

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

ALINE CARRILHO MENEZES

**ADAPTAÇÃO CULTURAL DO INSTRUMENTO "*LATINO STUDENTS*
PATIENT SAFETY QUESTIONNAIRE (LSPSQ)" PARA ESTUDANTES
BRASILEIROS**

DIVINÓPOLIS

2018

ALINE CARRILHO MENEZES

**ADAPTAÇÃO CULTURAL DO INSTRUMENTO "*LATINO STUDENTS
PATIENT SAFETY QUESTIONNAIRE (LSPSQ)*" PARA ESTUDANTES
BRASILEIROS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal São João del Rei, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem.

Linha de Pesquisa: O Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Regina Ferreira Pereira da Mata

Coorientadora: Profa. Dra. Adriana Silvina Pagano

Divinópolis

2018

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

Assinatura: _____ Data ____/____/____

Menezes, Aline Carrilho.

Adaptação cultural do instrumento "*Latino Students Patient Safety Questionnaire (LSPSQ)*" para estudantes brasileiros/ Aline Carrilho Menezes.—Divinópolis, 2018.

190 p; il.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Regina Ferreira Pereira da Mata.

Coorientadora: Profa. Dra. Adriana Silvina Pagano.

Dissertação (Programa de Pós-Graduação- Mestrado Acadêmico em Enfermagem)- Universidade Federal de São João del Rei- Campus-Centro Oeste- Dona Lindu. Divinópolis, 2018.

1. Segurança do paciente. 2. Estudos de validação. 3. Escalas. 4. Ensino. 5. Currículo.



ATA DE DEFESA DE MONOGRAFIA, TCC, DISSERTAÇÃO OU TESE

CANDIDATO(A): Aline Carrilho Menezes

NÍVEL: () Especialização (X) Mestrado () Doutorado

DATA DA DEFESA: 28/02/2018

HORÁRIO DE INÍCIO: 14:00



LOCAL: Sala 304C

MEMBROS DA BANCA		FUNÇÃO	TÍTULO	INSTITUIÇÃO DE ORIGEM
NOME COMPLETO	CPF			
Luciana Regina Ferreira da Mata	062324816-66	Presidente	Doutora	UFSJ
Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro	014362866-37	Membro 1	Doutora	UFSJ
Tania Couto Machado Chianca	477904746-34	Membro 2	Doutora	UFMG

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO:

Adaptação cultural do instrumento "Latino Students Patient Safety Questionnaire (LSPSQ)" para estudantes brasileiros

Em sessão pública após exposição de 46 min. O candidato foi arguido oralmente pelos membros da banca durante o período de 65 min., tendo a banca chegado ao seguinte resultado:

Aprovação por unanimidade.

Aprovação somente após satisfazer as exigências que constam na folha de modificações, no prazo fixado pela banca (não superior a quarenta e cinco dias).

Reprovação.

Na forma regulamentar, foi lavrada a presente ata, que é abaixo assinada pelos membros da banca, na ordem acima relacionada e pelo candidato.

Local e data: Divinópolis, 28 de fevereiro 2018

Presidente: [Assinatura] Membro 1: [Assinatura]

Membro 2: [Assinatura] Membro 3: _____

Candidato: Aline Carrilho Menezes

Obs.: O aluno deverá encaminhar à coordenação do curso, no prazo máximo de 30 dias os exemplares definitivos da dissertação ou tese.

DEDICATÓRIA

A Deus por me conceder a vida e a oportunidade de aprender a cada dia, pois presenteou-me com inteligência, perseverança, força de vontade e dedicação para enfrentar todos os desafios no percurso da vida.

*À minha amada mãe **Angelina Vasconcelos Carrilho Menezes**, por permitir que o desígnio de Deus se concretizasse, pois aceitou-me receber em seu lar com todo amor e carinho e, com certeza, educou-me nos princípios da “Lei do amor”, pautados na ética, moral e respeito ao próximo.*

*Ao meu amado pai **Wellington Teles de Menezes**, que sempre se fará presente, mesmo ausente deste plano. Com certeza, foi um eterno admirador da ciência, incentivou-me a ser uma pessoa e profissional a cada dia melhor. É nas doces lembranças que reconecto com ele.*

*Às minhas amadas irmãs **Cássia Cristina Carrilho Menezes** e **Lívia Carrilho Menezes** pela amizade, apoio, paciência e amor sempre constantes na minha vida.*

*Ao meu amado esposo **Alessandro Tavares dos Santos**, companheiro e parceiro de vida, sempre presente em qualquer circunstância, mesmo quando eu estava ausente, oferece-me incondicionalmente amor, carinho, paciência, auxílio e incentivo em todos os momentos da minha vida.*

*Aos meus familiares e amigos por compreenderem minha ausência e por acreditarem no meu potencial. Em especial, à minha amada avó materna **Antônia Francisca de Menezes**, que partiu deste plano físico, no primeiro ano do Mestrado, por incentivar-me e acreditar que eu seria capaz de enfrentar qualquer desafio e à minha madrinha **Elenita Vasconcelos Carrilho Ribeiro**, por amar-me de uma forma tão doce e compartilhar das mesmas convicções.*

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por toda a graça recebida, pela força e grandeza que se faz presente em todos os momentos da minha vida, por segurar-me no colo e mostrar-me luz todas as vezes em que achei que não seria capaz. Agradeço a Ti por ser a rocha que sustenta minha vida e sempre me aponta soluções quando me sinto exausta e incapaz de resolver os desafios.

Aos meus **pais e irmãs**, pelo amor incondicional, respeito e incentivo às minhas escolhas e por sempre estarem presentes em todos os momentos da minha vida.

Ao meu esposo **Alessandro Tavares dos Santos**, pelo amor, respeito, cumplicidade, incentivo e palavras encorajadoras nos momentos difíceis experimentados neste percurso. Você é o meu porto-seguro, minha base e sustentação. É bálsamo para dores físicas e da alma, preenche e aquece meu coração todos os dias. Aprendo muito com sua calma, docilidade e persistência, qualidades que me fazem amar-te cada dia mais.

Aos meus sogros **Antônio Tavares dos Santos** e **Maria da Conceição dos Santos**, pelo apoio, companheirismo e acolhimento.

À minha orientadora **Profa. Dra. Luciana Regina Ferreira Pereira da Mata**, fonte constante de inspiração; agradeço-lhe por toda a paciência, conhecimentos compartilhados e respeito. Você é uma pessoa admirável pela competência, conhecimento, esforço, disciplina, inteligência, firmeza, docilidade e altruísmo. Obrigada por acreditar que eu conseguiria e por não me deixar desistir deste sonho, pois você ofereceu-me várias oportunidades e mostrou-me que posso alçar voos grandiosos.

À minha coorientadora **Profa. Dra. Adriana Silvina Pagano**, pelo acolhimento tão caloroso, pelos ensinamentos preciosos compartilhados, pela paciência e esforço a mim dispensados. Serei eternamente grata a Deus por ter tê-la conhecido e permitir que você me direcionasse pelos caminhos que, muitas vezes, pareciam tortuosos.

Aos **colegas de jornada acadêmica e professores** do Programa de Pós-graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal São João del-Rei (UFSJ) pelos ensinamentos partilhados e experiências prazerosas, com certeza, a convivência com

vocês fez nascer flores entre as rochas e perfumar o caminho solitário e obscuro. Agradeço, em especial, à **Mariana Ferreira Vaz Gontijo Bernardes** e **Graziele de Carvalho Lemos**, “parceiras de vida acadêmica”, que contribuíram muito para meu crescimento profissional e científico.

Aos **novos colegas de jornada acadêmica** da Universidade Federal de Minas Gerias (UFMG) e às professoras **Profa. Dra. Adriana Silvina Pagano**, **Profa. Dra. Ilka Afonso** e **Profa. Dra. Heloisa Torres**, pelos conhecimentos compartilhados na disciplina isolada que fiz, pois pude descobrir um “universo” de possibilidades para alcançar meus resultados e objetivos tão sonhados. Obrigada por permitirem este intercambio de conhecimentos.

Aos alunos e profissionais da área de linguística e tradução da Faculdade de Letras (FALE) e do Núcleo de Pesquisa em Gestão, Educação e Avaliação em Saúde (NUGEAS) da UFMG, em especial, à **Júlia Santos Nunes Rodrigues** e à **Sumaya Giarola Cecilio**, por me ensinarem com paciência e dedicação a trabalhar com novos métodos de pesquisa. Obrigada por serem tão disponíveis.

À **Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ)** representada por todos os **professores** com quem convivi, no ano de 2015 (Departamento de Saúde do Adulto e Idoso e de outras áreas de conhecimento), quando fui professora substituta. Agradeço-lhes pela força, empenho, incentivo e oportunidade de aprendizado. Obrigada por acreditarem em mim e investirem no meu potencial.

Aos **meus antigos mestres da Universidade Estadual de Minas Gerais (UEMG)**, professores: Valéria Conceição, Daniel Cortez, Eliete Albano, Heloísa Rennó, Juliano Moraes, Alexandre Silva, Richardson, Tarcísio, Raquel Assunção, Eduardo, Letícia Januário, Nadja, Virgínia, Márcia, Fernanda Marcelino, dentre outros, por nunca desistirem de mim. Obrigada por me ajudarem a persistir nos meus ideais.

Às minhas amigas do coração e professoras **Dra. Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro**, **Dra. Tatiane Prette Kuznier** e **Dra. Cristiane Chaves de Souza**, serei eternamente grata a tudo que me ensinaram e proporcionaram de aprendizado. Obrigada pelo empenho e paciência, durante horas e dias, antes mesmo que eu viesse a participar do processo seletivo para o Mestrado. Saibam o quanto foram importantes neste processo, pois, além do

aprendizado acadêmico, vocês ajudaram-me a fortalecer minha fé. A presença de vocês foi crucial para o desenvolvimento deste projeto.

À **Cissa Azevedo** e **Carolina Penha**, pelo empenho, compartilhamento de experiências e aprendizado. Em particular, agradeço imensamente à Carol pelos momentos de parceria, pude aprender muito com sua vivência. Hoje tenho clareza da importância do trabalho desenvolvido por uma equipe interdisciplinar, pois podemos comprovar o quanto ele faz toda diferença para a assistência mais segura ao paciente.

À **Escola de Enfermagem São João de Deus (EESJD)** e ao **Hospital São João de Deus (HSJD)**, locais em que me moldei como profissional; ensinaram-me todo o carisma, amor, respeito ao próximo, dedicação e conhecimento que adquiri, ao longo destes doze anos, que integro o quadro de funcionários. Tenho a convicção de que esta instituição contribuiu bastante com a construção da profissional e ser humano em que me tornei. Obrigada a todos os amigos e colegas que me incentivaram e permitiram que eu buscasse conhecimento para melhorar ainda mais a prestação de serviços aos pacientes, alunos e a comunidade.

À minha amada e sábia professora de inglês **Camille Chacon Khan**, que levarei eternamente no meu coração. Você é muito especial, um ser humano espetacular, ensinou-me a enxergar o mundo por outro prisma! Nossa ligação transcende a este plano.

Aos **meus amigos e afilhados** que me apoiam e estão sempre presentes em todos os momentos. A vida se torna leve e doce com a convivência com vocês: Helen, Bruno, Ana Beatriz, Geralda (Gegê), Edjahson (Ed), Rafael (Rafa), Camila, Fernando, Pablo, Jaqueline, Ilmara, Juan, Arthur, Victor, Juliana, Ana Luísa, Adones, Anderson, Miguel, Alice, Marco Aurélio, Janaína Valente, Sara Teles, Aline Ferreira, Alexandre Ernesto e família, Juliano e família e Kássia Lemos. Em especial, agradeço às minhas duas queridas “migas-irmãs” (Helen Ribeiro e Geralda) e suas respectivas famílias por me acolherem com tanto amor, ensinarem-me que somente com a presença Divina e com amor vencemos os obstáculos e desafios da vida. Obrigada pela cumplicidade, aconchego, firmeza, companheirismo, dedicação e amor. Sigo certa de que todos estes sentimentos amenizaram todos os desgastes físicos e emocionais que tive e fizeram esta trajetória valer a pena.

Aos **meus alunos do Curso Técnico em Enfermagem da EESJD e do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSJ**, por me permitirem ensinar e aprender, impulsionarem-me a buscar novos horizontes e confirmarem meu compromisso ético com a educação.

Aos **pacientes/ usuários** que já receberam algum tipo de cuidado prestado por mim, ao longo destes anos, obrigada por me concederem a oportunidade de exercer minha profissão com amor e dedicação e, principalmente, confiarem nos meus conhecimentos. Busco aperfeiçoar-me para atender com excelência a todos que necessitarem dos cuidados de enfermagem.

Ao autor principal do questionário original **José Joaquín Mira**, por ter permitido a tradução e adaptação cultural do "Latino Students Patient Safety Questionnaire (LSPSQ)" para o português brasileiro.

Aos **profissionais da área da saúde e da linguística** que participaram nas fases de tradução e adequação cultural do instrumento. Agradeço-lhes pela disponibilidade e empenho em contribuir para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos coordenadores dos Cursos de Graduação em Enfermagem e Medicina da UFSJ (**Profa. Dra. Patrícia Perez de Oliveira, Prof. Dr. Humberto Ferreira de Oliveira Quites, Profa. Dra. Andressa Vinha Zanúncio e Prof. Dr. Gustavo Machado Rocha**) e da Escola de Enfermagem da UFMG (**Profa. Dra. Flávia Sampaio Latini Velasquez e Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa**), por autorizarem a coleta de dados on-line, bem como a **todos os alunos do último ano do Curso de Enfermagem e aos alunos dos dois últimos anos do Curso de Medicina** que contribuíram para a realização deste estudo.

Aos **membros da banca examinadora**, por terem aceitado participar da avaliação desta pesquisa e pelas explicitações pertinentes. Em especial, agradeço a professora **Dr^a Tânia Couto Machado Chianca** pela disponibilidade, atenção, carinho e conhecimentos compartilhados. Sem dúvida, exímia docente e pesquisadora, dotada de uma sensibilidade admirável!

“Educação não transforma o mundo. Educação muda as pessoas. Pessoas transformam o mundo.”

Paulo Freire

MENEZES, A. C. **Adaptação cultural do instrumento “Latino Students Patient Safety Questionnaire (LSPSQ)” para estudantes brasileiros.** 2018. 190 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de São João del-Rei, Divinópolis, 2018.

RESUMO

Adaptar culturalmente o instrumento “*Latino Students Patient Safety Questionnaire (LSPSQ)*” para estudantes brasileiros dos cursos de graduação em Enfermagem e Medicina. O instrumento originalmente desenvolvido na língua espanhola tem por intuito avaliar os conhecimentos e atitudes de estudantes de enfermagem e medicina inseridos em estágio supervisionado na área hospitalar sobre segurança do paciente. Trata-se de um estudo metodológico, fundamentado pelos pressupostos de Beaton et al. (2000, 2007), realizado em seis etapas: tradução inicial, síntese das traduções, retrotradução (*backtranslation*), análise pelo comitê de especialistas, pré-teste e apresentação dos relatórios gerados no processo de adaptação cultural para os autores do instrumento original. A validação de conteúdo foi realizada mediante análise das equivalências semântica, idiomática, conceitual, experiencial, de itens e operacional pela equipe pesquisadora. Na etapa do comitê de especialistas, participaram 10 juízes da área da saúde e 10 da área da linguística aplicada e estudos de tradução. A coleta de dados foi realizada *on-line* por meio da plataforma gratuita *web e-Surv*. O pré-teste foi realizado presencialmente e *on-line* por meio da plataforma citada com 19 estudantes de medicina e 19 de enfermagem. O índice de concordância considerado foi $\geq 90\%$ para ambas as etapas. As etapas de tradução, síntese das traduções e retrotradução (*backtranslation*) apresentaram necessidade de pequenos ajustes ortográficos e linguísticos, para refinamento do instrumento, quanto à compreensibilidade e validade aparente. Na primeira rodada de avaliação pelo comitê de especialistas, dos 27 itens (cinco dimensões, 21 afirmativas e orientações de preenchimento do LSPSQ) cadastrados na plataforma *e-Surv*, 21 itens apresentaram concordância abaixo de 90%, necessitando de ajustes linguísticos, semânticos, culturais, correções ortográficas e concordância verbal. Na segunda rodada, realizada pela equipe de pesquisadores, foram realizadas todas as correções sugeridas pelo comitê de especialistas. Nesta etapa, houve a necessidade de preservar o sentido das afirmações o mais próximo da versão original. Na etapa do pré-teste, 21 afirmativas e as orientações de preenchimento do instrumento LSPSQ foram cadastradas na plataforma *on-line* para análise da compreensão do texto traduzido e adaptado para o português brasileiro pelos estudantes de medicina e enfermagem. Das 21 afirmativas, apenas três tiveram concordância abaixo de 90%, havendo readequação dos itens e formulação da versão-final.

Constatou-se boa equivalência semântica, idiomática, cultural, conceitual, de itens e operacional entre a versão final em português e a original em espanhol. O processo de tradução e adaptação apresentou adequação, quanto à validade de conteúdo, na análise de equivalências e na compreensão pelos participantes no pré-teste, sendo também aprovado pelos autores da versão original. Considera-se que o instrumento LSPSQ é uma ferramenta útil e adequada para fornecer aos professores, preceptores ou tutores, lideranças universitárias e instituições de ensino, parâmetros para o desenvolvimento de competências e habilidades específicas na área da segurança do paciente. O LSPSQ poderá apontar o que deverá ser trabalhado ou modificado nas aulas, nas vivências práticas e nos estágios supervisionados.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Currículo. Estudos de validação. Escalas. Ensino. Enfermagem.

MENEZES, A.C. **Cultural adaptation of the instrument "Latino Students Patient Safety Questionnaire (LSPSQ)" for Brazilian students.** 2018. 190p. Thesis (Master degree) - Postgraduate Program Master's Degree in Nursing Universidade Federal de São João del-Rei, Divinópolis, 2018.

ABSTRACT

To culturally adapt the instrument "Latino Students Patient Safety Questionnaire (LSPSQ)" for Brazilian undergraduate students in Nursing and Medicine. The instrument, originally developed in the Spanish language, aims to evaluate the knowledge and attitudes of nursing and medical students enrolled in supervised internship on patient safety in the hospital area. This is a methodological study based on the assumptions of Beaton et al. (2007,2000), carried out in six stages: initial translation, translations synthesis, backtranslation, analysis by the committee of experts, pre-test and presentation of the reports generated in the cultural adaptation process for the original instrument authors. Content validation was performed by analyzing the semantic, idiomatic, conceptual, experiential, items and operational equivalences by the research team. At the stage of the experts committee participated 10 judges from the health area and 10 from the applied linguistics and translation studies area. Data collection was performed online through the free e-Surv web platform. The pre-test was carried out in person and online through the mentioned platform with 19 medical students and 19 nursing ones. The concordance index considered was $\geq 90\%$ for both steps. The translation, translation synthesis and backtranslation stages presented a small need for orthographic and linguistic adjustments for refinement of the instrument regarding comprehensibility and apparent validity. In the first evaluation round by the experts committee, of the 27 items (five dimensions, 21 affirmations and guidelines for completing the LSPSQ) registered in the e-Surv platform, 21 items presented agreement below 90%, requiring linguistic, semantic, cultural adjustments, orthographic corrections and of verbal agreement. In the second round, the researchers' staff carried out all the corrections suggested by the expert committee. At this stage, there was a need to preserve the meaning of the affirmations as close as possible to the original version. In the pre-test stage, 21 affirmations and the guidelines for completing the LSPSQ instrument were registered in the online platform for analysis of the text comprehension translated and adapted to Brazilian Portuguese by medicine and nursing students. Of the 21 affirmations, only three had agreement below 90%, with items readjustment and formulation of the final version. Good semantic, idiomatic, cultural, conceptual, items and operational equivalence between the final Portuguese version and the

original Spanish version were found. The translation and adaptation process presented adequacy regarding content validity in the equivalences analysis and comprehension by the participants in the pre-test, being also approved by the authors' original version. It is considered that the LSPSQ instrument is a useful and adequate tool to provide teachers, preceptors or tutors, university leaderships and educational institutions, parameters for the specific skills development and abilities in the patient safety area. The LSPSQ can indicate what should be worked or modified in the classes, practical experiences and supervised internships.

Keywords: Patient safety. *Curriculum*. Validation studies. Scales. Teaching. Nursing

MENEZES, A.C. **Adaptación cultural del instrumento “Latino Students Patient Safety Questionnaire (LSPSQ)” para estudiantes brasileños.** 2018. 190p. Disertación (Máster)-Programa de Graduados Máster Académico en Enfermería, Universidade Federal de São João del-Rei, Divinópolis, 2018.

RESUMEN

Adaptar culturalmente el instrumento “*Latino Students Patient Safety Questionnaire (LSPSQ)*” para estudiantes brasileños de los cursos de grado en Enfermería y Medicina. El instrumento, originalmente desarrollado en la lengua española, tiene por objetivo evaluar los conocimientos y actitudes de estudiantes de enfermería y medicina insertados en prácticas tuteladas en el área hospitalaria sobre seguridad del paciente. Se trata de un estudio metodológico fundamentado por los presupuestos de Beaton *et al.* (2007,2000), realizado en seis etapas: traducción inicial, síntesis de las traducciones, traducción de respaldo (*backtranslation*), análisis por el comité de especialistas, pre-prueba y presentación de los informes generados en el proceso de adaptación cultural para los autores del instrumento original. La validación de contenido fue realizada mediante análisis de las equivalencias semántica, idiomática, conceptual, experiencial, de ítems y operacional por el equipo investigadora. En la etapa del comité de especialistas participaron 10 jueces del área de la salud y 10 del área de la lingüística aplicada y estudios de traducción. La recolección de datos fue realizada *online* por medio de la plataforma gratuita *web e-Surv*. La pre-prueba fue realizada presencialmente y *online* por medio de la plataforma citada con 19 estudiantes de medicina y 19 de enfermería. El índice de consenso considerado fue $\geq 90\%$ para las dos etapas. Las etapas de traducción, síntesis de las traducciones y traducción de respaldo (*backtranslation*) presentaron necesidad de pequeños ajustamientos ortográficos y lingüísticos para mejora del instrumento en cuanto a la comprensibilidad y validez aparente. En la primera ronda de evaluación por el comité de especialistas, de los 27 ítems (cinco dimensiones, 21 afirmativas y orientaciones de cumplimentación del LSPSQ) registrados en la plataforma *e-Surv*, 21 ítems presentaron concordancia abajo del 90%, ocurriendo readecuación de los ítems y formulación de la versión-final. Se constató buena equivalencia semántica, idiomática, cultural, conceptual, de ítems y operacional entre la versión final en portugués y la original en español. El proceso de traducción y adaptación presentó idoneidad en cuanto a la validez de contenido en el análisis de equivalencias y en la comprensión por los participantes en la pre-prueba siendo también aprobado por los autores de la versión original. Se considera que el instrumento LSPSQ es una herramienta útil y adecuada para suministrar a los profesores,

preceptores o tutores, liderazgos universitarios e instituciones de enseñanza, parámetros para el desarrollo de cualificaciones y habilidades específicas en el área de la seguridad del paciente. El LSPSQ podrá apuntar lo que deberá ser trabajado o modificado en las clases, en las vivencias prácticas y en las prácticas tuteladas.

