algumas intervenções de rotina
<b>2.5</b>	La CL est inutile pour des équipes stables	O checklist é inútil para equipes permanentes	O checklist é inútil para equipes estáveis
<b>2.6</b>	La CL est difficile à mettre en œuvre pour les interventions réalisées en urgence	O checklist é difícil de aplicar nas intervenções de emergência	O checklist é difícil de aplicar nas intervenções de emergência
<b>2.7</b>	Il est difficile pour un(e) infirmier(e) de coordonner la check-list, en particulier s'il n'y a pas de soutien des médecins	É difícil para um (a) enfermeiro (a) coordenar o CL, ainda mais se ele não tem o apoio dos médicos	É difícil para um (a) enfermeiro (a) coordenar o CL, ainda mais se ele não tem o

			apoio dos médicos
<b>2.8</b>	L'échange d'information sores entre les différent professionnel simpliqués est difficile à obtenir	A troca de informações orais entre os diferentes profissionais implicados se torna difícil de obter	A troca de informações orais entre os diferentes profissionais implicados se torna difícil de obter
<b>2.9</b>	La "théâtralisation" due à la verbalisation à haute voix est difficile à accepter et/ou mettre en œuvre	A 'encenação' dada à verbalização em voz alta é difícil de aceitar e/ou implementar	A 'encenação' dada à verbalização em voz alta é difícil de aceitar e/ou implementar
<b>2.10</b>	Les vérifications multiples sont anxigènes pour le patient (identité...)	As verificações múltiplas são situações estressantes para o paciente (identidade)	As verificações múltiplas são ansiogênicas para o paciente (identidade)
<b>2.11</b>	Certains critères sont confus ou inadaptés ou inapplicables à certaines activités	Alguns critérios são confusos, mal ajustados ou inaplicáveis a certas atividades	Alguns critérios são confusos, mal ajustados ou inaplicáveis a certas atividades
<b>2.12</b>	Le choix des réponses est inadapté / pas assez souple	A escolha das respostas é inadaptada/não flexível o bastante	A escolha das respostas é inadaptada/não flexível o bastante
<b>2.13</b>	Il est dommage que certains risques ne soient pas nominativement abordés (stérilisation des matériels, risque Prion...)	É uma pena que alguns	É uma pena que alguns

		riscos não sejam abordados pelo nome (esterilização de materiais, Risco de Príons)	riscos não sejam abordados pelo nome (esterilização de materiais, Risco de Príons)
<b>2.1 4</b>	La CL est très répétitive, ce qui est un obstacle au maintien de la dynamique	O checklist é muito repetitivo, o que constitui um obstáculo na permanência da dinâmica	O checklist é muito repetitivo, o que constitui um obstáculo na retenção da dinâmica
<b>2.1 5</b>	La CL est une remise en cause des compétences professionnelles	O checklist é um questionamento das competências profissionais	O checklist é um questionamento das competências profissionais
<b>2.1 6</b>	La CL peut entraîner des problèmes médico-légaux, en cas d'événement indésirable	O checklist pode levar a problemas médico-legais em caso de evento indesejável	O checklist pode levar a problemas médico-legais em caso de evento indesejável
<b>2.1 7</b>	La désignation d'un coordonnateur est difficile car cela pose des problèmes de responsabilité	A designação de um coordenador é difícil, pois isso traz problemas de responsabilidade	A designação de um coordenador é difícil, pois isso traz problemas de responsabilidade
<b>2.1 8</b>	Lors de la réalisation de la CL, il arrive que l'on n'ose pas contrôler que quelqu'un donne une réponse erronée	Durante a realização do CL, acontece que não nos atrevemos a	Durante a realização do CL, acontece que não nos



		contradizer alguém que dá uma resposta errada	atrevemos a contradizer alguém que dá uma resposta errada
<b>3</b>	appréciationglobalesurl'utilité de la CL	Avaliação global da utilidade do checklist	Avaliação global da utilidade do checklist
<b>3.1</b>	Considérantlesaspectspositifsetnégatifs,vousdiriezquela CLest utilepouraméliorerlasécuritédespatientslorsdesinterventi onschirurgicales	Considerando os aspectos positivos e negativos, você diria que o CL é útil para melhorar a segurança dos pacientes durante as intervenções cirúrgicas?	Consideran do os aspectos positivos e negativos, você diria que o CL é útil para melhorar a segurança dos pacientes durante as intervençõe s cirúrgicas?
<b>4</b>	Selonvous, lesélémentssuivantsont- ilsfacilitél'informationdesprofessionnelssurlacheck- list etsamiseenœuvredansvotreétablissement?	Segundo você, os seguintes elementos facilitaram a informação dos profissionais sobre o CL e o seu uso dentro do seu estabeleciment o ?	Segundo você, os seguintes elementos facilitaram a informação dos profissionai s sobre o CL e o seu uso dentro do seu estabelecim ento?
<b>4.1</b>	Lesactionsd'informationorganiséesauniveaude l'établissement (réunions d'information CME, conseil de bloc, journalinterne...)	As ações de informação organizadas no estabeleciment o (CME, Conselho de bloco, jornal interno...)	As ações de informação organizadas no estabelecim ento (CME, Conselho de bloco, jornal

			interno...)
<b>4.2</b>	Lesréunions d'équipesaublocopératoire	As reuniões de equipes no bloco operatório	As reuniões de equipes no bloco operatório
<b>4.3</b>	Lesactionsdeformationproposésauxprofessionnels(forma-tion "classique",simulation...)	As ações de formação propostas aos profissionais (formação 'clássica', simulação)	As ações de formação propostas aos profissionais (formação 'clássica', simulação)
<b>4.4</b>	Lesoutils d'accompagnementconçuseninterne (procédure, adaptations, informatisation...)	As ferramentas de acompanhamento concebidas internamente (procedimento, adaptações, informações...)	As ferramentas de acompanhamento concebidas internamente (procedimento, adaptações, informações...)
<b>4.5</b>	Lesactionsd'évaluation/auditdelaCLréaliséesdansl'établisse-ment	As ações de avaliação/ auditoria do CL realizadas dentro do estabelecimento	As ações de avaliação/ auditoria do CL realizadas dentro do estabelecimento
<b>4.6</b>	L'informationdiffuséeparlesorganismesprofessionnelset lessociétéssavantes	A informação divulgada pelas organizações profissionais e as comunidades científicas	A informação divulgada pelas organizações profissionais e as comunidades científicas
<b>5</b>	Pensez-vousavoirétésuffisammentinformé et formésurl'utilisation et l'intérêt/utilité de cettecheck-list ?	Acredita ter sido suficientemente informado (a) e capacitado (a) sobre o uso	Acredita ter sido suficientemente informado (a) e

		e a utilidade do checklist?	capacitado (a) sobre o uso e a utilidade do checklist ?
--	--	-----------------------------	---

*Fonte: autores, 2021*

A amostra inicial consistiu de 36 participantes, mas um desistiu de participar devido à falta de tempo. A amostra final consistiu de 35 participantes, com idade média de 40,3 anos; a maioria era do sexo feminino (65,7%) e a maioria trabalhava no Hospital A (45,7%) (Tabela 1). Em relação ao cargo no setor, 65,7% eram técnicos em enfermagem e na mesma proporção enfermeiros e médicos (17,14%). Quanto à escolaridade, a maior proporção (54,3%) reportou ter ou estar cursando pós-graduação, mas 14,3% tinham apenas ensino superior e 31,4% apenas o ensino médio e o curso técnico em enfermagem. No que se refere a carga horária semanal, a maioria (60%) trabalhavam 40 horas semanais, 08 participantes (22,85%) trabalhavam 60 horas semanais e a minoria (17,14%) 20 horas. Dos 35 participantes, 14 (40%) tinham de 02 a 05 anos de experiência em centro cirúrgico e 07 (20%) possuíam de 14 a 17 anos.

Como principal resultado do primeiro teste, observamos que 20 participantes (57,14%) sugeriram acrescentar o cargo técnico em enfermagem, residente de cirurgia, residente de anestesia e residente de enfermagem na identificação do questionário, pois são profissionais presentes em centros cirúrgicos de hospitais públicos do Distrito Federal, além de retirar ‘Quadro de Saúde’, ‘Enfermeiro de centro cirúrgico’, ‘Enfermeiro anestesista’ e ‘Outro’.