Palabras Llave: Seguridad del paciente. Currículo. Estudios de validación. Escalas. Enseñanza. Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa conceitual da Classificação Internacional sobre segurança do paciente.....	43
Figura 2 - Tipos de erros	46
Figura 3 - Modelo do queijo suíço proposto por James Reason (2000).....	46
Figura 4 - Estrutura do Marco Australiano sobre Educação em Segurança do Paciente (2005).....	63
Figura 5 - Modelo Teórico da Ação Planejada.....	72
Figura 6 - Mapa conceitual: representação dos domínios do LSPSQ e o referencial teórico. Divinópolis, 2018.	74
Figura 7 - Processo de Adaptação Cultural (ATC) do “ <i>Latino Students Patient Safety Questionnaire (LSPSQ)</i> ”. Divinópolis, 2018.....	89

ARTIGO

Figura 1 - Processo de Adaptação Cultural do “ <i>Latino Students Patient Safety Questionnaire</i> ”	108
Figura 2 - Versão Final do LSPSQ adaptada culturalmente para o português brasileiro.....	116

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Taxonomia Internacional de segurança do paciente	42
Quadro 2 - Conceitos e principais estratégias para análise das equivalências. Divinópolis, 2018.	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP	Atitude proativa para evitar risco à segurança
ATC	Adaptação Transcultural ou adaptação cultural
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APSEF	<i>Australian Patient Safety Education Framework</i>
APSQ	<i>The Attitudes to Patient Safety Questionnaire</i>
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CE	Consciência do erro
CFH	Compreensão do erro humano
CPSI	<i>Canadian Patient Safety Institute</i>
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CS	A complexidade dos sistemas e sua interrelação
EA's	Eventos adversos
EESJD	Escola de Enfermagem São João de Deus
EUA	Estados Unidos da América
FALE	Faculdade de Letras
FCP	Franqueza na Comunicação
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FNEPAS	Fórum Nacional de Educação das profissões na área da saúde
HCS	<i>Health Commission Safety</i>
H-PEPSS	<i>Health Professional Education in Patient Safety Survey</i>
HPPSACS	<i>Health Professionals Patient Safety Assessment Curriculum Survey</i>
HSJD	Hospital São João de Deus
IACS	Infecções associadas ao cuidado de saúde
ICPS	<i>International Classification for Patient Safety</i>
IOM	Instituto de Medicina
IVC	Índice de Validade de concordância
JCI	<i>Joint Commission International</i>
KMO	<i>Kaiser-Meyer-Olkin</i>
LFD	<i>Learning From Defects tools</i>
LSPSQ	<i>Latino Students Patient Safety Questionnaire</i>
MEC	Ministério da Educação

MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
MSSAPS	<i>Medical Student Safety Attitudes and Professionalism Survey</i>
NUGEAS	Núcleo de Pesquisa em Gestão, Educação e Avaliação em Saúde
NUPECES	Núcleo de Pesquisas e Estudos em Cuidar em Enfermagem e em Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OSCE's	<i>Objective Structured Clinical Examinations</i>
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PGENF	Programa de pós-graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem
PNSP	Programa Nacional de Segurança do paciente
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROQUALIS	Centro Colaborador para Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente
PS-ASK	<i>Patient Safety Attitudes, Skills and Knowledge Scale</i>
PSCSE	<i>Patient Safety Competency Self- evaluation tool</i>
PSMMC	<i>Patient Safety Mortality and Morbidity Conference</i>
PUC	Pontifícia Universidade Católica
QSEN	<i>Quality and Safety Education for Nurses</i>
R1	Retrotradutor 1
R2	Retrotradutor 2
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem de Segurança do paciente
RJ	Rio de Janeiro
SAQ	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
SCS	<i>Safety Culture Survey</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TED	Tecnologia Educacional Digital
T1	Tradução 1
T2	Tradução 2
T12	Versão-síntese
UEMG	Universidade Estadual de Minas Gerais
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFSJ	Universidade São João del-Rei

UTI Unidade de Terapia Intensiva
WHO *World Health Organization*

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	23
1 INTRODUÇÃO	26
2 OBJETIVOS	35
2.1 OBJETIVO GERAL	36
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO	37
3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE EM NÍVEL NACIONAL E INTERNACIONAL	38
3.1.1 Classificação Internacional para a segurança do paciente	41
3.1.2 O erro humano e o desafio de práticas seguras	44
3.1.3 Cultura de segurança: gerenciamento dos erros e riscos	48
3.2 CULTURA DE SEGURANÇA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE	51
3.3 ENSINO E APRENDIZAGEM: SEGURANÇA DO PACIENTE	54
3.3.1 Atitude e comportamento dos profissionais de saúde: impacto na assistência segura	69
3.3.2 Teoria da Ação Planejada ou <i>Behavior Planned Theory</i>	71
3.4 PROCESSO DE ADAPTAÇÃO CULTURAL (ATC)	74
4 MÉTODO	83
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	84
4.2 O INSTRUMENTO “LATINO STUDENTS PATIENT SAFETY QUESTIONNAIRE (LSPSQ)”	84
4.3 PROCESSO DE ADAPTAÇÃO CULTURAL (ATC) DO INSTRUMENTO “LATINO STUDENTS PATIENT SAFETY QUESTIONNAIRE (LSPSQ)”	88
4.3.1 Tradução inicial	89
4.3.2 Síntese da tradução	90
4.3.3 Retrotradução (Back-translation)	90
4.3.4 Avaliação do Comitê de especialistas	91
4.3.5 Pré-teste	94
4.3.5.1 Apresentação da documentação para o autor	96
4.3.5.2 Local de realização	96
4.3.5.3 População e amostra de estudo	98
4.3.5.4 Coleta de dados	98

4.3.5.5	Aspectos éticos	99
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	101
5.1	ARTIGO: Adaptação cultural do “<i>Latino Students Patient Safety Questionnaire</i>” para estudantes brasileiros	102
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	132
	REFERÊNCIAS	135
	APÊNDICES	154
	ANEXOS	177

APRESENTAÇÃO

O tema segurança do paciente esteve presente constantemente na minha vivência profissional, sem que eu pudesse compreender, de fato, o que significaria estudá-lo de forma mais detalhada, pois a aproximação com esta temática foi acontecendo de forma gradual.

No ano de 2006, conclui a graduação em Enfermagem e logo me tornei supervisora da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto do Hospital São João de Deus (HSJD), em Divinópolis (MG). Todavia, ainda no mesmo ano, recebi a proposta de supervisionar estágio no campo da Atenção Primária na Universidade Estadual de Minas Gerais (UEMG), para alunos da graduação em Enfermagem e, no campo da Saúde Mental, na Escola de Enfermagem São João de Deus para alunos do Curso Técnico em Enfermagem, o que fez com que eu saísse da UTI.

Desta maneira, fui convidada a integrar o quadro de docentes da escola, por isso, necessitei desligar-me da UEMG. A aproximação com o cenário educacional intensificou-se ainda mais, quando conclui uma especialização em formação pedagógica em educação profissional, na área da saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e tive a confirmação de minha escolha profissional.

Meu vínculo com o HSJD é intenso, pois sou funcionária há 12 anos nesta instituição, a qual me permite buscar a compreensão do conhecimento científico na vivência diária com os alunos e os pacientes.

Em 2015, trabalhei como professora substituta, na Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) e a minha entrada no universo acadêmico despertou-me, para buscar respostas às dúvidas que me acompanhavam, durante anos como docente e apresentou-me formas de tentar compreender certos fenômenos. Comecei a participar de grupos de pesquisa, em particular do Núcleo de Pesquisas e Estudos em Cuidar em Enfermagem e em Saúde (NUPECES), do qual faço parte como aluna e tive a oportunidade de acompanhar duas pesquisadoras, as professoras Dra. Luciana da Mata e a Dra. Tatiane P. Kuznier que estavam desenvolvendo uma tradução, adaptação e validação de um instrumento naquele ano. A profa. Tatiane estava terminando seu doutorado e eu pude participar de parte da coleta de dados.

Logo surgiu a vontade e a necessidade de trilhar um novo caminho, fazer descobertas. Tenho a convicção de que todo o conhecimento adquirido, na minha vivência clínica, trouxe mais robustez e embasamento para o desenvolvimento de investigações científicas.

Diante do exposto, como aluna do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da UFSJ *campus* Dona Lindu, orientanda das professoras Dra. Luciana da Mata e Dra. Adriana Pagano

da UFMG apresento a adaptação cultural do instrumento “*Latino Students Patient Safety Questionnaire (LSPSQ)*” que mensura atitudes e conhecimentos sobre segurança do paciente de estudantes dos cursos de graduação em Enfermagem e Medicina no contexto brasileiro.

Espero com esta pesquisa contribuir para o conhecimento da percepção dos futuros profissionais da saúde acerca da segurança do paciente, tema tão importante e prioritário nos dias atuais. Portanto os resultados poderão trazer fomento para discussões e reflexões em relação às grades curriculares dos cursos da saúde, em relação a esta temática, visando à formação acadêmica de qualidade, para que os futuros profissionais possam prestar uma assistência à saúde ao paciente com mais segurança.

1 INTRODUÇÃO

Nos dias atuais a segurança do paciente tem sido discutida amplamente em todos os cenários mundiais, pois se tornou assunto prioritário para o desenvolvimento de uma assistência livre de danos e sequelas ao paciente. Todavia ainda se faz desafiadora a abordagem dessa temática (BAMPI et al., 2017).

Espera-se que o cuidado em saúde, em qualquer instância de atendimento, seja eficaz, eficiente e resolutivo. Entretanto erros são possíveis de ocorrer. Sendo assim, há necessidade de ampliar as discussões sobre estratégias que possam prevenir e minimizar tais ocorrências.

Define-se segurança do paciente por ações coletivas e individuais que visam à redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário ao paciente originado da assistência prestada, durante a sua permanência no serviço de saúde e que não tenha relação com a enfermidade que o acomete (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a).

Nessa perspectiva, o marco histórico que alertou o mundo sobre essa problemática foi a publicação do relatório do *Institute of Medicine* (IOM) intitulado *To err is human: building a safer health care*, em 1999, que se refere a um panorama detalhado sobre falhas na segurança, erros e eventos adversos (EA's) que ocorriam em hospitais norte-americanos. Essa investigação denunciou resultados negativos com estimativa de 44.000 a 98.000 mortes por ano nos Estados Unidos da América (EUA) relacionadas a erros decorrentes de uma assistência à saúde insegura (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Os resultados negativos mencionados estão relacionados, principalmente, aos EA's ou a qualquer tipo de incidente com potencial para gerar lesões ou danos aos pacientes e que, quando bem identificados, contribuem para um gerenciamento de riscos e promoção de um sistema de saúde mais seguro (CAPUCHO; CASSIANI, 2013).

A assistência insegura pode aumentar o tempo de hospitalização, elevar os números de casos de infecções hospitalares, ocasionar sofrimento psíquico ao paciente, aos familiares e aos profissionais de saúde envolvidos. Além disso, intensifica a chance de aparecimento de novos incidentes, o que pode provocar complicações transitórias ou permanentes, levar ao óbito e gerar maiores custos assistenciais. Cabe ressaltar que a maioria destes eventos é evitável, por isso, a necessidade constante de planejar e estruturar um processo em cuidar pautado nos pilares da qualidade (COUTO; PEDROSA; ROSA, 2016; RAMÍREZ-MARTÍNEZ; PEDRAZA-AVILÉS, 2017; SIMAN; BRITO, 2016).

Diante disso, existe uma necessidade crescente de fortalecer uma cultura de segurança pautada no processo de melhoria contínua dos cuidados prestados ao paciente no contexto

hospitalar, pela busca da qualidade do processo de trabalho, na identificação e notificação de incidentes e no gerenciamento destes riscos (CALDANA et al., 2015; SIMAN; BRITO, 2016).

Logo, a percepção de segurança e a responsabilidade do gerenciamento destes incidentes têm se ampliado. Elas devem envolver as organizações, desde a alta direção a todos os profissionais ligados diretamente ou não aos cuidados prestados ao paciente, com o intuito de investigar, identificar os possíveis riscos e planejar ações de mitigação, prevenção e controle para que tais falhas não ocorram (BAMPI et al., 2017; MELLO; BARBOSA, 2013; RIBEIRO et al., 2016).

Neste sentido, no ano de 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial para a segurança do paciente. Essa Aliança tem a finalidade de instigar a consciência profissional e o envolvimento político, para desenvolverem uma melhor segurança na assistência à saúde e apoiar os estados membros, na execução e planejamento de políticas públicas e no incentivo de boas práticas assistenciais. A Aliança Mundial traçou estratégias, denominadas Desafios Globais para a segurança do paciente. A cada ano, a Aliança prepara programas que visam melhorar essa segurança e, a cada dois anos, um novo desafio é lançado para potencializar o compromisso global e evidenciar assuntos pertinentes para uma área de risco identificada como prioritária em todos os estados membros da OMS (WHO, 2004).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria nº 529/2013, que estabelece quatro eixos de atuação: o estímulo a uma prática assistencial segura, o envolvimento do cidadão na sua segurança, a inclusão do tema no ensino em saúde e o incremento de pesquisa em segurança do paciente (BRASIL, 2014).

Ao analisar o processo ensino-aprendizagem dos futuros profissionais que prestarão o cuidado direto ou indireto aos pacientes, percebem-se algumas lacunas quanto à discussão sobre segurança do paciente. Surgem assim inquietações e questionamentos acerca desses profissionais que, depois de formados, assumirão o seu papel enquanto agentes educadores e transformadores (BOHOMOL; FREITAS; CUNHA, 2016; CASSIANI; ROSA, 2006; CAUDURO et al., 2017; ELLIS, 2009; YOSHIKAWA et al., 2013).

Além das aulas, o ensino é vinculado a outros fatores ainda mais difíceis de controlar, que podem influenciar a elaboração do conhecimento e de práticas futuras. As atitudes corretas ou não dos profissionais de saúde, no campo de prática, muitas vezes, são mais impactantes em nível de apreensão do conhecimento se comparado a uma aula expositiva. Há,

de igual modo, o risco de os graduandos adotarem comportamentos questionáveis, no âmbito da segurança do paciente, em função do risco de uma má avaliação dos preceptores ou em um desejo de se ajustar à equipe (LIAO et al., 2014).

Dessa forma, os desafios relacionados à formação acadêmica ampliam-se a cada dia, revestindo-se de grande complexidade, não só pelo que se leciona nas instituições de ensino, como também pelo que se quer alcançar: a formação adequada desses discentes (BOHOMOL; CUNHA, 2015; PINTO et al., 2016).

Percebe-se que a estrutura curricular das universidades, além disso, opera uma reprodução da prática educacional, baseada nos métodos tradicionais de ensino e há a necessidade de ser transformada. Existem diversos movimentos científicos e iniciativas do Ministério da Saúde (MS) e da Educação (MEC) com o intuito de integrar aos novos conteúdos teóricos e práticos metodologias ativas de aprendizado, as quais permitem uma interação mútua entre todos os envolvidos (BRASIL, 2007, 2010).

Dessa forma, estudos recentes apresentam a inserção das tecnologias de ensino digitais, em ambientes presenciais ou virtuais, que propiciam criar cenas realísticas, com possibilidades de repetição de habilidades e práticas e, principalmente, exercitar o raciocínio clínico. Este método contribui para a formação de profissionais mais críticos, capazes de reconhecer riscos que poderão causar danos (JENSEN et al., 2014; SILVEIRA; COGO, 2017).

Historicamente no Brasil, inúmeras mudanças têm sido propostas, para o direcionamento dos cursos de graduação em saúde, para o contexto da realidade do país, com objetivo de promover mais interação serviço-ensino-comunidade. Em 2004, foi criado o Fórum Nacional de Educação das profissões na área da saúde (FNEPAS) que integra entidades envolvidas com a educação e o desenvolvimento profissional. A finalidade é contribuir para a transformação das profissões da área da saúde, tendo a integralidade e a educação permanente como eixos norteadores (FÓRUM NACIONAL DE EDUCAÇÃO DAS PROFISSÕES NA ÁREA DA SAÚDE, 2006).

O MS e o Ministério da Educação (MEC) instituíram o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde), no ano de 2005 e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), no ano de 2010. Esses programas propõem mudanças nas graduações das áreas da saúde, com o intuito de adequar os perfis profissionais pela formação em serviço (BRASIL, 2005, 2007, 2014).

A partir de 2013, o Pró-Saúde e o PET-Saúde passaram a ter a participação de 120 instituições de Ensino Superior articuladas com as Secretarias Municipais e Estaduais de

Saúde, com 415 grupos PET-Saúde com uma média de 8.069 participantes. Sendo assim, é desejável integrar os conhecimentos sobre segurança do paciente, no processo de formação dos profissionais de saúde, identificando os fatores de risco para a ocorrência de incidentes e o impacto nos sujeitos e no sistema de saúde (BRASIL, 2014).

A temática pode ser discutida, nas diversas atividades dos grupos PET-Saúde, mediante experiências, discussões e proposições de qualificação das variadas ações e atividades desenvolvidas no SUS. O documento de referência do PNSP prevê a inserção do tema, nos cursos de formação em saúde (ensino técnico e de graduação, pós-graduação e educação permanente de profissionais de saúde) em duas etapas. A primeira etapa inclui estratégias de sensibilização e a segunda, por intermédio de uma rede envolvendo instituições formadoras e todos os educadores do país com domínio em segurança do paciente. Outra ferramenta, para a inclusão do assunto nos currículos das graduações de saúde, são as associações brasileiras de educação das diversas profissões da saúde. Entretanto o PNSP não apresenta um direcionamento metodológico da maneira mais eficaz e resolutiva de trabalhar estes conteúdos nos cursos de saúde (BOHOMOL; FREITAS; CUNHA, 2016; BRASIL, 2014).

A importância desta inclusão no processo de formação acadêmica elabora condições para que os alunos despertem, para o entendimento da prática da segurança, em qualquer instância de saúde. Sendo assim, instigados à construção do conhecimento, ainda durante sua formação e treinamento, o desenvolvimento de habilidades e atitudes deve iniciar com a experiência prática contextualizada nos serviços de saúde (BOGARIN et al., 2014; CAUDURO et al., 2017; SMITH et al., 2013).

Cabe ressaltar que, se o aluno aprender a identificar, gerenciar os riscos de maneira efetiva, com abordagem na falibilidade humana, construirá e fortalecerá uma cultura de segurança positiva durante o processo de aprendizado. Dessa maneira, os conceitos de segurança do paciente abordados nos currículos de cursos de saúde demonstram uma melhoria do conhecimento, das habilidades e da conscientização dos alunos em relação à assistência a ser prestada no futuro (LEUNG; PATIL, 2010).

Porém percebe-se, ainda, uma cultura de segurança fragilizada, fragmentada e punitiva, pois perpetua, neste cenário, que “profissionais de saúde não devem e nem podem errar”, fato que desafia a afirmativa “Errar é humano” (BRASIL, 2014).

Essa concepção destaca-se tanto nas organizações de saúde como nas instituições de ensino. Ainda permanece o desafio da interação entre os profissionais no processo, caracterizado pela fragilidade nas relações interpessoais, pela falta de compreensão do erro e

da falibilidade humana, pela fragmentação do conhecimento científico com a práxis, sendo desconsideradas a individualidade e as experiências específicas de cada um (CAUDURO, 2016).

Assim, no ano de 2011, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou o “*Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide*”, que traz diretrizes para facilitar a organização do currículo multidisciplinar de segurança do paciente a ser implementado no ensino superior. Ele foi embasado no *Canadian Patient Safety Institute* (CPSI) e define seis domínios para o desenvolvimento das competências: 1) fortalecimento de cultura de segurança positiva; 2) desenvolvimento do trabalho em equipe; 3) comunicação efetiva; 4) gerenciamento dos riscos de segurança; 5) compreensão e otimização dos fatores humanos e do meio ambiente; 6) identificação, notificação, análise, tratamento e divulgação dos eventos adversos (EA’s) (BRASIL, 2014; WHO, 2011).

O guia curricular sugere algumas metodologias para inserção do tema em currículos já existentes, propondo aulas mais didáticas com simulações, uso de jogos, uso de tecnologias, grupos de discussão, casos clínicos realísticos para desenvolvimento do raciocínio clínico, com o objetivo de aproximar o conhecimento teórico do prático (LOPES, 2015; WHO, 2011).

Desde sua divulgação, as iniciativas pela busca do desenvolvimento das práticas educacionais que convergem para essa problemática têm aumentado. Evidências mostram que tais iniciativas são bem aceitas pelos estudantes e levam a uma ampliação dos conhecimentos, habilidades e atitudes em relação à segurança (KIRKMAN et al., 2015; JENSEN et al., 2014; SILVEIRA; COGO, 2017).

Entretanto, a inclusão do tema na grade curricular de cursos de saúde é pouco observada, pois a prioridade é dada aos estágios clínicos e a outras demandas curriculares (KIRKMAN et al., 2015). Sua abordagem é mais comum, em países desenvolvidos, como Estados Unidos da América (EUA) e Reino Unido. Ainda perfazem desafios a serem enfrentados para sua efetiva implementação em países de baixa e média renda (GINSBURG; DHINGRA-KUMAR; DONALDSON, 2017; LOPES, 2015).

Há poucas evidências sobre a melhor maneira de promover o ensino acerca da segurança do paciente. São necessários melhores investimentos em infraestrutura nas instituições de ensino para contemplar essas questões na sua totalidade e importância (GINSBURG; DHINGRA-KUMAR; DONALDSON, 2017; TEIGLAND et al., 2013).

As principais barreiras encontradas estão relacionadas à pouca infraestrutura educacional, aos escassos recursos financeiros e humanos, dificuldade de integrar o conteúdo de segurança do paciente proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com o

contexto local, falta de conhecimento das lideranças, ausência de envolvimento e cooperação de docentes, dentre outras (GINSBURG; DHINGRA-KUMAR; DONALDSON, 2017).

Em contrapartida, já existem estratégias para estimular o pensamento crítico e raciocínio clínico destes futuros profissionais, ao longo da trajetória acadêmica, como: simulações com manequins em laboratórios; uso de tecnologias educacionais digitais (TED); aprendizagem baseada em problemas; aulas interativas e discussões de casos clínicos (LOPES, 2015).

O ensino de habilidades em cursos da área da saúde deve ser fundamentado em evidências científicas com associação entre teoria e prática. Logo, as atividades curriculares devem abordar a segurança do paciente nos ambientes que permeiam o cuidado, ou seja, os campos de prática, na qual os estudantes estão inseridos. Aulas mais dinâmicas e tecnológicas podem contribuir, para construção de uma cultura de segurança positiva, pois permite ao aluno aperfeiçoar cada vez mais (SILVEIRA; COGO, 2017).

O ensino sobre segurança do paciente no Brasil mostrou-se fragilizado e fragmentado, necessitando aprofundamentos mais sistemáticos. A inserção dessa temática e a unificação desses conteúdos são consideradas uma proposta recente e ainda não fazem parte dos objetivos escolares. Evidências científicas reforçam que os cursos na área da saúde ainda passam por adequação de suas grades curriculares, em relação à segurança do paciente e que há movimentos para que a mudança ocorra (BOGARIN et al., 2014; BOHOMOL; FREITAS; CUNHA, 2016; CAUDURO et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2017). Há pesquisadores engajados em conhecer e compreender as atitudes, habilidades e conhecimentos de estudantes e docentes de cursos da área da saúde em relação à segurança do paciente.

Para isso, questionários com abordagens qualitativas e quantitativas estão sendo desenvolvidos com o intuito de responder a estes questionamentos em vários países. Podem-se citar alguns como: *“Patient Safety and Medical Fallibility Curriculum”*; *“The Attitudes to Patient Safety Questionnaire (APSQ I e II)”*; *“Patient Safety Attitudes, Skills and Knowledge Scale (PS-ASK)”*; *Flins’s Medical Students Patient Safety Questionnaire*; *“Latino Students Patient Safety Questionnaire (LSPSQ)*, *“Questionário Compreensão de alunos de Cursos de graduação em Enfermagem e Medicina sobre segurança do paciente”* (CARRULTHERS et al., 2009; FLIN; O’CONNOR; CRICHTON, 2008; LOPES, 2015; MADIGOSKY et al., 2006; MIRA et al., 2015a; SCHNALL et al., 2008; YOSHIKAWA et al., 2013).

Existem poucos estudos brasileiros que abordam essa problemática, e os principais estão concentrados em cursos de graduação em Enfermagem e Medicina, com poucas evidências retratadas para outros cursos como Farmácia, Fisioterapia, Odontologia e cursos de

pós-graduação, com foco na residência multiprofissional (BOGARIN et al., 2014; BOHOMOL; FREITAS; CUNHA, 2016; CAUDURO et al., 2017; LOPES, 2015; OLIVEIRA et al., 2017; YOSHIKAWA et al., 2013).

Por essa razão, de acordo com a necessidade de se ampliar as pesquisas envolvendo os conhecimentos e atitudes dos estudantes da área da saúde em relação à segurança do paciente, é importante a realização da tradução, adaptação cultural e validação de um instrumento de mensuração que possa auxiliar a produção de dados referentes a tais investigações.

Segundo Alexandre e Coluci (2011), deve-se analisar e avaliar a qualidade de um instrumento de coleta de dados pelos seus atributos: validade, confiabilidade, praticabilidade, sensibilidade e responsividade. No entanto, diante da indisponibilidade de instrumentos nacionais validados, é possível dispor de questionários elaborados em outras culturas, sob condição da adaptação e validação à cultura em que serão utilizados (CHAVES, 2016; CRUCIANE et al., 2011).

O processo de adaptação de um instrumento já elaborado expressa benefícios consideráveis, pois seus itens já foram testados, quanto às propriedades psicométricas em outras populações e culturas e os resultados encontrados permitem comparações dos dados em diversas amostras e cenários. Além disso, esse recurso oferece vantagens, como a economia de tempo, de recursos pessoais e financeiros (BEATON et al., 2000, 2007; BORSA; DAMASIO; BANDEIRA, 2012; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Contudo, a adaptação em outra cultura pode ser considerada um desafio, pois um item do instrumento pode apresentar um conceito bem diferenciado ou nem apresentar sentido em determinado contexto cultural (EPSTEIN; SANTO; GUILLEMIM, 2015). Conseqüentemente, exige rigor teórico e metodológico para manter a similaridade do conteúdo adaptado culturalmente, das suas propriedades psicométricas e das validades interna e externa para a população que está sendo estudada (CASSEPP-BORGES; BALBINOTTI; TEODORO, 2010).

Todavia os instrumentos já desenvolvidos, na sua maioria, não contemplam o aluno inserido no campo de prática hospitalar e não avaliam as suas atitudes em relação aos desafios encontrados durante a realização deste estágio. Grande parte dos estudos tem foco na inserção da temática nas grades curriculares; nas metodologias de ensino adotadas pelos docentes para lecionar segurança; na percepção do docente e do discente em relação a essa nova ciência e instrumentos elaborados direcionados para alunos de graduação em Enfermagem ou Medicina (BOHOMOL; FREITAS; CUNHA, 2016; BOHOMOL; CUNHA, 2015; CAUDURO et al.,

2017; ILHA et al., 2016; LOPES, 2015; MIRA et al., 2015a; OLIVEIRA et al., 2017; SILVEIRA; COGO, 2017; YOSHIKAWA et al., 2013).

Dentre os instrumentos existentes, o “*Latino Students Patient Safety Questionnaire (LSPSQ)*” é um questionário autoaplicável de origem espanhola, elaborado no ano de 2015 e validado em cinco países (Chile, Colômbia, *El-Salvador*, Guatemala e Espanha) em um estudo envolvendo uma amostra de 786 alunos dos cursos de graduação em Enfermagem e Medicina de oito universidades. O instrumento busca mensurar conhecimentos e atitudes destes estudantes inseridos em campos de práticas supervisionados na área hospitalar. Possui propriedades psicométricas bem elaboradas, comprovadas pelos testes estatísticos recomendados pelo processo metodológico de validação descrito adiante (MIRA et al., 2015a).

Logo, neste estudo, propõe-se a adaptação cultural para o Brasil do LSPSQ por sua facilidade de aplicação e por ser um instrumento que tem sido utilizado em diferentes países, possibilitando a futura comparação de dados referentes às atitudes e conhecimentos em segurança do paciente, vivenciada por alunos de cursos de graduação em Enfermagem e Medicina do Brasil com a de outros países.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar a adaptação cultural do instrumento “*Latino Students Patient Safety Questionnaire* (LSPSQ)” para alunos dos cursos de graduação em Enfermagem e Medicina do Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Traduzir o “*LSPSQ*” para o português e uso no contexto brasileiro.
- b) Avaliar as equivalências semântica, idiomática, conceitual, experiencial/cultural, de itens, operacional do “*LSPSQ*” da língua espanhola para a língua portuguesa brasileira.
- c) Realizar o pré-teste em uma amostra de alunos dos cursos de graduação em Enfermagem e Medicina.

3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE EM NÍVEL NACIONAL E INTERNACIONAL

Há na atualidade uma tendência crescente em investigar cientificamente o tema segurança do paciente. No entanto, fatos históricos comprovam que a preocupação com a qualidade da assistência à saúde tem sido evidenciada ao longo de muitos anos.

Hipócrates, conhecido como o pai da medicina, em um contexto elementar das práticas assistenciais, comparado ao nível tecnológico e de informação nos dias atuais, afirmou “*Nunca causarei dano a ninguém*”, traduzido anos mais tarde por “*Primum non nocere*” ou “*primeiro a não causar dano*” (WACHTER; BERQUO, 2010).

Na década de 1840, o médico húngaro Ignaz Semmelweiss estabeleceu medidas simples e econômicas de higienização das mãos com solução clorada por todos os profissionais em uma maternidade, reduzindo a mortalidade por infecção hospitalar. Dessa forma, instituiu uma associação entre incidência de infecções cruzadas e higienização das mãos (COUTO; PEDROSA; NOGUEIRA, 1999).

A enfermeira *Florence Nightingale*, em 1896, foi uma das pioneiras em sistematizar o cuidado prestado aos pacientes, estratificar e classificar as prioridades clínicas, investigar e desenvolver dados estatísticos baseados em indicadores e, principalmente, promover uma assistência que reduziu os casos de infecções e mortalidade dos soldados na Guerra da Crimeia (NIGHTINGALE, 1863).

Em meados de 1910, a discussão sobre qualidade na assistência prestada ganhou destaque com a publicação do “Relatório *Flexner*”. Este documento revelou diversas inconformidades no ensino médico e Abraham Flexner visitou pessoalmente 155 escolas médicas nos Estados Unidos (EUA) e Canadá para avaliar a qualidade do ensino. A partir disso, houve um redirecionamento na formação de profissionais e assistência médica nos EUA (RIBEIRO, 2011).

No mesmo ano, o cirurgião geral do Hospital Geral de *Massachusetts* da Universidade de *Havard*, Ernest Amory Codman, executou um sistema de padronização do resultado final das intervenções médicas em hospitais. Os pacientes foram reavaliados, após um ano da cirurgia, para verificar se houve sucesso na técnica cirúrgica e se o paciente se beneficiou, ou se houve efeitos indesejáveis. Esse sistema permitiu rever o processo de trabalho e aprender com os erros cometidos (RIBEIRO, 2011; MENDES et al., 2005).

Em 1955, Barr reconheceu que o cuidado prestado nos serviços de saúde pode gerar danos e não somente benefícios. O pesquisador acreditava que esses danos eram uma consequência inevitável do avanço da tecnologia da área médica, o que deu origem ao conceito de ‘doenças do progresso médico’ (MENDES et al., 2005).

Tem-se registro na história de avanços considerados primordiais na compreensão dessa temática. James Reason, em 1990, propôs o “Modelo do Queijo Suíço” para melhor entendimento de como os erros ocorrem. Enfatizou que um erro é um resultado de uma falha no sistema, havendo a necessidade de uma abordagem multifatorial do problema (WACHTER; BERQUO, 2010).

No entanto, segurança do paciente ganhou destaque internacional, no ano de 1999, quando o relatório do *Institute of Medicine* (IOM), intitulado *To err is human: building a safer health care* foi publicado. Este documento retrata uma realidade nos hospitais norte-americanos sobre falhas no processo de assistência ao paciente, resultando em dano, sequelas ou óbitos (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Salienta-se que abordar a segurança do paciente remete a discorrer sobre qualidade, pois se busca uma assistência de qualidade para o paciente. Assim, Donabedian (2003) conceitua essa dimensão como produto de dois fatores; o primeiro sendo a ciência e tecnologia de cuidados de saúde, e o segundo, seus propósitos na vivência dos serviços de saúde. Portanto, a qualidade na assistência realizada é fruto destes dois fatores: ciência e tecnologia e sua aplicabilidade nesse contexto.

Nessa perspectiva, em 1994, foi criada a “*Joint Commission International*” (JCI), com a finalidade de auxiliar as instituições de saúde internacionais a aprimorar a assistência prestada aos pacientes, sendo modelo para desenvolvimento de muitos sistemas de Acreditação no mundo. No ano de 1998, foi criado o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), tendo a responsabilidade de gerenciar a aplicabilidade da metodologia proposta pela JCI (THE JOINT COMMISSION, 2011).

Em virtude dessas discussões, no ano de 1999, foi criada a Organização Nacional de Acreditação (ONA), entidade particular, sem fins lucrativos e de interesse público. Sua responsabilidade era instituir um processo contínuo de qualidade na assistência, instigando todas as instituições prestadoras de serviços de saúde a conquistar padrões mais elevados de qualidade e satisfação do usuário. Assim, foi definido o planejamento estratégico, a padronização, a avaliação permanente dos processos de trabalho e resultados dos serviços, como alicerces da missão organizacional (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2010). A ONA define acreditação como um método de racionalização e de

ordenação das instituições de saúde, pois exige um processo constante de educação e mudança de paradigmas dos profissionais envolvidos (ONA, 2010).

Por meio da Portaria MS/GM nº 538/2001, o Ministério da Saúde (MS) reconheceu a ONA como instituição competente e reforçou a instrumentação do processo de acreditação hospitalar (BRASIL, 2001). A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a ONA assinaram um convênio, no ano de 2001, com a finalidade de cooperação técnica e treinamento dos profissionais, o que, juntamente com as sociedades de hematologia, hemoterapia, nefrologia, análises clínicas e patologia clínica, publicaram e divulgaram outros manuais (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2004).

No ano de 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu um compromisso coletivo com diversos países, criando a *World Alliance for Patient Safety*, para o desenvolvimento de estratégias que garantissem uma assistência segura ao paciente. Uma das ações foi denominada Desafios Globais, com a finalidade de promover medidas para reduzir os riscos e mitigar os eventos adversos (EA's) e desenvolvimento de pesquisas baseadas em evidência (WHO, 2008).

Os Desafios Globais são três: “Cuidado Limpo é Cuidado Seguro”, “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” e “Medicação Sem Dano” (WHO, 2005, 2008, 2017). O primeiro, lançado em 2005, teve como objetivo reduzir as infecções associadas ao cuidado de saúde (IACS), por meio da campanha de higienização das mãos (WHO, 2005). O segundo, de 2008, teve a finalidade de melhorar a segurança no tratamento cirúrgico e reduzir a ocorrência de eventos adversos (WHO, 2008). O último, publicado em 2017, visa reduzir em 50% os danos graves e evitáveis associados a medicamentos, em todos os países, nos próximos cinco anos (WHO, 2017).

No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), criado em 2013 pelo MS, define estratégias para a segurança do paciente em serviços de saúde e juntamente com a ANVISA, Portaria nº36/2013, estabelece intervenções obrigatórias em diferentes níveis de atenção, organização e gestão de saúde. , A implantação do gerenciamento do risco e do desenvolvimento de núcleos de segurança do paciente nas instituições de saúde, por exemplo, é obrigatório (BRASIL, 2013b; CALDANA et al., 2015).

O MS, por intermédio das Portarias 1.377 e 2.095 do ano de 2013, preconizou em todo o território nacional seis protocolos, para nortear toda a assistência à saúde, pautados na redução e prevenção de eventos adversos. São eles: cirurgia segura, higiene das mãos, identificação do paciente, prevenção de quedas, segurança medicamentosa e prevenção de lesão por pressão (BRASIL, 2013c, 2013d, 2014).

O núcleo de segurança do paciente deve ser constituído por profissionais de diversas áreas de atuação do serviço que estejam envolvidos diretamente ou não na assistência ao paciente. Tem como função proporcionar debates sistematizados sobre a segurança e elaborar ações individuais e coletivas, para gerenciar os riscos, no sentido de prevenir, controlar e mitigar os eventos adversos (BRASIL, 2013b).

Por fim, nota-se um avanço crescente de ações desenvolvidas no país com o intuito de fortalecer a cultura de segurança das instituições em saúde. Percebem-se os esforços da Enfermagem, para buscar mudanças e melhorias no processo de trabalho, em criar e desenvolver os Núcleos de segurança do paciente dentro dos serviços de saúde, implantar protocolos, promover estratégias baseadas em indicadores, conduzir pesquisas que tenham impacto positivo na qualidade da assistência prestada (CALDANA et al., 2015).

Nessa lógica, surgiu o trabalho da Rede Brasileira de Enfermagem de Segurança do Paciente (REBRAENSP), em 2008, com a finalidade principal de propagar a relevância de modificações culturais e comportamentais e da efetivação da cultura de segurança positiva nas instituições de saúde (CALDANA et al., 2015; REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2013).

Todavia ainda existe a necessidade da interação multidisciplinar na condução desse processo, de infraestrutura adequada, de investimentos, discussões e planejamentos que envolvam todos os setores (saúde, ensino, pesquisa e política) e, principalmente, investigações científicas robustas que subsidiem transformações alicerçadas nos princípios da qualidade (GOMES et al., 2017).

3.1.1 Classificação Internacional para a segurança do paciente

A compreensão da terminologia específica sobre a temática segurança do paciente é essencial, porque ajuda a reduzir possíveis confusões no entendimento e se torna de suma importância para que os profissionais da saúde saibam identificar as situações de falha a fim de realizarem a notificação e o tratamento adequado ao desfecho.

O marco decisório, para criação de um sistema de classificação, foi a 55ª Assembleia Mundial de Saúde que instigou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a instituir a *World Alliance for Patient Safety*, com a finalidade de elaborar e desenvolver normas globais e padronizadas e apoiar os Estados Membros no desenvolvimento de práticas seguras (WHO, 2009a).

A Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICPS) foi desenvolvida pela OMS, para facilitar a comparação, mensuração, exploração e compreensão de informações e proporcionar avanços na melhoria contínua da assistência à saúde prestada ao paciente (WHO, 2009a).

Incidentes são eventos ou circunstâncias que poderiam ter resultado ou resultaram em dano desnecessário ao paciente. Existem danos necessários e esperados, em consequência da assistência, como, por exemplo, incisão cirúrgica, perfuração da pele e tecidos adjacentes para infusão de medicamentos parenterais, dentre outros (WHO, 2009a).

Esses incidentes podem ser de caráter intencional, com os quais o profissional tem a intenção de realizar, o que caracteriza como uma violação, e os incidentes não intencionais ou erros que acontecem durante a assistência, sem a intenção de causar dano ou lesão. Alguns conceitos estão apresentados no Quadro 1.

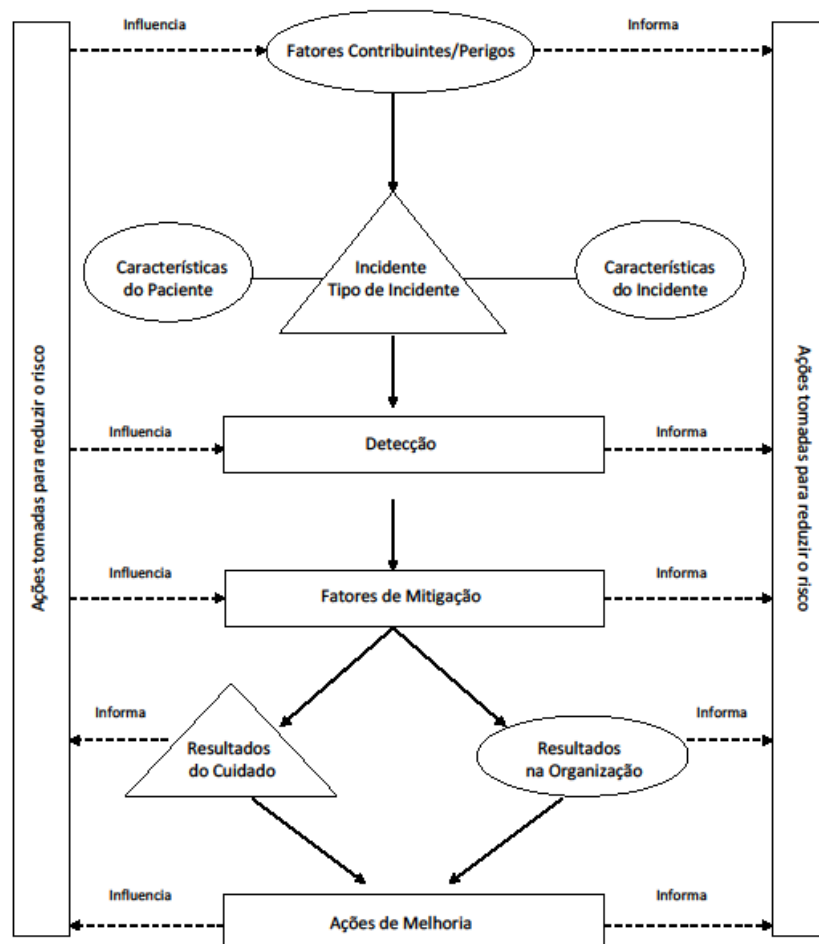
Quadro 1 - Taxonomia Internacional de segurança do paciente

Principais termos	Significado
Erro	Falha não intencional ao executar uma ação planejada, que pode ocorrer por se fazer errado (erro de ação) ou por falha em desenvolver a coisa certa (erro de omissão) no processo de planejamento ou na realização.
Dano	Prejuízo funcional da estrutura do corpo e/ou qualquer efeito nocivo originado por ele. Inclui doenças, lesões, sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte, podendo ser de origem física, social ou psicológica.
Risco	Probabilidade de um incidente/ erro ocorrer.
Circunstância notificável	Consiste em uma situação com grande potencialidade em causar dano ou lesão, entretanto ainda não resulta em nenhum erro. Exemplo: não conferência do carrinho de emergência.
<i>Near miss</i> ou “quase erro”	É um incidente que não atinge/ provoca dano ao paciente. Exemplo: conexão de dieta enteral em acesso venoso, mas o evento foi detectado antes da infusão.
Incidente sem dano	É um incidente que acomete o paciente, todavia não causa dano. Exemplo: troca de dosagem de medicamento entre dois pacientes que estavam recebendo a mesma terapia medicamentosa e nenhum teve dano.
Incidente com dano (evento adverso)	É um incidente que atinge o paciente e resulta em dano/lesão. Exemplo: paciente com distúrbio respiratório dependente de oxigenoterapia, porém seu cateter estava conectado ao ar comprimido, resultando em insuficiência respiratória seguida de óbito.

Fonte: Adaptado do World Health Organization/ WHO (2009a).

Dessa maneira, para o profissional de saúde notificar um incidente e proceder à análise de causa/raiz ao tratamento adequado do incidente, ele deverá compreender, claramente, a taxonomia de segurança do paciente de forma a embasar as condutas realizadas para melhoria do processo. O mapa conceitual, apresentado na Figura 1, ilustra o percurso apropriado a ser realizado pelos profissionais de saúde para gerenciamento dos riscos. Este mapa viabiliza a compreensão da segurança do paciente, tendo como foco o processo contínuo de aprendizagem, evidenciando a prevenção, a identificação, a detecção, a mitigação do risco com ênfase na melhoria do cuidado prestado e impacto positivo nas organizações (BRASIL, 2014; WHO, 2009a).