No Bloco 01 do questionário houveram apenas 02 sugestões (5,71%) de alterações, por ser um índice baixo e após análise optou-se em não os alterar. O Bloco 02 apresentou mais solicitações de alterações sendo os itens 2.5, 2.9, 2.10, 2.12 e 2.18. A alteração do item 2.5 foi a palavra ‘estáveis’ para a palavra ‘permanentes’, do item 2.9 a frase ‘dada à verbalização em voz alta’ foi colocada entre duas vírgulas para se encaixar como apostro

explicativo, no item 2.10 a palavra ‘ansio gênica’ não foi compreendida por 13 participantes (37,14%) sendo substituída por ‘preocupante’ conforme sugestão inicial de tradução de um dos tradutores nativos da língua francesa. No item 2.12 acrescentamos ‘ (no *checklist*) ’ com o critério de melhorar a clareza do item e por fim, a alteração realizada no item 2.18 foi a remoção das palavras ‘acontece que’.

Nos Blocos 3 e 5 não houveram nenhuma sugestão de alteração. As alterações realizadas no Bloco 4 foram nos itens 4.1 e 4.4, onde alterou-se a palavra ‘ações’ para a palavra ‘divulgações’ e a palavra ‘concebidas’ para ‘projetadas’ nos itens respectivamente.

Em relação ao preenchimento do questionário, foi considerado de fácil preenchimento por todos os participantes, porém alguns participantes mostraram descontentamento por estarem ocupados com alguma atividade, apesar de o preenchimento do questionário não levar mais do que 10 minutos.

Quanto ao método de aplicação, o método utilizado foi o autoaplicável sendo de extrema importância uma boa apresentação do questionário aqueles que irão respondê-lo, uma vez que para responder corretamente os itens deve-se levar em consideração os subtítulos de cada bloco.

No reteste, a maioria dos participantes referiu que o questionário estava mais claro e mais fácil de entender. No item 2.5 alteramos ‘permanentes’ para ‘de rotina’ levando em consideração o coeficiente alpha de Cronbach baixo de 0,414. Considerando o mesmo motivo, os itens 2.8, 2.9, 2.10 e 4.1 tiveram alterações devido ao índice de alpha de Cronbach baixo (Tabela 2) onde alteramos a disposição das palavras na frase.

**Tabela 2.** Características sociodemográficas dos participantes

<b>Tabela 2- Características sociodemográficas e ocupacionais dos participantes</b>		
<b>- Espaço de dias entre as aplicações</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
10 – 12 dias;	23	65,7%
13 – 15 dias;	08	22,8%
16 – 18 dias;	04	11,4%

<b>- Instituição/Hospital</b>		
Hospital A;	16	45,7%
Hospital B;	09	25,7%
Hospital C;	10	28,6%
<b>- Média de Idade (anos)</b>	<b>40,3</b>	<b>-</b>
<b>- Idade mínima-máxima (anos)</b>	<b>25 – 61</b>	<b>-</b>
<b>- Sexo</b>		
Feminino	23	65,7%
Masculino	11	31,42%
<b>- Estado civil</b>		
Solteiros	13	37,14%
Casados	17	48,57%
Divorciados	05	14,28%
<b>- Cargo</b>		
Enfermeiro (a)	06	17,14%
Técnico (a) em Enfermagem	23	65,7%
Médico (a)	06	17,14%
<b>- Escolaridade</b>		
Ensino Médio	11	31,4%
Ensino Superior	05	14,3%
Pós-graduação	19	54,3%
<b>- Carga Horária</b>		
20 horas semanais	06	17,14%
40 horas semanais	21	60%
60 horas semanais	08	22,85%
<b>- Tempo no setor (anos)</b>		
2 – 5	14	40%
6 – 9	04	11,42%
10 – 13	04	11,42%
14 – 17	07	20%
18 – 21	03	8,5%
Acima de 21 anos	03	8,5%