Figura 1 - Mapa conceitual da Classificação Internacional sobre segurança do paciente



Fonte: WHO (2009a).

Sendo assim, é notória a necessidade da compreensão da taxonomia de segurança do paciente, para embasar discussões entre instituições de saúde, ensino e, principalmente, para o

fortalecimento de uma cultura de segurança positiva dentro das organizações. A difusão desses conhecimentos desde a formação profissional contribui para a elaboração de estratégias robustas e eficientes para uma assistência de qualidade.

3.1.2 O erro humano e o desafio de práticas seguras

Estudos sobre o erro humano têm aumentado significativamente. Entretanto a publicação do relatório, em 1999, *“To err is human: building a safer health care”* ganhou destaque mundial. O paradigma hegemônico que perdurou anos sustentava que o profissional de saúde não poderia errar em nenhuma hipótese, tampouco demonstrar fragilidades e insegurança ao prestar assistência ao paciente. No entanto acreditar nessas premissas alimenta uma cultura negativa nas instituições de ensino e nas diversas organizações prestadoras de serviços à saúde.

Por isso, a partir do momento em que os dados sobre os eventos adversos (EA's), decorrentes de um cuidado fragilizado e inseguro foram amplamente divulgados, houve a necessidade de se compreender a falibilidade humana e seus fatores. Foi preciso repensar soluções para a identificação, controle, prevenção e mitigação dos incidentes, em todos os setores de saúde, envolvendo todas as esferas políticas, de ensino e de pesquisa.

“O erro passa a ser um dado valioso, um recurso e uma pista para o progresso científico e clínico” (VINCENT, 2009, p. 25). Essa afirmativa elucida o processo de aprendizado baseado nos erros, pois é necessário reconhecer que o conhecimento científico é provisório e que o avanço da ciência depende do reconhecimento de falhas e problemas nas teorias já existentes. Dessa maneira, novos estudos e aprendizados podem surgir de um erro ou de uma teoria equivocada, fazem-se necessárias mudanças de paradigmas.

O erro humano tem caráter individual e consiste na concepção de que o ser humano é falível, logo sujeito a falhas em qualquer circunstância da sua vida. Apesar de não ser possível mudar essa condição inerente ao ser humano, é factível intervir na produção de barreiras no sistema, no processo de trabalho do indivíduo. Sendo assim, discutem-se as duas abordagens do erro: sistêmica e individual (pessoal) (GOMES et al., 2016).

Os erros representam uma realidade da assistência à saúde e com graves consequências para os pacientes, profissionais e à organização hospitalar. É um desafio diário garantir a segurança do paciente, uma vez que o cenário propicia o aparecimento de incidentes associados à administração de fármacos, elevado número de intervenções, utilização de dispositivos médicos, aumento de infecções, aparecimento de lesões por pressão, quedas,

tempo de hospitalização, dentre outros problemas (OLIVEIRA; GARCIA; NOGUEIRA, 2016; SIMAN; BRITO, 2016). Dessa forma, não se pode organizar e planejar as atividades nos serviços de saúde sem ponderar que os profissionais irão errar, já que errar é característico do ser humano. Assim, concerne ao sistema desenvolver mecanismos para evitar que o erro impacte no paciente (BRASIL, 2014).

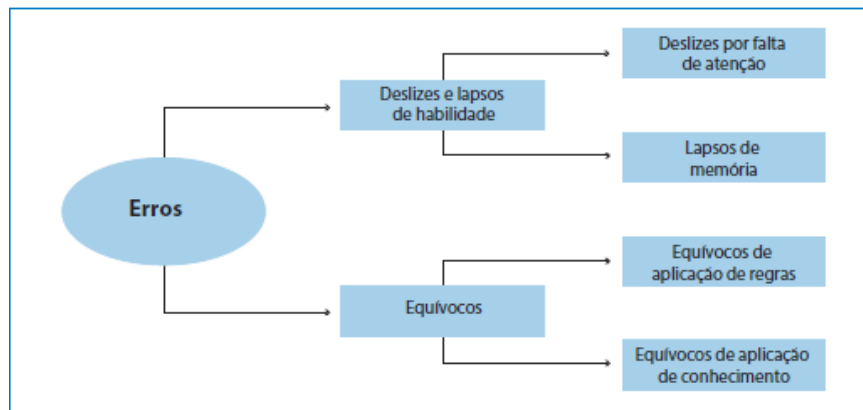
Diversos pesquisadores se propõem a investigar sobre o erro humano na área da saúde. Destaca-se o trabalho desenvolvido pelo psicólogo inglês James Reason da Universidade de Manchester (REASON, 2000).

Conforme Reason (2000), os erros podem ocorrer em decorrência de dois tipos de falhas: falhas de execução, em que existe um planejamento, o qual não produz o resultado previsto, e falhas ocasionadas por equívocos, em que o planejamento é desenvolvido incorretamente. A primeira pode ser descrita como “deslize” ou um lapso de memória e a segunda pode ocorrer por um equívoco de aplicação de regras, quando se aplica a intervenção na prática de forma errada, ou por um equívoco de aplicação de conhecimento, que acontece quando o profissional ou aluno (em fase de aprendizado) desconhece determinado conhecimento. Vale ressaltar que ambos os tipos de erros podem levar a consequências graves ao paciente, mas não são intencionais.

Esse autor acredita que os erros podem ser ativos ou latentes e fundamenta o modelo de “barreiras” para impossibilitar que o erro atinja o paciente (REASON, 2000). Os primeiros são atos inseguros executados por profissionais que estão em contato direto com o sistema, ou seja, que prestam assistência direta ao paciente. Estão associados aos processos mentais e a fatores ambientais, psicológicos e fisiológicos, como esquecimento, desatenção, desmotivação, descuido, negligência, imprudência e fadiga. Já os erros latentes são atos ou ações evitáveis dentro do sistema organizacional que aparecem a partir da gestão/administração (BRASIL, 2014; GOMES et al., 2016).

A Figura 2 representa os tipos de erros mais comuns:

Figura 2 - Tipos de erros

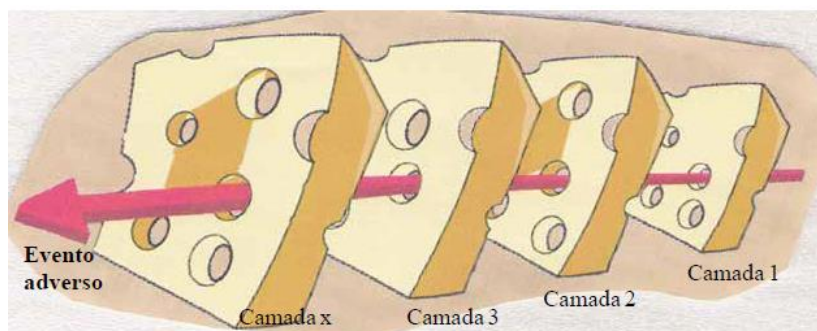


Fonte: Reason (2000); Organização Mundial da Saúde (2016).

O erro tem caráter multifatorial, pois tal evento pode estar relacionado à falta de infraestrutura adequada das instituições prestadoras do cuidado, despreparo dos profissionais de saúde, falta de qualificação profissional, deficiência de recursos humanos, materiais e equipamentos, comunicação não efetiva entre profissionais, instituição e paciente, cultura de segurança negativa e fragilizada e sobrecarga de trabalho que pode gerar esgotamento e estresse aumentando o absenteísmo no trabalho (GOMES et al., 2016).

A Figura 3 apresenta o “Modelo do queijo suíço”, proposto por Reason (2000), para explicar a análise sistêmica do erro e o gerenciamento mais adequado. Isso desmitifica a abordagem individual ou o modelo da “perfectibilidade”, o qual se refere à culpabilização do indivíduo que cometeu o erro, pois ele afirma que é impossível acabar com as falhas humanas, mas podem-se criar estratégias de mitigação dos eventos adversos.

Figura 3 - Modelo do queijo suíço proposto por James Reason (2000)



Fonte: Brasil (2014).

Para a ocorrência do erro, deve haver o alinhamento dos diversos orifícios (Figura 3), e cada fatia do “queijo suíço” simboliza uma etapa desse sistema complexo denominada: fonte do problema, erros ativos e erros latentes.

No modelo sistêmico, são investigadas, mensuradas e analisadas todas as etapas do processo de trabalho que podem resultar em um incidente, caso as barreiras não sejam efetivas. Um sistema de monitoramento confiável, para identificar eventos adversos e erros, pode aumentar a segurança do paciente, já que a maior parte desses eventos é evitável e, infelizmente, muitos evoluem para lesões físicas graves e até mesmo a óbito (ZHANG et al., 2017).

Nessa ótica, para que as organizações de saúde desenvolvam estratégias para a segurança do paciente, faz-se necessário investigar todo o contexto que envolve o erro. E, além disso, promover discussões multiprofissionais, para a criação coletiva de ferramentas que gerenciem esses erros, no sentido de criar barreiras que os previnam e/ou reduzam e, principalmente, suscitar uma cultura de segurança não punitiva, com evidência de que é possível aprender com as falhas. Diante disso, é necessário que se estabeleça uma compreensão do que venham a ser fatores humanos, que podem impactar na ocorrência de um erro, pois deve-se considerar a falibilidade humana.

A área de fatores humanos é um dos ramos de especialização de engenheiros e psicólogos cognitivos. Compreende-se por engenharia dos fatores humanos a ciência que trata da relação entre os seres humanos, suas ferramentas e o ambiente em que vivem e trabalham, ou seja, a interação entre os indivíduos e o sistema organizacional em que eles estão inseridos (BRASIL, 2014). O entendimento dos fatores humanos avalia a relação dessa interação com ênfase na melhoria da eficiência, criatividade, interesse, rendimento e motivação no trabalho, com o intuito de reduzir os erros.

Na área da saúde, verifica-se que os princípios dos fatores humanos são um elemento decisivo no desfecho dos eventos adversos, daí a necessidade de todos os profissionais terem a consciência desses fatores, para desenvolverem barreiras efetivas contra as possíveis falhas durante a assistência a um paciente. É fundamental que todos os profissionais de saúde estejam atentos a situações, circunstâncias e fatores que aumentam a ocorrência de erros, desde a sua formação acadêmica para o desenvolvimento e propagação de estratégias que diminuam tais eventos. Existem vários fatores que contribuem para ocorrência dessas falhas na assistência ao paciente, como, por exemplo, a fadiga e o estresse (BRASIL, 2014).

Pesquisas científicas demonstram relação do cansaço físico e mental com o mau desempenho no trabalho, o que indica a fadiga como fator de risco para a segurança do

paciente. Profissionais cansados são mais propensos aos lapsos de memória, mudanças repentinas de humor, ansiedade, depressão e raiva (FLIN; O'CONNOR; CRICHTON, 2008; PILCHER; HUFFCUTT, 1996).

Assim, a compreensão dos fatores humanos inclui interação entre homem e máquina. Nesse sentido, com os avanços tecnológicos na área da saúde aumentou ainda mais a relevância de discutir sobre erros, pois há um potencial de dano, quando esses recursos são mal utilizados ou manipulados (NATIONAL PATIENT SAFETY EDUCATION FRAMEWORK, 2005). Além da interação homem-máquina, deve-se lembrar da importância da interação entre indivíduos nesse processo. Existe a necessidade constante de desenvolvimento de uma comunicação efetiva, trabalho em equipe e do fortalecimento de uma cultura de segurança para minimizar tais eventos.

A maioria dos eventos adversos (EA's) pode ser evitada, pois costuma ser resultante de falhas no processo de trabalho, o que pode ser modificado pelo gerenciamento adequado dos riscos (OLIVEIRA, 2016). Por conseguinte, isso implica padronizar e simplificar o processo de trabalho, promover “barreiras” para evitar a ocorrência de erros, melhorar a comunicação, promover o treinamento e aprendizado tecnológico e estimular a consciência desde a formação do ensino, quanto às inúmeras limitações comportamentais, organizacionais e tecnológicas que conduzem ao erro (BRASIL, 2014).

3.1.3 Cultura de segurança: gerenciamento dos erros e riscos

O termo cultura de segurança é empregado nos princípios de gerenciamento das mais diversas áreas de trabalho, como nas indústrias de energia nuclear e na aviação (GONÇALVES FILHO; ANDRADE; MARINHO, 2011). No âmbito da saúde, é definido como produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e proficiência da administração de uma organização de saúde com a gestão da segurança do paciente (NIEVA; SORRA, 2003). Envolve a definição de conceitos e compromissos individuais e coletivos a serem alcançados e o desenvolvimento de atitudes focadas em consolidar processos, rotinas e padrões de trabalho que reduzam erros e incidentes (OLIVEIRA, 2016).

A cultura de segurança do paciente deve ser desenvolvida como uma possibilidade de influenciar o comportamento e os valores dos prestadores e gestores do cuidado. Permite direcionar as atitudes, os valores e os comportamentos que visam a redução de eventos e falhas na qualidade da assistência a ser prestada (WEAVER et al., 2013).

Sendo assim, cresce a necessidade de se buscar melhorias voltadas à prevenção de erros, ao aprendizado a partir dos erros e, para a promoção de uma cultura de segurança, que envolva os profissionais de saúde e a organização como um todo (REIS, 2013). O fortalecimento da cultura de segurança também pode contribuir no aperfeiçoamento da assistência à saúde.

As organizações de saúde devem realizar o gerenciamento dos riscos, aos quais seus clientes encontram-se expostos. Instigar a identificação e notificação dos erros, estudar a causa-raiz dos incidentes, monitorá-los por indicadores, planejar e implantar melhorias contínuas e acompanhar os resultados alcançados com a criação de novas estratégias de mudanças caso seja necessário (OLIVEIRA, 2016).

Diversos autores sugerem mensurar a cultura organizacional como objetivo de avaliar os processos institucionais e como forma de proporcionar a mensuração de indicadores que caracterizam a organização, tais como o perfil da gerência e dos funcionários, as atitudes e o clima. Assim, a partir dessas análises, possibilita-se a compreensão dos fatores que influenciam a prestação de serviços (CARVALHO; CASSIANI, 2012; GINSBURG et al., 2005; HALLIGAN; ZECEVIC, 2011; MARINHO; RADUNZ; BARBOSA, 2014; MELLO; BARBOSA, 2013; NIEVA; REIS, 2013; SORRA, 2003; PAESE; SASSO, 2013).

Portanto, implementar a cultura de segurança nos serviços de saúde, pode ter associação direta com a diminuição de eventos adversos (EA's) e a mortalidade, proporcionando melhoria na qualidade da assistência prestada.

Os erros relacionados ao cuidado de saúde são culturalmente abordados de forma punitiva, promovendo julgamento crítico do profissional que presta o cuidado. No entanto observa-se que a punição não é a maneira mais adequada de impedir que novos erros aconteçam. Autores como Reason (2000) instigam o aprendizado com a divulgação correta do erro nas Organizações, o que promove o fortalecimento do sistema.

Faz-se necessária a mudança de paradigmas para propiciar a cultura da educação, promoção e avaliação da assistência à saúde. É notório que instituições com cultura bem sólida são identificadas pela comunicação efetiva, pela relação interpessoal alicerçada na confiança e pelo compartilhamento de experiências e concepções de uma organização segura (VINCENT, 2013).

Uma cultura de segurança fortalecida tem como base o reconhecimento e a identificação de riscos e da falibilidade humana, pois negar que o ser humano é passível de erro advém da cultura punitiva que ainda existe nos serviços de saúde (RIBEIRO, 2016).

Nessa perspectiva, a cultura de segurança baseia-se em quatro pilares de sustentação: notificação, justiça e imparcialidade, flexibilidade e aprendizagem (REASON, 1997).

Por isso, desenvolver uma cultura de segurança positiva nas instituições de saúde surge como um dos requisitos primordiais para reduzir a ocorrência de EA's. Tanto quanto possível, por meio do aprendizado dinâmico a partir dos erros redefinir os processos de trabalho. Diante disso, a melhor maneira de gerenciar os riscos é difundir uma cultura de segurança pautada na investigação de eventos, na comunicação efetiva, na análise da ocorrência desses incidentes por meio de metodologias proativas (SILVA, 2013).

Compreende-se que alguns fatores influenciam a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde, tais como: contato dos olhos, escuta ativa, confirmação da mensagem, liderança clara, interação de todos os envolvidos, discussões de informações, compreensão do ambiente no qual está inserido e a capacidade em fazer previsão de problemas que possam surgir. Autores descrevem diversas ferramentas a serem utilizadas, para o desenvolvimento de uma comunicação efetiva, como o trabalho em equipe, a simulação interdisciplinar, a autocorreção, os protocolos de comunicação estruturados e a padronização de informações fornecidas sobre o paciente (JOHNSON; KIMSEY, 2012; NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

A metodologia proativa é utilizada, na investigação de EA's, buscando identificar o que pode acontecer de errado, evitando a ocorrência de falhas e suas consequências. Portanto minimiza os erros e os *near misses* e, principalmente, permite que os profissionais aprendam com eles (SILVA; TEIXEIRA; CASSIANI, 2008).

Geralmente, a abordagem sistêmica é sempre a mais eficaz, pois cada erro ou *near miss* é avaliado com o objetivo de identificar suas causas, fatores relacionados, falhas nos processos de trabalho e rotinas e cadeia de responsabilidades internas. Além disso, a busca constante pelas evidências científicas é a base das revisões e mudanças necessárias ao longo de todo o processo (OLIVEIRA, 2016).

Por isso, o gerenciamento de riscos é uma responsabilidade e um compromisso de todos os envolvidos no processo da assistência à saúde e não somente dos colaboradores dos Núcleos de Segurança das organizações de saúde. É necessário que todos estejam comprometidos com o planejamento, a elaboração, a revisão e a implantação de normas, rotinas e protocolos (OLIVEIRA, 2016).

Sendo assim, a percepção sobre os incidentes e a forma como são conduzidos até o desfecho final influenciam diretamente na cultura de segurança de uma instituição de saúde,

pois a notificação e divulgação de tais eventos permite o aprimoramento dos sistemas de cuidados à saúde e de segurança do paciente.

3.2 CULTURA DE SEGURANÇA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Assinala-se que, durante a prestação de cuidados à saúde, podem ocorrer erros que levam a eventos adversos e que afetam diretamente a saúde do paciente. Essas condições adquiridas, não determinadas pelas condições clínicas de base do paciente, podem causar mortes, sequelas definitivas e transitórias, sofrimento psíquico, além de elevar o custo assistencial (COUTO; PEDROSA; ROSA, 2016).

Assim, o Instituto de Medicina (IOM) desenvolveu um projeto com o objetivo de superar o abismo na qualidade do cuidado em saúde que estava sendo oferecido nos Estados Unidos, que, muitas vezes, causava danos aos pacientes e falhava ao oferecer a eles o melhor cuidado possível. Por meio de um livro divulgado em 2001, especialistas almejavam a implantação de um “Novo Sistema de Saúde para o Século 21”, tendo como um ponto importante a inclusão da segurança como o primeiro passo para a melhoria dos cuidados em saúde (CORRIGAN et al., 2001).

Dessa forma, a segurança do paciente ganhou relevância nas discussões em saúde, em outros países, revelando que a alta incidência de eventos adversos é um problema global, principalmente, na área hospitalar, pela complexidade dos cuidados prestados (PAESE; SASSO, 2013).

No mundo, anualmente, ocorrem 421 milhões de internações com cerca de 42,7 milhões de eventos adversos (JHA et al., 2013). Nos Estados Unidos (EUA), um em cada dez pacientes hospitalizados desenvolve um evento adverso (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2014) e, em outros países, esse número chega a ser ainda maior (COUTO; PEDROSA; ROSA, 2016). Estima-se que o erro decorrente da assistência à saúde seja a terceira causa de morte nos EUA, ficando atrás somente das doenças cardiovasculares e neoplasias malignas, podendo chegar a 400.000 óbitos por ano (COUTO et al., 2017; MAKARY; DANIEL, 2016). Uma em cada duas cirurgias tem um erro ou um incidente com dano relacionado ao uso de fármacos (NANJI et al., 2016).

Dados apontam que os incidentes ocorrem na atenção primária entre cinco a 80 vezes por 100.000 consultas (PAESE; SASSO, 2013), 1-2% dessas consultas podem resultar em incidentes causados por falhas. Os mais frequentes estão relacionados à medicação,

principalmente, em domicílio e à comunicação entre usuário e profissionais da equipe de saúde (MARCHON, 2015; THE HEALTH FOUNDATION, 2011).

Um estudo brasileiro realizado, no ano de 2016, prevê a possibilidade de ter ocorrido de 120.514 a 302.610 óbitos por eventos adversos (EA's), decorrentes de uma internação hospitalar. Dadas as características do sistema de saúde, essa investigação considera o padrão de 302.610 óbitos como o que mais representa a realidade do país. Tais falhas são a segunda causa de morte no Brasil, ficando atrás das doenças cardiovasculares, neoplasias malignas, violência e acidentes de trânsito. Os principais EA's notificados foram: infecções hospitalares (infecção urinária relacionada aos dispositivos médicos, infecção de sítio cirúrgico e infecção relacionada ao uso de cateter venoso central); lesão por pressão; fraturas decorrentes de quedas ou traumatismos dentro do hospital; trombose venosa profunda ou embolia pulmonar (COUTO et al., 2017).

Os incidentes, também, geram graves consequências aos pacientes, como óbitos, morbidades, perda da dignidade, do respeito e sofrimento psíquico (NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION, 2015), a insegurança na assistência gera custos expressivos. Nos EUA, nos anos 90, foram estimados gastos entre US\$ 37,6 bilhões e US\$ 50 bilhões ao ano com perda na produção, incapacidade e custos do sistema de saúde (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). Esses dados deixam claro que a organização da assistência com uma cultura de segurança é essencial, para melhorar a segurança dos pacientes nos serviços de saúde e, por conseguinte, aumentar a qualidade do cuidado oferecido (WEAVER et al., 2013).

Essa preocupante realidade da saúde mundial levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a criar o *Patient Safety Program*, em 2004, com objetivos de alertar os países sobre a importância da promoção da segurança do paciente, bem como coordenar, disseminar e acelerar melhorias nesse aspecto (WHO, 2004). Dessa forma, a organização estabeleceu algumas ações que deveriam ser implementadas nos países a fim de caminhar em favor da cultura de segurança.