Fonte: autores, 2021

## CONFIABILIDADE

Levando em consideração o Manual de Cirurgias Seguras Salvam Vidas da OMS<sup>1</sup> podemos entender que ao responder o QIOSC o participante que possui conhecimento teórico

no *checklist* escolheria determinadas alternativas nas opções Likert. Diante disso, no Bloco 1, 3 e 4 as opções “Concordo” e “Concordo plenamente” foram consideradas as respostas esperadas de um profissional que obtém conhecimento teórico no *checklist*. Porém no Bloco 2, as opções “Discordo” e “Discordo totalmente” foram as tidas como as respostas para esses itens. Assim sendo, foi possível levantar a porcentagem de conhecimento teórico sobre o *checklist* em cada item do questionário por parte dos participantes, Tabela 3.

**Tabela 3.** Porcentagem de conhecimento teórico do primeiro reteste.

<b>PORCENTAGEM DE ACERTOS</b>	
<b>ITEM</b>	<b>%</b>
1.1	94,30%
1.2	94,30%
1.3	97,10%
1.4	80,00%
1.5	97,10%
1.6	88,67%
2.1	40,00%
2.2	88,50%
2.3	65,70%
2.4	82,90%
2.5	80,00%
2.6	71,40%
2.7	28,60%
2.8	54,20%
2.9	40,00%
2.10	42,90%
2.11	40,00%
2.12	88,50%
2.13	22,90%
2.14	54,30%
2.15	60,00%
2.16	45,70%
2.17	60,00%
2.18	48,50%
3.1	97,20%
4.1	71,50%
4.2	74,30%
4.3	85,70%

4.4	82,80%
4.5	77,10%
4.6	77,20%
<b>5</b>	-
SIM	48,60%
NÃO	45,70%
NÃO SEI	5,70%

Fonte: autores, 2021

As pessoas que se consideraram suficientemente informadas e capacitadas sobre o uso e a utilidade do *checklist* no item 5 foram cerca de 48,6%, as que não se consideraram capacitadas suficientemente foram cerca de 45,7% e as que não sabiam se foram suficientemente capacitadas foram 5,7%. Com esses dados temos uma controvérsia, pois apesar de no Bloco 2 haver algumas porcentagens baixas, demonstrando assim um baixo conhecimento naquele item, quase metade da amostra se considera suficientemente informada e capacitada sobre o *checklist*. A validação da tradução do QIOSC - versão português será avaliada em amostra maior àquela utilizada neste estudo.

Dois obstáculos merecem ser destacados. O primeiro está relacionado com a amostra por conveniência, que pode limitar o potencial generalizador dos resultados. O segundo obstáculo foi em relação ao preenchimento do questionário durante o horário de trabalho. Apesar de levar apenas alguns minutos em seu preenchimento alguns profissionais reclamaram devido a correria do trabalho.

Associamos esse resultado com o descontentamento por parte dos técnicos em enfermagem em relação a utilização do *checklist* de cirurgia segura, uma vez que a maioria desses relataram que enquanto preenchiam o questionário a equipe médica não participava e os mesmos se sentiram ignorados.

**Tabela 4.** Resultados do Alpha de Cronbach

<b>ESTATÍSTICAS DE CONFIABILIDADE</b>			
<b>ITEM</b>	<b>ALPHA DE CRONBACH</b>	<b>VARIÂNCIA DE ESCALA SE O ITEM FOR EXCLUÍDO</b>	<b>MÉDIA DO VALOR DO ALPHA DE CRONBACH</b>

1.1	0,626	0,534	0,482
1.2	0,621	0,252	
1.3	0,377	0,243	
1.4	0,542	0,476	
1.5	0,323	0,255	
1.6	0,558	0,316	
2.1	0,446	0,58	
2.2	0,035	0,316	
2.3	0,629	0,734	
2.4	0,503	0,53	
2.5	0,414	0,408	
2.6	0,589	0,526	
2.7	0,505	0,689	
2.8	0,438	0,593	
2.9	0,068	0,489	
2.10	0,121	0,314	
2.11	0,648	0,482	
2.12	0,358	0,417	
2.13	0,56	0,407	
2.14	0,541	0,457	
2.15	0,596	0,894	
2.16	0,215	0,856	
2.17	0,525	0,622	
2.18	0,54	0,714	
3.1	0,722	0,24	
4.1	0,468	0,711	
4.2	0,536	0,445	
4.3	0,735	0,518	
4.4	0,499	0,516	
4.5	0,618	0,373	
4.6	0,497	0,634	
5	0,556	0,373	

Fonte: autores, 2021

## CONCLUSÕES

O presente estudo contribuiu para disponibilizar um instrumento compreensível e viável para autoaplicação a amplo número de usuários para a avaliação da opinião do uso do *checklist* no Brasil. Isso possibilita a melhoria do cuidado e assistência aos pacientes em processo de cirurgia no Brasil.

O questionário adaptado apresenta consistência interna satisfatória. Possui especial valor em estudos futuros para viabilizar o entendimento da importância da comunicação e a



mudança na cultura hierárquica que, conseqüentemente, aprimora o trabalho em equipe. Todavia, para o uso do QIOSC no Brasil é fundamental a realização de estudos futuros que investiguem sua validade de constructo, critério e reprodutibilidade no contexto nacional utilizando outras amostras representativas, compostas por diferentes grupos regionais, que constitui uma limitação deste estudo. Essa limitação será sanada por meio de um processo contínuo de avaliação do instrumento, cujo processo deve ser sensível à evolução do construto do instrumento.

## REFERÊNCIAS

1. OMS-Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; tradução 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.
2. Silva FAA, Silva AGN. A equipe de enfermagem na cirurgia segura: desafios para adesão ao protocolo. *Rev. Enferm. UFPI*. 2017, ABR-JUN; 6 (2) p. 23-29. DOI: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v6i2.5844>.
3. Oliveira AC, Abreu AR, Almeida SS. Implementação do check list de cirurgia segura em um Hospital Universitário. *Rev. Enferm. Foco*. 2017; 8 (4): 14-18. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n4.972>.
4. Pancieri AP, Santos BP, Avila MAG, Braga EM. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. *Rev. Gaúcha Enferm*. Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 71-78, Mar. 2013 . DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100009>.
5. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009 Jan 29;360(5):491-9.

DOI:10.1056/NEJMsa0810119.

6. De JE, Gunnarsson R, Ho YH. Implementation of the World Health Organization Surgical Safety Checklist Correlates with Reduced Surgical Mortality and Length of Hospital Admission in a High-Income Country. *World J Surg*. 2018 Jun 12. DOI:[10.1007/s00268-018-4703-x](https://doi.org/10.1007/s00268-018-4703-x).
7. Mafra CR, Rodrigues MCS. Lista de verificação de segurança cirúrgica: Uma revisão integrativa sobre benefícios e sua importância. *Rev Fund Care Online*. 2018 jan./mar.; 10(1):268-275. DOI:<https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.268-275>.
8. Santos JS, Souza DO, Morais AC, Santana CLM, Rodrigues US, Rodrigues EP. Teste piloto de check list de cirurgia segura: relato de experiência. *Rev. Enferm. UFPI*. 2017. JAN-MAR; 6 (1), p. 76-79. DOI:<https://doi.org/10.26694/reufpi.v6i1.5648>.
9. Sokhanvar M, Kakemam E, Goodarzi N. Implementation of the surgical safety checklist in hospital of Iran; operating room personnel's attitude, awareness and acceptance. *Int J Health Care Qual Assur*. 2018 Jul 9;31(6):609-618. DOI: 10.1108/IJHCQA-03-2017-0051.
10. Mohamed AT, Manel M, Wiem A, Fatma G, Mohamed BD. The checklist in operating rooms, as perceived by Tunisians caregivers. *La tunisie medicale*. 2017; 95 (02): 115-119.
11. HAS.Haute Autorité de Santé. Etude sur l'implantation et l'utilisation de la checklist « sécurité du patient au bloc opératoire ». 2012. DOI: [http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/rapport\\_epsilon\\_has\\_checklist.pdf](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/rapport_epsilon_has_checklist.pdf)
12. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000; 25 (24):3186-91.
13. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev. de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998. Ed. Especial.