Outra importante ação estabelecida foi a inserção do tema segurança do paciente, na grade curricular de cursos de graduação e pós-graduação em saúde, prevista pelo *Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide*, uma ferramenta que auxilia instituições de ensino com cursos na área da saúde em todo o mundo a integrar o aprendizado sobre a segurança do paciente em seus currículos (WHO, 2011).

Desde a divulgação desse documento, o número de publicações relacionadas à promoção de cursos que abordam segurança do paciente tem crescido de forma importante na literatura.

Em um estudo comparativo, desenvolvido com estudantes da área da saúde, os participantes foram convidados a vivenciar sentimentos de aflição, após a execução de um erro cometido por eles ou outra pessoa. Aqueles que participaram da avaliação e tratamento adequado do erro reconheceram a importância da honestidade e integridade e tiveram uma atitude diferenciada perante a ocorrência de novos erros (LEUNG; PATIL, 2010).

Kirkman et al. (2015) publicaram uma revisão acerca das intervenções em favor da educação em segurança do paciente para residentes e acadêmicos de medicina. Os estudos analisados demonstraram mudanças no comportamento dos participantes após as intervenções educacionais. No entanto esse efeito foi mais prevalente para médicos residentes do que para acadêmicos de medicina. Nenhum dos estudos incluídos na revisão mostrou benefício para o paciente, embora a análise desse desfecho seja difícil. Ainda assim, tais iniciativas são bem aceitas pelos estudantes e levam a uma ampliação dos conhecimentos, habilidades e atitudes em relação à segurança.

A formação acadêmica dos profissionais de saúde, nas universidades ou em cursos técnicos, reforça a concepção de um processo de trabalho sem erros, o qual perpetua a cultura punitiva, quando da ocorrência de um erro, pautada na abordagem individual, que culmina no aumento de casos de incidentes que atingem os pacientes (CASSIANI; ROSA, 2006). Desse modo, a maioria dos alunos não foi apresentada ao conteúdo de segurança do paciente, nas instituições de ensino, reproduzindo as dificuldades encontradas nas organizações de saúde. Esse fato ainda é um desafio paradigmático para as escolas. O ensino é alicerçado no diagnóstico e na gestão da doença e, além disso, não é realidade discutir os conceitos doutrinários da segurança do paciente, quiçá, refletir sobre gerenciamento de riscos e erros (YOSHIKAWA et al., 2013).

Por isso, é de suma importância o desenvolvimento de uma cultura de segurança positiva e sólida, ainda, no processo de formação, no estabelecimento das relações interpessoais (colegas, professores, pacientes, supervisores/preceptores de estágio) e uma comunicação clara e objetiva entre todos os envolvidos.

É necessário envolvimento e coerência entre os conteúdos teóricos e a vivência clínica, para que os futuros profissionais tenham capacidade e habilidade para assumirem suas responsabilidades com clareza de todo o processo e possam contribuir para uma assistência de qualidade nos serviços de saúde. Assim, a inserção e reflexão acerca da segurança do paciente nos currículos de formação profissional fortalecem as atitudes, comportamentos e habilidades a serem desenvolvidos pelos alunos (JOLSTAD et al., 2017).

Autores afirmam que o desenvolvimento da segurança do paciente nas instituições de ensino ainda ocorre de forma fragmentada, restrita a algumas disciplinas, sem envolvimento transdisciplinar. No entanto a construção de uma cultura de segurança positiva envolve um trabalho mútuo, pois necessita de uma formação pautada no princípio da interação, com currículos unificados e multidisciplinares (BOHOMOL; FREITAS; CUNHA, 2016; ILHA et al., 2016).

3.3 ENSINO E APRENDIZAGEM: SEGURANÇA DO PACIENTE

O mundo contemporâneo exige um redirecionamento de paradigmas conceituais no processo de formação profissional. Faz-se necessária a remodelagem das práticas educativas, uma vez que o mercado de trabalho competitivo e exigente busca profissionais críticos, reflexivos, criativos, com embasamento teórico-científico pautado em vivências práticas (SORDI; BAGNATO, 1998). Transformar o educando em um profissional flexível e crítico, apto a assumir o seu papel com habilidade e competência, em qualquer âmbito de trabalho, é uma tarefa desafiadora.

No contexto atual, não é possível uma formação pautada somente na memorização de informações. É necessário construir o conhecimento de forma conjunta, compartilhando experiências. Ensinar é um ato que envolve criação e criticidade sobre os variados aspectos da realidade. A curiosidade do professor e aluno, em ação, encontra-se na base do ensinar – aprender (FREIRE, 2008; SILVA; ASSIS; GENTILLE, 2005). Educar é prática, é ação, é ser criativo. Não se educa teoricamente. O processo realiza-se, quando existe uma materialização, isto é, uma transformação manifesta no comportamento das pessoas (GONSALVES, 2009).

A palavra aprender/aprendizado tem a conotação de construir conhecimentos e significados para quem aprende e, a partir da interação com o mundo (pessoas e objetos), oferece suporte para que o sujeito crie estratégias para os desafios e problemas encontrados (FREIRE, 2005, 2008).

Segundo Freire (2008, p. 24), “ensinar inexistente sem aprender e vice-versa e foi aprendendo socialmente que o ‘homem’ descobriu que era possível ensinar. Aprender precedeu ensinar ou ensinar se diluía na experiência realmente fundante de aprender”.

Diante desse contexto, ensinar deixa de ser o ato de transmitir conhecimentos (método tradicional) e passa a ser o ato de criar ambientes de aprendizagem dinâmicos, para que o aluno possa interagir com essa variedade de situações, auxiliando na sua interpretação para conseguir edificar e produzir novos conhecimentos (FREIRE, 2008).

Se ao educador cabe todo o direcionamento e controle do processo educacional e, se ao educando compete apenas uma postura passiva diante das narrativas do mestre que lhe transmite informações prontas e acabadas (FREIRE, 2007), avaliar o aluno, nesse modelo, restringe-se a medir de maneira quantitativa o conhecimento a ele transmitido, ou até mesmo imposto, reproduzindo a valorização somente do domínio dos conteúdos.

Em contrapartida, surge a pedagogia libertadora, que propõe a emancipação do sujeito, defende a postura ativa dos docentes e discentes no processo ensino-aprendizagem. Nesse contexto, o conhecimento não está acabado, encontra-se em constante construção e reconstrução. Ao formar, o professor também é formado, e o aluno ao se formar também forma (FREIRE, 2008).

O caminho da problematização na prática educativa parte do diálogo, buscando romper a forma vertical de ensinar “deixando de anestésiar os alunos, estimulando seu poder criador e de compreensão da realidade em permanente transformação” (SILVA; ASSIS; GENTILE, 2005).

A proposta de construção de um método ativo e inovador de ensino, aprendizagem e avaliação, no âmbito de cursos em graduação em saúde que instigue curiosidade e satisfação dos educandos, é algo bastante complexo. Isso porque promove uma exigência de todos os envolvidos no processo de ensino-aprendizagem (docentes, discentes, instituição de ensino, comunidade, população e serviços de saúde). É um exercício permanente de (re) construção das práticas educativas, comprometimento acadêmico e ético que resulte na estruturação de um método eficaz, flexível, dinâmico promotor de uma aprendizagem significativa e emancipadora (COSTA; COTTA, 2016).

Entretanto nota-se que a prática pedagógica em saúde ainda é muito centrada em currículos que apresentam conteúdos elaborados de forma compartimentada, desarticulada, descontextualizada, que determinam a fragmentação do sujeito, impossibilitando a articulação de diversos conhecimentos. Isso faz com que o profissional adote sistemas de avaliações quantitativas, acúmulo de conteúdos técnico-práticos, enfatizando o vínculo aos modelos tradicionais em saúde (BRASIL, 2004).

O processo de formação acadêmica deve ser alicerçado na ética, no pensamento crítico, nas práticas clínicas baseadas em evidência para assegurar o desenvolvimento de habilidades e competências específicas inerentes a cada profissão. Nesse contexto, as instituições de formação profissional em saúde devem elaborar seus currículos de forma que atendam todas as exigências do novo panorama da saúde e da educação.

A palavra “habilidades” abrange atividades peculiares ao exercício profissional relacionada à realização de intervenções que têm o intuito de recuperar e preservar a saúde humana. Dentre elas, estão as que referem à manutenção das atividades de vida cotidiana como: higiene corporal, sono e repouso, alimentação, hidratação e eliminações fisiológicas, como também as de ordem terapêuticas como: prescrição e administração de medicamentos, cateterismos, higienização das mãos de maneira adequada, verificação de sinais vitais, exame físico detalhado entre outros (SILVEIRA; COGO, 2017).

O termo “competência” é definido como a capacidade de aplicar os conhecimentos específicos, habilidades, atitudes e valores para o padrão de desempenho exigido em uma área específica. Constitui uma base comum a todas as funções de promoção da saúde, com as quais todos os profissionais de saúde deverão ser capazes de trabalhar de maneira eficiente, eficaz e adequada (AUSTRALIAN HEALTH PROMOTION ASSOCIATION’S, 2009).

Perrenoud (1999) considera competência como a capacidade de desenvolver um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes para resolver os problemas com pertinência, em determinado contexto, numa série de situações.

Portanto espera-se do profissional de saúde que ele saiba aplicar os conhecimentos e as habilidades, desenvolvidas na academia e na prática, ao contexto de saúde real, com atitude crítica.

A capacidade do profissional de saúde pensar e agir criticamente inclui uma série de atitudes, habilidades e conhecimentos que melhoram sua capacidade do cuidado. A discussão do pensamento crítico tem relevância, em resposta às rápidas mudanças no contexto de saúde.

Pensamento crítico é uma atitude cognitiva e intelectual (formação de ideias, juízos e raciocínios) que constitui o alicerce da atividade profissional, podendo ser assim resumida em dois itens: ‘pensar para fazer’ e ‘fazer pensando’ (OLIVEIRA, 2016). Geralmente, aprendida durante a trajetória acadêmica, desenvolvida e aprimorada na prática, com associação de diversas ciências. Assim, é o pilar para o desenvolvimento do raciocínio clínico, que deve estar presente nas ações e decisões assistenciais do profissional (JENSEN et al., 2014).

Logo o aluno torna-se capaz de formar uma visão mais crítica com participação ativa na construção do seu conhecimento, sendo apto a modificar a realidade em que ele vive e dos outros ao seu redor. O profissional dotado dessas habilidades, ao inserir-se no campo de trabalho, conseguirá estabelecer e adaptar as rotinas e protocolos, otimizar o uso de recursos de pessoal, equipamentos e tecnologias nas diversas situações do cuidado (OLIVEIRA, 2016).

Em relação à inserção do tema segurança dos pacientes nos currículos de cursos em Saúde, ainda é relativamente novo e desafiador. A maioria dos currículos das escolas de

formação de profissionais de saúde já está bem definida e, raramente, encontra-se estrutura física, tempo e disponibilidade de professores para iniciar um tema novo. Entretanto a Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que é possível contextualizar os conhecimentos de segurança do paciente em currículos que já estão pré-definidos (OMS, 2016; WHO, 2011).

Estudos apontam que a inserção da temática nos currículos da área da saúde desempenha importante papel na promoção de conceitos e habilidades a respeito do erro humano. Os alunos são encorajados a reconhecer a relevância do conteúdo no processo de formação e aplicá-lo na assistência prestada ao paciente. Dessa maneira, as estratégias criadas, para minimizar esses incidentes, não devem contemplar apenas as questões de cunho técnico, mas a necessidade de se desenvolver a segurança enquanto cultura organizacional e ferramenta gerencial para os profissionais (BOGARIN et al., 2014).

A integração dessa temática nos currículos é prevista pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), para que o futuro profissional desenvolva suas práticas mais seguras. Consequentemente, torna-se um aspecto fundamental para praticar ações, em favor de uma cultura de segurança positiva, nas instituições nas quais esses futuros profissionais irão atuar (ILHA et al., 2016).

Houve um impulso internacional, para reformular o currículo de cursos de graduação na área da saúde, em relação à segurança do paciente, principalmente, em países desenvolvidos. Nos Estados Unidos (EUA), Cronrnwett et al. (2007) sugeriram incorporar, no currículo do curso de graduação em Enfermagem, o *Quality and Safety Education for Nurses* (QSEN). Esta ferramenta fomenta o desafio de preparar enfermeiros com conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para melhorar, continuamente, a qualidade e a segurança dos sistemas de saúde em que trabalham.

O QSEN é composto por seis competências essenciais: cuidados centrados no paciente; trabalho em equipe; prática baseada em evidências; melhoria na qualidade; segurança e uso de tecnologia; habilidades e atitudes. Atualmente é amplamente utilizado em estudos de avaliação de competências em currículos de cursos de graduação em Enfermagem (CHENOT; DANIEL, 2010; JANG; LEE, 2017; JONES, 2013; MANSOUR; SKULL; PARKER, 2015; SEIBERTT, 2014; SULLIVAN; HIRST; CRONENWETT, 2009).

Um estudo de intervenção foi conduzido, utilizando o QSEN, no processo de aprendizagem de segurança do paciente em relação à didática e implementação clínica. O objetivo do estudo foi avaliar a compreensão estudantil sobre segurança antes e após a vivência clínica. O resultado mais significativo foi a redução potencial de erros evitáveis, melhorando a qualidade de assistência ao paciente (JONES, 2013).

Nessa perspectiva, além do QSEN, existem outras propostas de diretrizes para inserção da temática nos currículos dos cursos na saúde. A primeira é o *Australian Patient Safety Education Framework* (APSEF), desenvolvido em 2005; a segunda é *Canadian Patient Safety Institute* (CPSI), desenvolvido em 2009; a terceira é o *Curriculum Guide for Medical Schools*, publicado em 2009 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo focado no ensino universitário médico e o quarto trata-se do *Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide* lançado também pela OMS em 2011, traduzido para o português brasileiro em 2016.

O desenvolvimento do Guia Curricular Multiprofissional foi baseado no *Curriculum Guide for Medical Schools*. Foi escrito por um grupo formado por vários profissionais e representantes da OMS, como: dentistas, médicos, enfermeiros, parteiras, farmacêuticos, membros de associações profissionais internacionais, em suas áreas de atuação. Esse grupo revisou o guia publicado em 2009, adaptando-o às diversas áreas, incluíram estudos de casos multiprofissionais para ser subsídio à aprendizagem interdisciplinar (CENTRO COLABORADOR PARA QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2011).

O Guia curricular multiprofissional da OMS (2011) contempla 11 tópicos, sendo eles: 1) “O que é segurança do paciente?”; 2) “Por que empregar fatores humanos é importante para segurança do paciente?”; 3) A compreensão dos sistemas e do efeito da complexidade nos cuidados ao paciente; 4) Atuar em equipe de forma eficaz; 5) Aprender com os erros para evitar danos; 6) Compreender e gerenciar o risco clínico; 7) Usar métodos de melhoria da qualidade para melhorar os cuidados; 8) Envolver pacientes e cuidadores; 9) Prevenção e controle de infecções; 10) Segurança do paciente e procedimentos invasivos e 11) Melhorar a segurança no uso de medicação (OMS, 2016; WHO, 2011).

Em contraste com a abordagem do QSEN, o guia curricular multiprofissional (WHO, 2011) incorpora uma compreensão mais explícita sobre os fatores humanos, compreensão dos sistemas de impacto na segurança do paciente, além de atender a todos os cursos da área da saúde (MANSOUR; SKULL; PARKER, 2015).

Ele poderá ser facilmente integrado aos currículos pré-existent de educação em saúde, por adotar uma abordagem flexível para atender às necessidades individuais e pode ser aplicado a diferentes culturas e contextos. Ademais, fornece às instituições de ensino na área de saúde um referencial teórico científico explicativo e materiais para consulta de referências. Entretanto aconselha-se a adaptação do referencial à realidade e as necessidades dos alunos (WHO, 2011; PROQUALIS, 2011).

Smith et al. (2013) corroboram com a opinião de que as universidades de ensino em saúde devem proporcionar uma mudança no ensino, instigando a busca por uma identidade profissional pautada nas relações positivas desenvolvidas pela vivência clínica pelo aluno por meio de estratégias de aprendizagem que extrapolam a sala de aula.

Consequentemente, poucas escolas de saúde realizaram a mudança curricular e as que o fizeram, estão majoritariamente no Canadá, Reino Unido e Estados Unidos (LEOTSAKOS et al., 2014; MANSOUR; SKULL; PARKER, 2015). Nos outros países, estudos sobre o conhecimento e as atitudes na percepção dos alunos acerca da segurança do paciente são bastante limitados (BOEIRA et al., 2016; GINSBURG; DHINGRA- KUMAR; DONALDSON, 2017; RODRIGUE et al., 2012).

Em um estudo brasileiro, notou-se que o aprendizado ocorre predominantemente de forma isolada e com poucas possibilidades de troca inter-profissional. Sendo assim, definir o currículo formal na segurança do paciente é de extrema relevância para a formação (CAUDURO et al., 2017).

Essa reflexão proporciona repensar as metodologias de ensino e as estratégias que podem ser empregadas, para associar a teoria com a prática, assim, como integrar as instituições de ensino e saúde.

Atualmente, as metodologias de ensino ativas atingem essa expectativa de aprendizado. A problematização é uma metodologia pedagógica em que professores e alunos são convidados a refletir sobre a realidade que apreendem e da qual extraem o conteúdo da aprendizagem, atingem um nível de consciência, a fim de nela atuarem, possibilitando a transformação social. O educador desafia o educando e o inspira a superar a visão mágica do mundo para uma postura conscientizada e crítica, partindo do contexto vivido (BATISTA et al., 2005; PEREIRA, 2003).

Deve considerar todos os fatores que interferem na concretização do comportamento e nas atitudes desenvolvidas, pois aulas meramente expositivas dificilmente atingirão as metas e os objetivos esperados na aquisição e no desenvolvimento de habilidades que o aluno deverá ter ao longo da sua formação. Nesse contexto, o Guia Curricular da OMS (2011) prevê toda essa discussão e diretrizes ideais para a condução de maneira didática da inserção da temática nos currículos de cursos de graduação em saúde.

Em um estudo conduzido por Sullivan, Hirst e Cronenwett (2009), os autores utilizaram a simulação e a experiência clínica como ferramentas-chave no processo de aprendizagem sobre segurança do paciente e afirmaram a importância da interação da teoria com a prática.

Nas publicações sobre o assunto, as metodologias mais utilizadas para o desenvolvimento dos cursos foram de discussões/workshops e palestras em pequenos grupos. Abordagens utilizando conteúdos de multimídia, relatos de casos reais e simulações, desenvolvimento do pensamento crítico (raciocínio clínico) também foram empregadas (KIRKMAN et al., 2015; KWIATKOSKI, et al., 2017; MANSOUR; SKULL; PARKER, 2015; SILVEIRA; COGO, 2017).

Outros estudos demonstraram o emprego de *Objective Structured Clinical Examinations* (OSCEs), que é um tipo de avaliação prática, por meio de simulação para estudantes de medicina e enfermagem, para avaliar suas competências em segurança do paciente. Alguns tiveram como foco aspectos clínicos, como higiene das mãos, identificação de medicamentos e realização segura de procedimentos. Outros exploraram aspectos socioculturais, como comunicação e trabalho em equipe. Os exames permitiram avaliar o conhecimento, as habilidades e as atitudes no contexto da segurança do paciente e podem ajudar a preencher lacunas nos currículos dos estudantes, permitindo-lhes aumentar sua capacidade de otimizar o cuidado e prevenir erros (GINSBURG et al., 2015).

Infelizmente, a implantação sustentada dessas iniciativas na grade curricular está ocorrendo de forma lenta, uma vez que importantes barreiras ainda são observadas. Um exemplo é a dificuldade dos cursos de segurança do paciente competirem com prioridades dos alunos, como compromissos clínicos dos estágios e outras temáticas curriculares, não alcançando, portanto, a assiduidade necessária (AHMED et al., 2014). Além disso, pode-se citar a dificuldade de estabelecer uma intervenção que não apenas influencie em atitudes individuais, mas também desenvolva uma cultura institucional em universidades e/ou hospitais (JANSMA et al., 2010). Outras barreiras encontradas na literatura foram a necessidade de investimentos em recursos e infraestrutura nas instituições para a realização dos cursos (KIRKMAN et al., 2015) e o fato de ainda haver pouca evidência sobre a melhor forma de ensinar tais conceitos (TEIGLAND et al., 2013).

Recentemente, um estudo foi publicado sobre a inserção da temática nos currículos de instituições de ensino localizadas em países em desenvolvimento e de baixa renda, após a publicação do Guia (WHO, 2011). Revelou a necessidade de capacitar e emponderar as lideranças universitárias e das organizações de saúde em relação à cultura de segurança; criar métodos de aprendizagem como foco na segurança do paciente adaptado ao contexto local; promover interação (ambiente educacional, hospitalar e clínicas, órgãos de acreditação e licenciamento) no processo de aprendizado do aluno e ampliar o profissionalismo, humildade

e outras habilidades não técnicas (GINSBURG; DHINGRA-KUMAR; DONALDSON, 2017).

Diversas barreiras foram encontradas para implementação efetiva da segurança do paciente no ensino, como: falta de apoio docente, governamental e da agência central (OMS) para as mudanças curriculares. Foi identificada ausência de envolvimento e colaboração dos professores para abordar os novos desafios, atribuições profissionais mal definidas e falta de treinamento e capacitações. Outros desafios foram relatados: ausência de recursos financeiros e de infraestrutura; não adequação da missão organizacional das instituições de saúde e de ensino aos valores preconizados pela segurança do paciente; dificuldade em ajustar o novo currículo às realidades sociais, políticas e culturais de cada país. Por fim, ausência de um sistema de avaliação bem elaborado para mensurar os conhecimentos e as habilidades de segurança do paciente dos alunos (GINSBURG; DHINGRA-KUMAR; DONALDSON, 2017).

Em um estudo conduzido na Europa e em países latinos, descreveram-se as barreiras encontradas para incluir a segurança do paciente nos currículos em universidades. Percebe-se que os desafios persistem. Podem-se citar alguns: rigidez curricular e pedagogia tradicional; ausência de recursos e materiais didáticos; falta de conhecimento sobre a temática entre preceptores e professores; falta de iniciativa de educadores para promoverem mudanças; persistência na cultura de segurança punitiva em relação ao erro (MIRA et al., 2015a).

Nos países europeus, as diretrizes de ensino estabelecem competências para os perfis dos profissionais de saúde, tal como o número adequado e horas para o treinamento clínico (estágio). Notam-se diferenças nas abordagens de ensino, aspectos organizacionais e recursos financeiros e humanos para o ensino em segurança do paciente. Em relação aos países, as principais distinções estão interligadas ao número de horas atribuídas ao ensino na prática e que culmina no impacto direto no desenvolvimento das habilidades e das competências (MIRA et al., 2015a).

Observa-se também que grande parte da literatura sobre o assunto é composta por estudos voltados para o ensino em pós-graduações, sendo a graduação ainda pouco explorada nesse âmbito (TEIGLAND et al., 2013).

O Brasil é um exemplo dessa realidade, uma vez que poucos estudos sobre o ensino de segurança do paciente nas universidades foi encontrado na literatura nacional (BOHOMOL; CUNHA, 2015; BOHOMOL; FREITAS; CUNHA, 2016; CAUDURO, 2016; LOPES, 2015; OLIVEIRA et al., 2017; YOSHIKAWA et al., 2013).

Os estudantes de enfermagem também parecem desejar um aprendizado mais sistematizado em segurança do paciente (TELLA et al., 2015), bem como outros futuros profissionais da área da saúde. No entanto, as intervenções nos currículos devem ser adaptadas para a necessidade de cada área. Um estudo canadense mostrou que os médicos enfatizam mais a responsabilidade de comunicação interpessoal, enfermeiros se preocupam com o ambiente do cuidado, enquanto os farmacêuticos estão focados na segurança relacionada à ciência e ao desenvolvimento de drogas (TREGUNNO et al., 2014).

O enfoque sobre a segurança do paciente nos currículos dá-se nas atitudes, comportamentos e habilidades adquiridas pelos estudantes e no uso da simulação de casos reais com intervenções construídas em conjunto pelos alunos e professores como estratégia de ensino (DALTON et al., 2015; LEE; JANG; PARK, 2016).

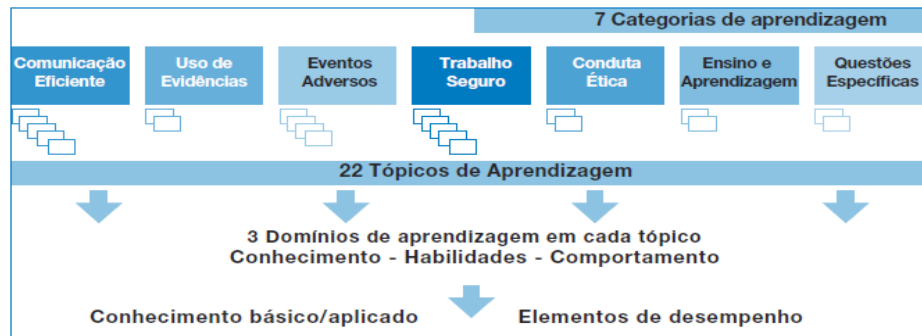
Apesar dessas dificuldades, a introdução da segurança do paciente no ensino das universidades é uma tendência mundial e uma necessidade evidente. Um estudo realizado na Alemanha com estudantes de medicina acerca de suas atitudes e necessidades no âmbito da segurança do paciente demonstrou que os erros médicos e a segurança até então foram temas negligenciados na formação médica do país. A maioria dos participantes deste estudo gostaria de ter mais treinamento quanto a esses assuntos. Os estudantes, também, revelaram que realizam tarefas para as quais não se sentem preparados mais frequentemente, o que pode facilmente levar a erros e que a comunicação dos erros diminui à medida que se avança no curso. Um quarto dos alunos consultados revelou que já cometeu erro médico durante sua graduação (KIESEWETTER et al., 2014).

Vale ressaltar que, se os estudantes de cursos de saúde fossem formados no âmbito da segurança do paciente, estariam mais conscientes de suas próprias limitações, diante da compreensão de que “errar é humano” e teriam maior discernimento em criar estratégias que visassem a uma assistência à saúde mais segura (MILLIGAN, 2007).

Dessa maneira, faz-se necessário promover vivências práticas e reflexões que possibilitem aprimorar os conhecimentos teóricos e as habilidades para reconhecer a possibilidade do erro, as suas consequências e quais os planos de intervenção para realizar a prevenção, controle e mitigação do erro.

O Guia Curricular proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011) prevê o desenvolvimento dos tópicos de Segurança do paciente nos currículos das escolas em saúde, baseado na Estrutura do Marco Australiano (NATIONAL PATIENT SAFETY EDUCATION FRAMEWORK, 2005), representado pela Figura 4, evidenciado pelos três domínios centrais: conhecimento, habilidades e comportamento (OMS, 2016).

Figura 4 - Estrutura do Marco Australiano sobre Educação em Segurança do Paciente (2005)



Fonte: National Patient Safety Education Framework (2005); OMS (2016).

Após a publicação desse Guia Curricular, diversos pesquisadores em inúmeras universidades do mundo demonstraram inquietações em relação ao conhecimento teórico prático ensinado e difundido na academia sobre segurança do paciente para os alunos de cursos da área da saúde. Esse assunto era pouco abordado e não havia muitos instrumentos específicos que lhes permitia mensurar o conhecimento, as atitudes e o comportamento desses alunos e seus professores/preceptores ao longo do processo de formação acerca da temática.

Atualmente a literatura científica disponibiliza vários questionários com esse propósito, como: o “*The medical event reporting attitude and behavior questionnaire*”, avalia atitudes e comportamento de alunos de medicina (COYLE et al., 2005); “*Medical Student and House Staff attitudes*”, aplicado a estudantes do 4º ano de medicina (SOROKIN; RORIGGIO; HWANG, 2005); “*Patient Safety and Medical Fallibility Curriculum*” desenvolvido nos EUA’s para estudantes de Medicina (MADIGOSKY et al., 2006); “*Medical Student Patient Safety Questionnaire*” aplicado a estudantes de Medicina (PATEY et al., 2007); o “*Hypothetical Error Vignette*” desenvolvido para docentes, residentes e alunos de medicina com foco na comunicação do erro (KALDJAN et al., 2007); Muller e Ornstein (2007) desenvolveram um instrumento (sem nome específico) que avalia comportamento e atitudes dos alunos de medicina em relação ao erro; o “*The Patient Safety Curriculum of the Risk Management Foundation*”, aplicado a estudantes e residentes de medicina (KERFOOT et al., 2007); “*Patient Safety Survey*” desenvolvido na Pensilvânia para alunos de Medicina (MOSKOWITZ et al., 2007); o “*Patient Safety Mortality and Morbidity Conference (PSMMC)*”, aplicado aos residentes de medicina para avaliar o impacto de uma intervenção (BECHTOLD et al., 2017); “*Patient Safety Attitudes, Skills and Knowledge Scale (PS-ASK)*” aplicado e validado a um grupo de estudantes de enfermagem (SCHNALL et al., 2008); “*The Attitudes to Patient Safety Questionnaire (APSQ I e II)*” aplicado a estudantes de medicina e a

seus tutores (CARRULTHERS et al., 2009); “*Flin’s Medical Student Patient Safety Questionnaire*” desenvolvido para estudantes de medicina (FLIN et al., 2009); “*Health Professionals Patient Safety Assessment Curriculum Survey (HPPSACS)*”, aplicado a estudantes de enfermagem (CHENOT; DANIEL, 2010); o “*Safety Culture Survey (SCS)*”, desenvolvido para alunos de medicina indianos (LOGIO; RAMANUJAN, 2010); Friedman et al. (2010), no Canadá, desenvolveram um instrumento aplicável (sem nome específico) a estudantes de medicina em setores de urgência; “*Patient Safety Culture of Medical Students (PSCMS)*”, construído a partir do Madigosky et al. (2006), aplicado a estudantes do 3º e 4º ano de medicina de *Hong Kong* (LEUNG; PATIL, 2010); “*Learning From Defects tool (LFD)*” utilizado juntamente com o *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)* aplicados a alunos de medicina de quaisquer períodos/ anos do curso (DUDAS et al., 2011); White et al. (2011) desenvolveram um questionário (sem nome específico) focado na definição de erro, com criação de cenários e simulações para alunos de medicina; o “*Health Professional Education Patient Safety Survey (H-PEPSS)*”, desenvolvido no Canadá, para estudantes de medicina (GINSBURG et al., 2012); o “*Attitudes toward Patient Safety Questionnaire*”, desenvolvido a partir do APSQ, aplicado a alunos de medicina de qualquer ano, possui propriedades psicométricas robustas (WETZEL; DOW; MAZMANIAN, 2012); “Questionário: compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina” validado pelo método *Delphi* aplicado a estudantes brasileiros (YOSHIKAWA et al., 2013); “*Medical Student Safety Attitudes and Professionalism Survey (MSSAPS)*” aplicado a estudantes de medicina (LIAO et al., 2014); Bogarin et al. (2014) desenvolveram um questionário brasileiro (sem nome específico) semiestruturado, autoaplicável com perguntas abertas e fechadas aplicado a estudantes de enfermagem brasileiros; o “*Patient Safety Competency self- evaluation tool (PSCSE)*”, destinado à mensuração de competências de alunos de enfermagem (LEE et al., 2014); “*Patient Safety and Medical Fallibility Curriculum*” adaptado e validado na Austrália para estudantes de farmácia (WALPOLA et al., 2015); Nabilou, Feizi e Seyedin (2015) adaptaram e validaram um questionário, baseado em Leung e Patil (2010) e Madigosky et al. (2006), sem nome específico, aplicado a estudantes de enfermagem, medicina e enfermagem obstétrica iranianos; Lopes (2015) criou um questionário (sem nome específico) aplicado a estudantes de enfermagem e a docentes brasileiros; o “*Latino Students Patient Safety Questionnaire (LSPSQ)*” (MIRA et al., 2015a), desenvolvido para estudantes da graduação dos Cursos de medicina e de enfermagem de países latinos; Ilha et al. (2016) desenvolveram um questionário com abordagem qualitativa (sem nome específico) aplicados

a acadêmicos de enfermagem brasileiros e Oliveira et al. (2017) elaboraram um questionário autoaplicável (sem nome específico) aplicado a residentes multiprofissionais brasileiros.

No Brasil, poucos instrumentos foram desenvolvidos com o intuito de avaliar os conhecimentos e as atitudes dos estudantes do ensino em saúde universitário. Percebe-se na literatura uma diversidade de questionários elaborados, traduzidos e validados em outras culturas.

O questionário autoaplicável “Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente”, desenvolvido por Yoshikawa et al. (2013), foi validado em uma amostra de 109 alunos (n=75 enfermagem e n=34 medicina) de uma universidade de São Paulo, inseridos no estágio curricular (hospitalar, atenção primária e outros). A coleta de dados foi *on-line* pela plataforma *Limesurvey*. O questionário possui 20 questões/ assertivas medidas por meio de uma escala *Likert* de cinco pontos (concordo, concordo fortemente, não tenho opinião, discordo e discordo fortemente), divididas em dois aspectos (dimensões): conceituais (sete perguntas) e atitudinais (treze perguntas) referentes ao erro humano e segurança do paciente. Ele foi validado usando a técnica *Delphi*, com auxílio de um comitê de juízes composto por três especialistas na área da segurança do paciente. Após duas rodadas, sem necessidade de adequação, o instrumento foi considerado apto para aplicação nos estudantes dos cursos de graduação de enfermagem (3ª e 4ª séries) e medicina (4ª e 5ª séries), período em que todos estavam em contato com pacientes em estágios curriculares (YOSHIKAWA et al., 2013).

Recentemente, em um estudo transversal e descritivo com uma amostra de 638 alunos brasileiros dos cursos de enfermagem, medicina, fonoaudiologia, farmácia, fisioterapia, terapia ocupacional e odontologia da Universidade de Santa Maria, teve o objetivo de identificar o conhecimento desses estudantes sobre a segurança do paciente. Foi utilizado como instrumento de coleta de dados o questionário validado por Yoshikawa et al. (2013) (CAUDURO et al., 2017).

Cauduro et al. (2017) apontam como possíveis limitações do estudo a dificuldade de comparar os dados por não existirem pesquisas envolvendo todos os estudantes da área da saúde, já que as publicações concentram-se nos cursos de enfermagem e medicina. Em relação ao instrumento de coleta de dados utilizado, esse não está validado para analisar os níveis de compreensão sobre os conhecimentos e as atitudes dos estudantes, o que seria capaz de promover uma análise estatística inferencial, por meio de estudos de correlação ou de associação. Os autores sugerem estudos que avaliem a consistência interna do instrumento, com análise fatorial dos itens das dimensões propostas (CAUDURO et al., 2017).

Em outra investigação, os autores desenvolveram um questionário semiestruturado, autoaplicável, composto por seis questões fechadas e quatro questões abertas com foco na segurança do paciente e na qualidade dos cuidados prestados pela enfermagem. A amostra constou com 118 alunos matriculados nos cursos de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem do 3º, 4º e 5º anos de uma universidade pública de São Paulo. O instrumento foi previamente testado, em um grupo de 10 (dez) alunos, excluídos da amostra final. O estudo não descreve se o instrumento passou por processo de validação. O questionário foi construído embasado na literatura, contemplando as perspectivas: conhecimento da equipe sobre a temática; falhas na estrutura física nas unidades; dimensionamento da equipe; disponibilidade e qualidade de materiais e medicamentos; preparo teórico- prático da equipe e gerenciamento de riscos e erros (hospitais e serviços de enfermagem). Além disso, abrange os principais eventos adversos (queda; erro de medicação; falha nos procedimentos; contaminação de feridas; lesões por pressão; flebites; uso de materiais de má qualidade; contaminação cruzada; falha na identificação do paciente; prescrições erradas; descarte de material inadequadamente e acidentes de trabalho). Todavia o estudo apresentou uma limitação importante, no que se refere ao tamanho da amostra e de ter sido aplicado em uma única instituição, por isso, não é possível fazer inferências para outras instituições de ensino (BOGARIN et al., 2014).

Lopes (2015) desenvolveu um estudo transversal, que objetivou identificar o conhecimento sobre segurança do paciente, disciplinas e estratégias de ensino-aprendizagem e visão dos estudantes e docentes quanto ao desenvolvimento da temática em cursos de graduação em Enfermagem. O estudo foi realizado em duas instituições universitárias de ensino (uma pública e a outra privada) na cidade de São José do Rio Preto (São Paulo). Participaram da pesquisa 167 alunos matriculados no 3º e 4º anos do curso de graduação em Enfermagem e 51 docentes, sendo todos enfermeiros. Foram desenvolvidos dois questionários diferentes, para atender os objetivos da pesquisa; o instrumento de coleta de dados dos alunos continha 17 perguntas fechadas (1ª parte: caracterização dos sujeitos e 2ª parte referente a questões específicas sobre segurança do paciente). O questionário dos docentes tinha 15 perguntas fechadas seguindo a metodologia do questionário dos alunos. Ambos foram construídos, baseados na cartilha dos 10 (dez) passos para segurança do paciente do Conselho Regional de Enfermagem (COREN), publicado no ano de 2010. A investigação não menciona sobre o teste-piloto do instrumento e nem sobre o processo de sua validação. Em relação à limitação do estudo, foi identificada a não solicitação da descrição dos eventos adversos vivenciados durante a graduação pelos entrevistados (LOPES, 2015).

Em um estudo exploratório de abordagem qualitativa, envolvendo 103 alunos do Curso de graduação em Enfermagem de uma universidade federal do Sul do Brasil, teve como principal objetivo analisar a compreensão de acadêmicos de enfermagem sobre segurança do paciente a partir do contato com a prática. Os autores desenvolveram um questionário para coleta de dados com quatro questões, sendo três abertas e uma fechada que abordavam a compreensão dos alunos sobre segurança do paciente. Não menciona sobre o teste-piloto e nem o processo de validação do questionário. Como limitação do estudo, o instrumento apresenta questões já pré-determinadas, as quais podem ter restringido a abrangência de respostas (ILHA et al., 2016).

Por fim, um estudo transversal, quantitativo, envolvendo 78 pós-graduandos dos cursos/ especialidades de residência da área da saúde, em uma universidade pública do Paraná no Brasil, teve a finalidade de verificar os conhecimentos dos alunos sobre segurança do paciente. O instrumento de coleta desenvolvido contém nove questões objetivas com uma única opção de resposta. O mínimo de 75% de acertos foi considerado ponto de corte para avaliação positiva, baseado no estudo de Carvalho e Cassiani (2012) sobre o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ); instrumento esse que avalia clima de segurança de profissionais da área da saúde. O questionário é autoaplicável e é dividido em duas partes, sendo uma de caracterização demográfica e formação dos residentes e a outra contempla os objetivos do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP); os riscos de infecções; as principais metas e protocolos do PNSP e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a taxonomia em segurança do paciente (erros e eventos adversos). Foi realizado um teste piloto com seis participantes graduandos da área de saúde, havendo entendimento das perguntas, além da avaliação de três docentes enfermeiros (um doutor, um mestre e um doutorando). A empregabilidade do instrumento foi aprovada por unanimidade. Segundo os autores, espera-se que, em um futuro próximo, esse instrumento seja validado. A limitação do estudo refere-se à impossibilidade de generalização dos achados desse estudo, por o enfoque ser em residentes (OLIVEIRA et al., 2017).

Na atualidade, um grande número de questionários ou instrumentos de medida que avaliam características psicossociais e desfechos em saúde está acessível para uso em pesquisas. Entretanto muitos não têm sido validados com rigor metodológico, o que interfere na qualidade dos resultados. Dessa forma, antes de serem considerados aptos para uso, os instrumentos devem oferecer dados robustos, válidos e capazes de serem utilizados para inferência estatística. A qualidade da informação fornecida por esses instrumentos procede de

suas propriedades psicométricas, ou seja, a confiabilidade e a validade, comprovados por testes estatísticos (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

A validação de um instrumento é considerada um dos processos mais importantes, pois, por métodos de análise psicométrica, confirma a confiabilidade e a validade interna do questionário (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Diante da ausência de instrumentos validados com tal finalidade no Brasil, justifica-se a escolha nesta pesquisa pelo processo de tradução e adaptação do *Latino Students Patient Safety Questionnaire* (LSPSQ), para o português brasileiro, visto que foi elaborado e validado, em países latinos, conforme o rigor metodológico exigido para pesquisas com essa metodologia. De acordo com os testes estatísticos realizados, esse instrumento apresentou confiabilidade e validade adequadas e confiáveis (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; MIRA et al., 2015a; PASQUALI, 2001, 2009; POLIT; BECK, 2006; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Destaca-se que a experiência (vivência clínica) é o principal componente do desenvolvimento de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes), na formação do profissional da saúde, pois instiga a aprendizagem pela metodologia ativa. Todavia o desafio, em qualquer nível educacional, é formar sujeitos capazes de transcender seus próprios contextos e transformá-los, elaborando estratégias que lhes permitam dar sentido ao conhecimento (NÓBREGA-TERRIEN et al., 2010).

Atuar de forma competente significa assumir uma postura ativa diante das situações de trabalho, bem como utilizar e modificar os conhecimentos de maneira a executá-los na prática. Exige pensar e conhecer como a conduta do indivíduo sofre a influência de seus valores e experiências anteriores. Nesse contexto, para realizar as tarefas necessárias a um bom desempenho, é essencial que existam atributos ou capacidades na formação, assim, desenvolvem-se capacidades cognitivas (conhecimento), psicomotoras (habilidades) e afetivas (crenças, condutas/ posturas), as quais formam o alicerce para ação profissional (RIBEIRO; LIMA, 2003).

Em razão disso, faz-se importante avaliar a percepção dos estudantes da área de saúde, em relação à magnitude desse tema, permitindo adequações e ajustes na metodologia de ensino e uma melhor qualidade na formação desses profissionais. Por isso, há a necessidade de compreender as habilidades, atitudes, comportamento e conhecimentos desses alunos, para formação crítico-reflexiva, sendo sujeitos capazes de promover mudanças nos serviços de saúde em que estiverem inseridos.

3.3.1 Atitude e comportamento dos profissionais de saúde: impacto na assistência segura

A concepção de atitude foi difundida na psicologia social, em 1918, por Thomas Znaniecki e passou a ser objeto central de estudos que pretendem aprofundar como os seus componentes influenciam na mudança de comportamento (FABRIMAR; WEGENER, 2010).

Entretanto, ao longo dos anos, autores tentaram definir atitude, sem chegar a um consenso, enquanto existem elementos comuns entre as inúmeras definições. Atitude pode ser considerada uma tendência psicológica, avaliativa, adquirida, composta por crenças e conhecimentos, influenciada pelas emoções favoráveis ou desfavoráveis em relação a um determinado objeto. Tem relação com os indivíduos, os grupos sociais, os objetos, os comportamentos ou os conceitos abstratos (FABRIMAR; WEGENER, 2010).

O termo comportamento também foi difundido e é amplamente discutido na área da psicologia. Compreende-se que é uma complexa e instável interação entre aquilo que um organismo (ser humano) faz (sua ação, resposta, ou atividade) e o ambiente no qual ele realiza (ou apresenta) esse fazer/executar (ação, resposta ou atividade). Dessa forma, a execução de uma ação por um indivíduo resulta na mudança da condição inicial, anteriormente à ação (BOTOMÉ, 2008).

Para exemplificar, o aluno em processo de formação, se seu aprendizado for bem conduzido, espera-se que ele tenha atitudes e comportamentos no ambiente de prática de maneira positiva, construtiva, reflexiva, crítica e efetiva.

As atitudes são executadas, por intermédio das palavras e ações, tendo impacto no comportamento humano. Assim, os indivíduos podem não ter atitude, quanto a uma determinada situação ou fato, o que acontece, quando essa circunstância é inexplorada ou não representa importância, fato que deve ser considerado ao se construir instrumentos de mensuração (VIEIRA, 2016).

A atitude possui três componentes: cognitivo, afetivo e comportamental. Compreendem-se por cognitivo as classificações realizadas por um indivíduo e a relação entre elas. Por exemplo, as crenças, o conhecimento e a experiência pessoal que convergem na formação de um significado cognitivo do objeto de atitude. Já o componente afetivo está diretamente interligado às emoções e aos sentimentos, na associação entre as categorias e os estados agradáveis ou não. Portanto o componente comportamental está relacionado às ações estimuladas pelas atitudes em direção a um determinado objeto (AJZEN, 1970).

Por conseguinte, a atitude relaciona-se com o comportamento, quando há interação entre esses três componentes. A atitude está elencada no pensamento, nas emoções e em como

se expressa o desejo de realizar o comportamento associado a um determinado objeto de atitude, sendo considerado este último a conduta ou postura. Contudo pesquisadores observaram a inexistência de correlação absoluta entre a atitude e o comportamento, pois o objeto atitudinal consiste em uma intenção de se executar um determinado comportamento e é necessário atentar para os sujeitos que nem sempre têm ações em conformidade ao que pensam, já que se leva em consideração a existência de influências externas (AJZEN; COTE, 2008).

Sendo assim, os teóricos da psicologia social discorrem sobre as atitudes que são capazes de prever o comportamento, quando possuem força e consistência, já que são fundamentadas na experiência de vida e quando os sujeitos desenvolvem consciência das suas próprias atitudes (AJZEN; COTE, 2008).

Consequentemente, a *Behavior Planned Theory* ou, em português, a Teoria da Ação Planejada, é substancial com as hipóteses defendidas pelos estudiosos da psicologia social. Permite compreender a concepção de atitudes e seus componentes, além de possibilitar avaliar a consistência do construto “Atitude/ comportamento” que integra o instrumento “*Latino Students Patient Safety Questionnaire (LSPSQ)*” (MIRA et al., 2015a,b).

Diante desse contexto, discutir e analisar a atitude e o comportamento adquirido por alunos em processo de formação acadêmica faz-se necessário. O aluno vivencia, durante o processo ensino-aprendizagem, conceitos de segurança do paciente; se ele assimila a importância do desenvolvimento de habilidades, na vivência clínica, provavelmente, desempenhará ações pautadas em uma prática mais segura ao paciente.

Portanto torna-se essencial a abordagem de segurança do paciente, durante a formação educacional, a partir da interação dos alunos com os cenários de prática, para que eles consigam traçar estratégias efetivas no ambiente de trabalho. Ademais, que os alunos consigam desenvolver mudança de comportamento e propagar a importância da adoção de atitudes mais seguras.

Em um estudo desenvolvido na Espanha, os autores observaram que havia maior envolvimento dos professores dos cursos de enfermagem, para inclusão de discussões acerca da temática no currículo, em relação ao corpo docente de medicina. Eles afirmaram que ainda persiste uma lacuna quanto à maneira mais adequada de abordar o tema, em campos de prática (hospitais e centros de saúde) e a metodologia, para proferir o conhecimento ao desenvolvimento das habilidades esperadas (MIRA et al., 2015b).

Recentemente, em um estudo brasileiro envolvendo residentes multiprofissionais, percebeu-se que áreas profissionais como enfermagem, medicina e fisioterapia, que têm mais

contato direto com o paciente hospitalizado, apresentaram melhor conhecimento e atitudes em relação ao cuidado seguro, comparado à odontologia e à farmácia que não vivenciam constantemente esse contato (OLIVEIRA et al., 2017).

Pode-se afirmar que questionários que avaliam atitudes e comportamento contribuem bastante para reflexão e modificação de práticas desenvolvidas. Os resultados esperados de uma pesquisa que avalia esses constructos podem subsidiar mudança nos currículos dos cursos de saúde, incorporar de forma consistente os conceitos de segurança do paciente no aprendizado, mensurar os conhecimentos e as atitudes após uma intervenção de uma determinada população, além de sustentar estudos futuros sobre intervenções (estudos longitudinais) na área de segurança do paciente (CARRUTHERS et al., 2009).

Sendo assim, espera-se que os alunos de cursos de saúde desenvolvam atitudes positivas, em relação à segurança do paciente, durante o processo de formação e que esse comportamento se estenda às práticas profissionais futuramente.

A utilização de instrumentos de mensuração, para avaliar e analisar comportamentos e atitudes, foi determinada com base em um conjunto de padrões, com o intuito de resguardar a ocorrência de incidentes. Os aspectos psicossociais como atitudes só podem ser mensurados de maneira indireta, pois não são aptos à observação (AJZEN; FISHBEIN, 1980).

Então, as atitudes podem ser avaliadas por intermédio de assertivas relacionadas às crenças sobre um determinado objeto ou circunstância. Para cada assertiva são atribuídos opções de repostas que especificam concordância, discordância ou neutralidade (AJZEN; FISHBEIN, 1980). Existem outras opções de mensuração que levam em consideração as diferenças semânticas em relação a um determinado objeto, porém apresentam limitações quanto à escolha adequada de palavras antônimas para os adjetivos relacionados ao conceito atitudinal.

Mediante o exposto, o instrumento “*Latino Students Patient Safety Questionnaire* (LSPSQ)”, utilizado neste estudo, apresenta conformidades com as recomendações propostas pelos teóricos da área da psicologia social. O autor principal da escala integra-se a um Departamento de Psicologia Social e Clínica da Universidade *Miguel Hernández de Elche* em Alicante na Espanha.

3.3.2 Teoria da Ação Planejada ou *Behavior Planned Theory*

O modelo proposto da Teoria da Ação Planejada tem a finalidade de elucidar os fatores que influenciam a alteração de comportamento. Apresenta as variáveis externas como

demográficas, personalidade, atitudes gerais, crenças comportamentais e sua avaliação, crenças normativas e sua motivação. Compreende-se por atitudes gerais a percepção comum da sociedade sobre determinada situação, que possui influência sobre o desenvolvimento das atitudes das pessoas (AJZEN, 2002).

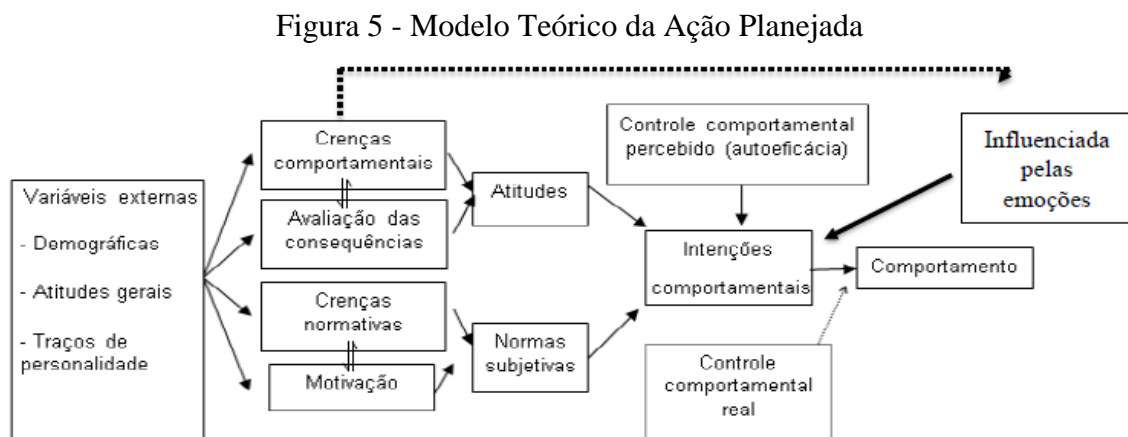
Conforme essa teoria, os indivíduos determinam seus comportamentos mediante análises das consequências originadas de suas decisões. Dessa maneira, o comportamento é determinado pelas atitudes e pelas crenças.

As crenças comportamentais são a base cognitiva das atitudes, influenciada pelas experiências de vida do sujeito e convivências com os outros. Transpõem a forma de pensar em concordância a um determinado objeto ou circunstância. De modo igual, a avaliação do desfecho possui a função de conferir fundamento às crenças, sendo a avaliação transformada em atitude (AJZEN, 1991).

Já as crenças normativas predizem o que os indivíduos significativo-importantes, para uma determinada pessoa, julgam o que ele deva fazer, por isso, tem relação com a avaliação (AJZEN, 1991).

Dessa maneira, a crença comportamental e a análise desse comportamento constituem a atitude, simultaneamente em que a crença normativa e a motivação representam a norma subjetiva (AJZEN, 1991).

A Figura 5 representa a Teoria da Ação Planejada proposta por Ajzen (1991).



Fonte: Vieira (2016); adaptado por Ajzen (1991).

A percepção sobre a possibilidade de se obter êxito, mediante um comportamento e sobre a capacidade de executá-lo, representa influência direta sobre as intenções vinculadas ao

comportamento. Assim, deve-se supor a interação dos fatores ambientais na duração ou modificação de crenças, atitudes e comportamentos (AJZEN; FISHBEIN, 2005).

Logo se faz essencial conhecer o postulado teórico que fundamenta a atitude e o comportamento do ser humano e quais as suas influências desde a sua formação acadêmica em cursos da área de saúde. Moldar as atitudes, as habilidades, os conhecimentos e o comportamento, no processo ensino-aprendizagem, torna o indivíduo capaz de prestar uma assistência em saúde mais segura.

No contexto da temática segurança do paciente, assinala-se que as atitudes, o comportamento e as habilidades de um profissional de saúde podem impactar de forma negativa ou positiva no cuidado prestado ao paciente e, conseqüentemente, podem aumentar ou diminuir os eventos adversos no ambiente de trabalho.

Sendo assim, para que ocorra a mudança na cultura de segurança nas instituições de saúde, futuros profissionais devem dispor de conhecimentos, habilidades e atitudes para identificação, investigação, prevenção, controle e tratamento dos possíveis erros que possam aparecer durante a prestação do cuidado.

Nesse contexto, cursos de graduação de saúde podem ser propulsores de conhecimentos e de mudança de comportamento a respeito do erro humano e a segurança do paciente. Ressalta-se que os alunos, que tiveram contato desde a graduação com essa temática, mostram-se mais encorajados e empoderados para reconhecer a relevância e magnitude do tema e identificar como isso tem impacto na qualidade da assistência prestada (YOSHIKAWA et al., 2013).

Com isso, se, desde o início da formação desses alunos, forem trabalhados todos os fatores que permeiam esse processo de construção das habilidades e das competências, será possível estabelecer uma cultura de segurança pautada em atitudes efetivas para um cuidado seguro (CAUDURO et al., 2017).

Contudo, ainda, é um desafio proporcionar interação da teoria (conhecimento que o indivíduo adquiriu) e a prática (desenvolvimento da teoria no ambiente), pois os alunos inseridos nos campos de prática ainda não vivenciaram práticas como profissionais, pautadas nos pilares da qualidade. Isso desfavorece ainda mais a assimilação dos conteúdos teóricos apresentados pela fragmentação da práxis (PEDREIRA, 2009; YOSHIKAWA et al., 2013).

Com a finalidade de sintetizar os tópicos discutidos no referencial teórico e a relação com os domínios do instrumento em estudo “*Latino Students Patient Safety Questionnaire (LSPSQ)*” foi elaborado o mapa conceitual conforme a Figura 6.

alguns construtos: a capacidade para o autocuidado, a qualidade de vida, a cultura de segurança, o apoio social, a depressão, a dor, a ansiedade, a atitude e o comportamento, dentre outros (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Portanto elaborar novos instrumentos específicos, para cada cultura, é dispendioso e demorado e não possibilitaria realizar estudos de comparação entre diferentes países ou culturas. Assim, a adaptação cultural e validação de um instrumento já existente é sugerida pela operacionalização e as vantagens desse processo. Um instrumento adaptado culturalmente remete igualdade em relação ao questionário original (BEATON et al., 2007).

Nessa perspectiva, a análise psicométrica emerge como ramo da estatística que aprofunda os fenômenos psicológicos e estipula valores a um objeto, seguindo um percurso metodológico que garanta a confiabilidade e a validade dos resultados mensurados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Para usar esses instrumentos em populações com outros idiomas e culturas diferentes do questionário original, deve-se realizar um processo de adaptação cultural (ATC), que requer uma avaliação rigorosa da tradução, adaptação e, posteriormente, a análise das suas propriedades psicométricas. Em outras palavras, o percurso metodológico é dividido em duas etapas: etapa I referente à adaptação cultural e etapa II correspondente à validação do instrumento (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). O estudo em questão realizará somente a etapa I, neste momento, sendo a etapa II desenvolvida posteriormente.

A adaptação cultural envolve a transformação linguística e cultural do instrumento original, para ser empregado em outros países ou regiões de culturas e línguas diferentes, sem perder as suas propriedades psicométricas originais (EPSTEIN; SANTO; GUILLEMIN, 2015). Segundo Beaton et al. (2007), nesse processo, assegura-se a consistência entre a versão original e a traduzida do instrumento.

Todavia a falta de rigor metodológico, referente ao uso de instrumentos de mensuração elaborados em outras localidades, é um desafio encontrado, pois não é incomum pesquisadores traduzirem informalmente um instrumento, ou mesmo procederem à alteração dos seus itens, como excluir ou incluir componentes sem promover testes rigorosos que aumentem a confiabilidade e a validade do instrumento. Isso compromete a qualidade dos dados gerados e impede a comparação de estudos sobre o mesmo tema (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Por conseguinte, para validar o conteúdo do instrumento, após as traduções e adaptações, ele deverá ser aplicado à população-alvo. Primeiramente como pré-teste, sendo elencado o número de participantes para averiguar a compreensão dos envolvidos. Caso haja

modificações, o instrumento deverá ser reavaliado, até conter todos os itens adaptados e compreensíveis ao idioma da população estudada (BEATON et al., 2000, 2007).

Salienta-se que o processo de adaptação cultural pode ser desenvolvido para ajustes de compreensão de linguagem, em regiões locais, não somente quando o instrumento for elaborado em outro país. Um exemplo é a diversidade cultural encontrada no Brasil. Dependendo da região e da população de interesse, o instrumento deve estar adequado aos objetivos da pesquisa e ao público a ser pesquisado. Pode-se citar, para exemplificar: instrumento de coleta de dados desenvolvido para uma determinada população que será aplicada à população indígena (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) mencionam que, em regiões com diferentes idiomas e culturas, é necessária a tradução e o processo de adaptação cultural para ocorrer o ajustamento das palavras aos contextos culturais. Contudo, esse processo deve seguir uma metodologia rigorosa proposta por teóricos, para assegurar a confiabilidade e validade do estudo.

Então, com a finalidade de obter diretrizes robustas e sólidas para o processo de tradução alicerçado em evidências científicas, os autores Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) desenvolveram uma revisão integrativa da literatura. Essa análise embasou o desenvolvimento de uma nova metodologia para conduzir o processo de tradução e adaptação cultural de instrumentos. Posteriormente, foram revisadas e reelaboradas por Beaton et al. (2000, 2007), com contribuições atuais de Epstein, Santo e Guillemin (2015).

O processo metodológico proposto por Beaton et al. (2000, 2007), para tradução e adaptação cultural de instrumento, é descrito em etapas a seguir. Tal referencial tem sido utilizado recentemente em vários estudos brasileiros de adaptação na área de segurança do paciente (CARVALHO, 2011; LOURENÇÃO, 2015; REIS, 2013).

Estágio I - Tradução inicial: dois tradutores bilíngues independentes traduzirão a versão original do instrumento para o idioma alvo (população a ser estudada), que deve ser a língua materna de ambos, gerando duas versões. Em seguida, as versões são comparadas e as discrepâncias entre elas são resolvidas. Um dos tradutores (T1) deve estar ciente dos conceitos analisados pelo instrumento, permitindo uma maior equivalência do ponto de vista clínico. O outro tradutor (T2) não deve ser informado dos objetivos do questionário e, de preferência, não deve estar envolvido na área clínica (BEATON et al., 2000, 2007).

Estágio II - Síntese das Traduções: os dois tradutores e um observador sintetizarão as duas traduções. Isso levará à produção da primeira versão consensual do instrumento (T12) (BEATON et al., 2000, 2007).

Estágio III- Retrotradução (*Back-translation*): dois tradutores que não têm conhecimento da versão original da escala e que possuem como língua materna o idioma da versão original irão traduzir a versão obtida no estágio II (T12) novamente para a língua de origem. Em seguida, as versões produzidas pela retrotradução serão comparadas com o instrumento original, com o objetivo de corrigir possíveis erros. Nessa fase, ambos os tradutores devem desconhecer os conceitos avaliados e, de preferência, não ter formação clínica (BEATON et al., 2000, 2007). Entretanto Epstein, Santo e Guillemín (2015) abordam em seus estudos que esse estágio pode não ser mandatório, ficando a cargo do investigador decidir a qual conduta seguir. Ainda não há evidência que comprove com segurança essa afirmação (BEATON et al., 2000, 2007). Optou-se por manter a Retrotradução no presente estudo.

Estágio IV - Comitê de especialistas: a composição mínima do comitê multiprofissional deve considerar metodologistas, profissionais das áreas de saúde e linguagem, profissionais que trabalham com a mesma temática, tradutores bilíngues. Nessa fase, é preconizado o contato próximo com os autores da versão original. Dessa forma, o comitê consolidará todas as versões produzidas (T1, T2, T12, R1 e R2), produzindo a versão pré-final do instrumento para testes de campo.

Existem divergências na literatura em relação ao número ideal de especialistas no Comitê. Alguns autores recomendam um mínimo de cinco e um máximo de dez pessoas. Outros sugerem de seis a vinte pessoas, sendo composto por um mínimo de três indivíduos em cada grupo de profissionais selecionados para participar (GRANT; DAVIS, 1997; LYNN, 1986).

Echevarría-Guanilo et al. (2006) sugerem uma mudança na ordem das etapas propostas por Beaton et al. (2000, 2007). As autoras justificam que a avaliação pelo Comitê de especialistas, antes da Retrotradução (*Back-translation*), possibilita que sejam identificados erros ou problemas de compreensão do texto os quais poderiam ser alterados na versão traduzida. E, caso essa versão já tiver sido avaliada pelos retrotradutores, as mudanças poderiam não ser contempladas na etapa de tradução para a língua de origem do instrumento e a finalidade dessa fase não seria efetivada.

A validade de conteúdo de um instrumento de mensuração averigua a extensão, em que a especificação sobre a qual ele foi produzido, ou seja, contempla o propósito para qual o instrumento foi criado. Geralmente, retrata o grau em que uma amostra de itens, tarefas ou questões de um construto reflete um universo definido ou um domínio de um conteúdo (SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006).

A validade de conteúdo pode ser feita por meio da análise de um comitê de especialistas (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Diante disso, quando se refere a um processo de adaptação cultural, orienta-se a formação de um comitê multidisciplinar (HUTCHINSON; BENTZEN; KONIG-ZANHN, 1996).

Como não há testes estatísticos específicos para avaliação da validade de conteúdo, usualmente utiliza-se uma abordagem qualitativa, por intermédio da avaliação do comitê de especialistas e após uma abordagem quantitativa com a utilização do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

O IVC avalia aspectos/questões como ambiguidade, clareza, representatividade e compreensão, promove o direcionamento das necessidades de alterações na versão traduzida, para garantir as equivalências (EPSTEIN; SANTO; GUILLEMIN, 2015). Para calculá-lo, é necessário que os participantes do Comitê respondam a uma escala do tipo *Likert*, com intuito de avaliar se será necessária a retradução do instrumento a partir das seguintes respostas: 1) requer retradução completa; 2) requer retradução parcial com muitas alterações; 3) requer retradução parcial com poucas alterações; 4) não requer retradução. O escore gerado do IVC é obtido por intermédio das somas das opções de resposta 3 (três) e 4 (quatro), tendo por razão o total de respostas obtidas durante a análise. Os itens que receberem pontuação de 1 (um) ou 2 (dois) devem ser revisados ou eliminados.

Segundo Alexandre e Coluci (2011), o valor para interpretação do IVC, é de 0,78, valor mínimo adotado para instrumentos previamente construídos e já validados em outras culturas.

Outros autores sugerem adotar como índice de concordância aceitável entre os membros do comitê de especialistas o valor mínimo de 0,80 e, preferencialmente, maior que 0,90 (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Outra maneira de obter o valor de validade de conteúdo é pela Porcentagem de Concordância entre os juízes. Utiliza-se da fórmula expressa (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; TILDEN; NELSON; MAY, 1990; TOPF, 1986):

$$\% \text{concordância} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes que concordaram (resposta 4)}}{\text{Número total de participantes}} \times 100$$

Recomenda-se considerar como taxa aceitável de concordância entre os membros do comitê o valor de 90% (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017; POLIT; BECK, 2006). Os itens que obtiverem porcentagem inferior a 90% deverão retornar ao comitê de especialistas. Após consenso, será gerada a versão pré-final aplicada no pré-teste.

Assim, o comitê tem a função de atestar que a versão final seja compreensível para a população estudada (BEATON et al., 2007; GUILLEMIN, 1995). Isto é, avalia o grau em que cada item do instrumento de medida é representativo de um específico construto com uma finalidade particular de avaliação (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

O Comitê de especialistas é convidado a revisar de forma criteriosa todas as versões elaboradas, registrar as discussões e as decisões tomadas com o intuito de garantir as equivalências semântica, idiomática, conceitual e experiencial do instrumento. Além de avaliarem as suas instruções de preenchimento e aparência. As equivalências entre a versão original e a traduzida devem ser analisadas nas quatro áreas (BEATON et al., 2000, 2007; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

“A equivalência refere-se ao grau de concordância entre dois ou mais observadores quanto aos escores de um instrumento”. A maneira mais usual de analisar a equivalência é a confiabilidade inter-observadores, que compreende a avaliação independente dos avaliadores. Nessa circunstância, o instrumento é preenchido por no mínimo dois juízes treinados, havendo equivalência quando as pontuações obtidas forem as mesmas (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Na literatura científica, encontram-se vários roteiros propostos para tradução e adaptação de instrumentos. Destaca-se o Modelo Universalista de Herdman et al. (1998) que também propõem uma apreciação de equivalência entre o instrumento original e aquele adaptado, o qual aborda seis equivalências, a saber, equivalência conceitual, de item, semântica, operacional, de mensuração e funcional. A abordagem universalista prevê que a cultura do sujeito afeta a forma de responder a um conceito a ser investigado pelo instrumento de mensuração utilizado na coleta de dados (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

No presente estudo, foi dada ênfase à equivalência conceitual, de itens e operacional, conforme o Modelo proposto por Herdman et al. (1998) e a equivalência semântica, idiomática e experiencial/cultural teorizado por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993). A equivalência de mensuração e funcional não foram exploradas, já que o questionário não foi

validado neste momento. Esta pesquisa contemplou então a fase de tradução e adaptação cultural do instrumento “*Latino Students Patient Safety Questionnaire (LSPSQ)*”. O Quadro sinóptico 2, descrito a seguir, traz embasamento teórico e metodológico sobre os tipos de equivalências, conforme os modelos teóricos de Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) e Herdman et al. (1998).

Quadro 2 - Conceitos e principais estratégias para análise das equivalências. Divinópolis, 2018.

(continua)

Tipos de equivalências	Estratégia para avaliação
<p>Conceitual (Herdman et al., 1998): consiste na exploração do construto de interesse e dos pesos dados aos seus diferentes domínios constituintes no local de origem e na população-alvo onde o instrumento será adaptado.</p> <p>Conceitual (Guillemin, Bombardier, Beaton, 1993): representa a coerência do item em relação àquilo a que se propõe medir; palavras, frases e expressões podem ter equivalência semântica e terem conceitos diferentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Revisão bibliográfica envolvendo publicações da cultura do instrumento original e da população a ser pesquisada. – Elaboração de mapa conceitual para esclarecimento e identificação dos domínios do questionário para avaliação se há a possibilidade do instrumento ser adequado para o Brasil, no caso. – Discussão com especialistas da área a ser pesquisada e com a população-alvo
<p>Itens (Herdman et al., 1998): consiste em analisar e avaliar a pertinência e a relevância dos itens do instrumento ao novo contexto ao qual está sendo adaptado (captação de cada um dos itens)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Discussão com especialistas (grupos de pesquisas) e com a população-alvo.
<p>Semântica (Guillemin, Bombardier, Beaton, 1993): refere-se à correspondência do significado das palavras. Baseia-se na avaliação gramatical e do vocabulário, isto é, as palavras possuem os mesmos significados?</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Traduções e Retrotraduções; – Avaliação da equivalência semântica entre as retrotraduções e o original. – Discussão com a população-alvo e com especialistas nas áreas de tradução, linguística e saúde.
<p>Idiomática (Guillemin, Bombardier, Beaton, 1993): refere-se ao uso das expressões equivalentes em ambos os idiomas. Termos e expressões idiomáticas são difíceis de traduzir (coloquialismo). É necessário buscar uma palavra similar no idioma alvo sem que comprometa os itens do original.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Traduções e Retrotraduções. – Avaliação da equivalência semântica entre as retrotraduções e o original. – Discussão com a população-alvo e com especialistas nas áreas de tradução, linguística e saúde.
<p>Cultural ou experiencial (Guillemin, Bombardier, Beaton, 1993): situações, vivências e experiências evocadas nos itens do instrumento devem corresponder às vivenciadas no contexto cultural a qual o questionário está sendo traduzido e adaptado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliação pelo Comitê de Juízes e pesquisadores quanto à pertinência e adequação do instrumento para a população a ser pesquisada, tendo consideração o contexto de vida dos sujeitos.
<p>Operacional (Herdman et al., 1998): corresponde a uma comparação entre os aspectos de utilização de um instrumento nas populações-alvo e fonte, de maneira que a eficácia seja semelhante. Diz respeito à utilização do último formato do instrumento em adaptação na cultura alvo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliação pelo grupo de pesquisa, Comitê de especialistas e população-alvo (pré-teste): * Formato das questões e instruções, cenário de administração, aplicação do instrumento (modo e tempo) e o modo de categorização.

Quadro 2 - Conceitos e principais estratégias para análise das equivalências. Divinópolis, 2018.

(continua)

Tipos de equivalências	Estratégia para avaliação
Mensuração (Herdman <i>et al.</i>, 1998): busca a similaridade entre as propriedades psicométricas dos instrumentos original e o adaptado, adequação dos itens, da confiabilidade do instrumento e dos tipos de validade procedentes.	– Estudos psicométricos (Testes estatísticos) *Adequação dos itens, avaliação da confiabilidade (Alfa de <i>Cronbach</i>) e avaliação de validade de construto e de critério.
Funcional (Herdman <i>et al.</i>, 1998): constitui-se a partir do desenvolvimento de todas as cinco equivalências: conceitual, itens, semântica, operacional e mensuração.	- É dado pelas equivalências analisadas nas demais etapas.

(conclusão)

Fonte: Adaptado de Beaton et al. (2000); Guillermin, Bombardier e Beaton (1993); Herdman et al. (1998); Reichenheim e Moraes (2007).

Ressalta-se que, durante o processo de avaliação e análises do instrumento traduzido, não havendo consenso entre os especialistas do Comitê, pode ser necessária uma revisão do processo da tradução e retrotradução para melhor compreensão de alguma expressão ou palavra. Sendo assim, os especialistas escolhidos, preferencialmente, devem conhecer bem a língua-alvo e a do instrumento original, pois essa revisão pode ser feita por eles mesmos (BEATON et al., 2007).

A finalidade desse estágio é garantir a replicabilidade da medida, incluindo ou excluindo itens, tornando-o adequado à população-alvo para alcançar os objetivos (BEATON et al., 2000).

Estágio V - Pré-teste da versão pré-final do instrumento: a fase final do processo de adaptação cultural é o pré-teste. Na literatura existem outras técnicas para avaliar a equivalência e a validade de face da versão adaptada culturalmente. Elas consistem na submissão do instrumento às pessoas leigas no assunto do construto, bilíngues, em vez de aplicar a uma amostra da população a ser pesquisada (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Conforme Beaton et al. (2000, 2007), a amostra ideal para realização do pré-teste no processo de adaptação cultural de um instrumento é de 30 a 40 participantes. Cada participante responde ao instrumento e é lhe solicitado que responda às questões de acordo com os significados de cada item e suas respostas.

Portanto assegura a análise da equivalência do instrumento, para a população a ser pesquisada, de forma que os participantes realmente compreendam os objetivos do questionário (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Estágio VI- Apresentação da documentação para os autores do instrumento: consiste na submissão de todos os relatórios e formulários utilizados durante o processo de adaptação cultural para os autores do instrumento. Não cabe a esses autores a modificação do conteúdo, pois se presume, com a efetivação de todo o processo de adaptação cultural, que uma tradução razoável tenha sido alcançada (BEATON et al., 2007).

O processo de validação do instrumento ocorre somente após o processo de adaptação cultural, pois há a necessidade de avaliação das suas propriedades psicométricas (equivalência de mensuração), para verificar se ele retém as características do instrumento original (BEATON et al., 2000; HERDMAN et al., 1998).

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico direcionado para aprimorar métodos de obtenção, organização e elaboração de dados, tratando da construção, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Foi realizada a adaptação cultural do instrumento “*Latino Students Patient Safety Questionnaire* (LSPSQ)”, utilizando a proposta metodológica de Beaton et al. (2000, 2007) e foi aplicado aos alunos do curso de graduação de Enfermagem que estavam no último ano e aos alunos do curso de Medicina que estavam nos dois últimos anos, ou seja, que se encontravam inseridos na prática clínica hospitalar (MIRA et al., 2015a, 2015b).

Justifica-se a escolha desse instrumento por mais se aproximar das características culturais do Brasil, já que ele foi desenvolvido em uma população latina e por possuir propriedades psicométricas bem elaboradas.

Em março de 2016, o autor principal foi consultado via *e-mail* e autorizou a tradução para o português e a sua disponibilização para validação em estudantes brasileiros em um estudo posterior a este (ANEXO A).

4.2 O INSTRUMENTO “LATINO STUDENTS PATIENT SAFETY QUESTIONNAIRE (LSPSQ)”

O “*Latino Students Patient Safety Questionnaire* (LSPSQ)” (ANEXO B e ANEXO C) é um questionário recente, autoaplicável, criado por pesquisadores espanhóis, com finalidade de avaliar atitudes e conhecimentos sobre segurança do paciente de estudantes de medicina e enfermagem latinos durante a vivência clínica na área hospitalar. Foi o primeiro estudo na América e na Espanha que objetivou desenvolver um questionário para avaliar os resultados dos currículos de ensino em segurança do paciente (MIRA et al., 2015a).

Foi elaborado a partir de uma revisão bibliográfica em bases de dados eletrônicos *Pubmed* e *Scopus*, mediante descritores “*core competencies*”; “*patient safety*”; “*medical error*”; “*knowledge*” e “*attitudes*” relacionados a estudantes de medicina e enfermagem. Foram incluídos todos os artigos de revistas e jornais publicados nas línguas inglesa e espanhola, a partir do ano 2000. O teste-piloto do LSPSQ com 25 itens definidos foi aplicado a dez estudantes espanhóis dos cursos de enfermagem e medicina, sendo considerado satisfatório para dar continuidade ao processo de validação (MIRA et al., 2015a). Cabe

salientar que o título/ nome do instrumento escreve-se em inglês, e os seus itens e dimensões na língua espanhola. O autor foi questionado e solicitou que a equipe pesquisadora mantivesse o nome original, pois o instrumento é conhecido mundialmente por LSPSQ.

O cenário escolhido, para criação e validação do questionário LSPSQ, foram estudantes matriculados de oito universidades latinas em cinco países. A amostra foi de 786 alunos (n= 299 Enfermagem e n= 443 Medicina). A estimativa de erro foi de 3% a 5% e, como critério de inclusão, as universidades tinham que ter envolvimento com cursos de pós-graduação com abordagem na temática segurança do paciente (MIRA et al., 2015a).

Para o processo de validação da versão original, foram realizadas análises exploratórias de componentes principais para determinar a unidimensionalidade dos fatores propostos. O critério do autovalor foi determinado como igual a 1 (um), baseado no cálculo do *Teste Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e no teste de esfericidade de *Bartlett*. A extração dos fatores foi feita pela rotação Varimax. Um fator de carga superior a 0,5 foi considerado um nível aceitável para valores de *missing* (MIRA et al., 2015a).

A consistência interna (confiabilidade) do instrumento foi calculada pelo Alfa de *Cronbach*. Os valores aceitáveis foram definidos como aqueles maiores que 0,7. Foi adotado valor de significância de 0,05. Para análise da validade de construto convergente, foi realizado o teste de correlação de *Pearson* com valores de referência aceitáveis definidos como as maiores que 0,3 para todos os itens. Valor considerado de moderado a forte intensidade de correlação (MIRA et al., 2015a).

Na análise confirmatória, o questionário foi refinado utilizando vários modelos. Dessa maneira, itens do questionário foram sucessivamente eliminados a partir dos seguintes critérios: 1) não apresentavam coeficientes de regressão fatorial com significância estatística (teste t de Aluno > 2,58, P = 0,01); 2) apresentaram coeficientes padronizados <0,5; ou 3) contribuíram pouco para a capacidade explicativa do modelo (utilizando R² <0,30 como um ponto de corte) (MIRA et al., 2015a).

Assim, quatro das 25 afirmativas do LSPSQ foram eliminadas. Após a remoção das quatro afirmativas, verificou-se que a consistência interna do modelo resultante, para confirmar que a estrutura das dimensões não havia mudado e as estatísticas empregadas nas análises exploratórias iniciais mantiveram-se satisfatórias (MIRA et al., 2015a).

Foram eliminadas as seguintes afirmativas: quatro (*Durante mis prácticas he observado que se incentiva a los profesionales que evitan riesgos a los pacientes*); cinco (*Creo que informar a los pacientes de los errores clínicos propicia una mala imagen de los profesionales*); oito (*Me he dado cuenta de que lo más seguro cuando tengo una duda es*

preguntar a um compañero, al tutor o a algún profesional) e dezessete (*Creo que la mayoría de eventos adversos ocurren como resultado de fallos múltiples del sistema y no son atribuibles a acciones individuales*) (ANEXO C).

Ressalta-se que a versão original do instrumento disponibilizada pelos autores contém 25 afirmativas sobre atitude e conhecimento de segurança do paciente, além de cinco perguntas de múltipla escolha sobre evento adverso, mas essas últimas perguntas não foram validadas no estudo citado. Portanto optou-se por excluí-las desta investigação (ANEXO C e D). O mesmo, após ser validado na cultura latina, foi usado como instrumento de coleta de dados de um estudo transversal, descritivo, quantitativo desenvolvido pelo mesmo grupo de pesquisa para uma amostra de 79 alunos matriculados em três universidades da Espanha, com a finalidade de analisar os conhecimentos e atitudes em relação à temática (MIRA et al., 2015b).

O critério de validade de construto do LSPSQ foi determinado pela validade convergente e divergente. Ao analisar o peso de cada afirmativa em sua respectiva dimensão, avaliou-se o grau de relacionamento entre os elementos (MIRA et al., 2015a).

Finalmente, a validade de critério foi analisada para confirmar a validade externa. Para analisar essa relação, vários modelos de regressão linear múltipla foram executados, utilizando variáveis relacionadas à cultura da segurança do paciente (MIRA et al., 2015a).

As variáveis dependentes do estudo foram: “eventos Adversos (EA’s) por falhas múltiplas do sistema e falhas do sistema único”; “incentivos aos profissionais”; “expressar dúvidas aos profissionais de saúde, instrutores ou colegas” e “a divulgação de erros gera aos profissionais de saúde uma imagem ruim”. Já as variáveis independentes foram as cinco dimensões do instrumento: “Franqueza na comunicação (FCP)””; “Atitude proativa para evitar risco à segurança (AP)””; “Consciência do Erro (CE)””; “Compreensão do Fator Humano (CFH)” e “Complexidade dos Sistemas e suas interrelações (CS)””. Nas várias análises que foram realizadas, as diferenças foram consideradas estatisticamente significativas quando $p < 0,05$ (MIRA et al., 2015a).

Ao final, o instrumento LSPSQ de 25 afirmativas foi reduzido para 21 afirmativas agrupadas em cinco dimensões distribuídas da seguinte forma: FCP (FCP1 a FCP8: oito afirmativas); AP (AP1 a AP4: quatro afirmativas); CE (CE1 a CE3: três afirmativas); CFH (CFH1 a CFH4: quatro afirmativas) e CS (CS1 a CS2: duas afirmativas). Cada afirmativa é avaliada em uma escala de *Likert* de cinco pontos com opções de respostas: (1) discordo totalmente; (2) discordo; (3) não concordo, nem discordo; (4) concordo e (5) concordo totalmente (MIRA et al., 2015a).

O LSPSQ tem 19 afirmativas redigidas positivamente (FCP1; FCP2; FCP3; FCP4; FCP5; FCP6; FCP7, FCP8; AP1; AP2; AP3; AP4; CE1; CE2; CE3; CFH1; CFH2; CFH3; CFH4) e 2 (duas) formuladas negativamente (CS1 e CS2). As afirmativas redigidas positivamente devem ter os valores de pontuações invertidos (ex., 1=4, 2=3, 3=2, 4=1) (MIRA et al., 2015a).

Em relação à pontuação do questionário, cada dimensão é a pontuação média das afirmativas que compõem cada dimensão. Ao analisar as dimensões do instrumento, considera-se que pontuações iguais ou superiores a quatro pontos denotam que o estudante teve oportunidade de adquirir a competência em segurança do paciente esperada (MIRA et al., 2015a, 2015b).

A estrutura do LSPSQ é muito semelhante ao questionário proposto por Flin et al. (2009). Entretanto difere do mesmo por avaliar um conjunto de competências (incluindo atitudes) adquiridas durante a vivência clínica (estágio) (MIRA et al., 2015a).

Comparado com o instrumento canadense *Health Professional Education Patient Safety Survey* (H-PEPSS) de Ginsburg et al. (2012), difere por ser projetado para mensurar a percepção dos profissionais de saúde quanto à sua competência de segurança do paciente; e a utilização do H-PEPSS é mais onerosa, pois abrange a mudança de práticas pré- estabelecidas por outras inovações.

Este estudo teve algumas limitações. A primeira foi referente à capacidade de generalização dos dados, para todas as universidades latino-americanas e espanholas, pois o critério de inclusão, para escolha das universidades, era ser integrante do programa de treinamento de segurança do paciente.

O enfoque foi a metodologia de validação do instrumento, portanto não pode ser determinado: 1) se o instrumento é capaz de captar mudanças no conhecimento e atitudes entre os alunos, após receber uma nova informação de segurança do paciente; 2) impacto nas respostas dos estudantes quanto ao treinamento específico de seus professores e preceptores e 3) avaliação do instrumento em futuros programas de treinamento sobre a temática. Os autores sugerem realizações de estudos longitudinais e de intervenção, para descrever o conhecimento e atitude adquirida ao longo do processo de formação ou após receberem um determinado treinamento (MIRA et al., 2015a).

Dentre as limitações do LSPSQ, encontra-se a avaliação de um grupo específico. Verifica-se que a temática é importante em diversas áreas de saúde que envolve o cuidado direto e indireto ao paciente, inclusive, não somente na área hospitalar. O cuidado permeia vários setores de saúde como atenção primária e setores de alta complexidade (nefrologia,

oncologia, hematologia etc). Sendo assim, não se pode generalizar o uso amplo do instrumento em outras áreas, pois, provavelmente, caberia adaptação e adequação para seu uso.

Compreende-se que, no processo de formação do aluno, exige a necessidade da visão holística em todos os âmbitos do conhecimento prático e teórico para aquisição de habilidades e competência com qualidade. O enfoque do estudo foi a segurança do paciente na área hospitalar, enquanto campo de estágio desses alunos. Todavia cabe salientar a importância da abrangência e ampliação da abordagem do tema em outras instâncias.

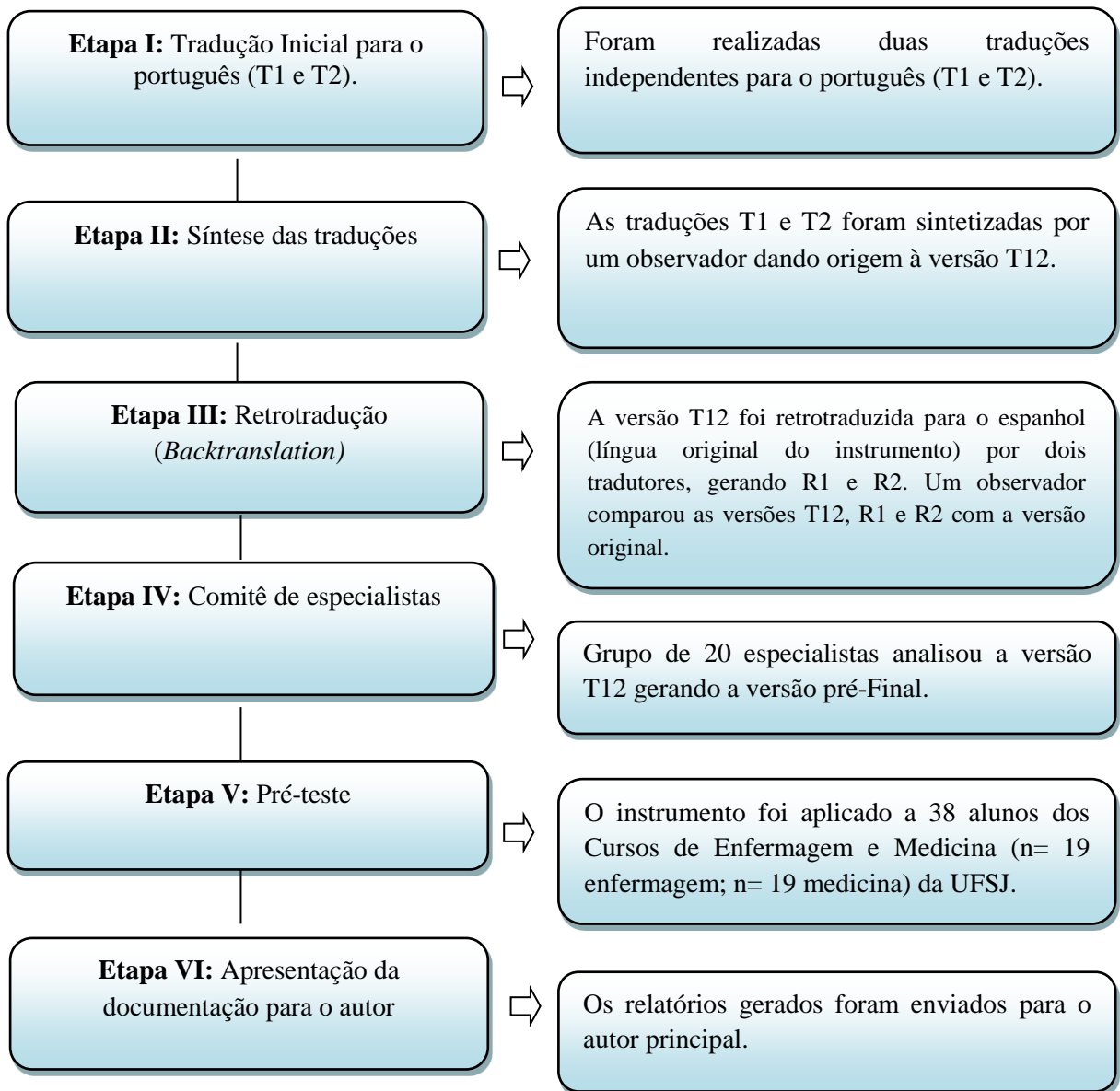
Cabe ressaltar a importância da utilização de instrumentos que avaliam conhecimentos, atitudes e habilidades, pois os resultados obtidos podem propiciar o aumento da consciência das autoridades acadêmicas sobre o quanto é essencial a inserção dessa temática nos currículos de cursos de graduação em saúde. A aplicação desses tipos de instrumentos aliada às diretrizes propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) são ferramentas úteis às mudanças necessárias no processo de ensino-aprendizagem de futuros profissionais de saúde (MIRA et al., 2015a, 2015b).

4.3 PROCESSO DE ADAPTAÇÃO CULTURAL (ATC) DO INSTRUMENTO “LATINO STUDENTS PATIENT SAFETY QUESTIONNAIRE (LSPSQ)”

A adaptação cultural do “*Latino Students Patient Safety Questionnaire (LSPSQ)*”, para o português brasileiro, foi realizada em parceria com o Laboratório Experimental de Tradução da Faculdade de Letras (FALE) / UFMG.

Optou-se por seguir os procedimentos metodológicos propostos por Beaton et al. (2000, 2007) e Herdman et al. (1998), para tradução e adaptação cultural de instrumentos de pesquisa na área da saúde, contemplando seis etapas a serem desenvolvidas ao longo deste estudo: I- Tradução inicial; II- Síntese das traduções; III- Retrotradução (*Backtranslation*); IV- Avaliação pelo Comitê de especialistas; V- Pré-teste e VI- Apresentação da documentação final para o autor original mediante o exposto na Figura 7.

Figura 7 - Processo de Adaptação Cultural (ATC) do “*Latino Students Patient Safety Questionnaire (LSPSQ)*”. Divinópolis, 2018



Fonte: Elaborada pela autora (2018).

4.3.1 Tradução inicial

As traduções individuais do instrumento foram realizadas por dois tradutores independentes, bilíngues, brasileiros, com domínio na língua espanhola.

Um dos tradutores (T1) convidado era professor universitário graduado em Enfermagem, com titulação de pós-doutoramento na área clínica. O outro tradutor (T2) era da área jurídica (Direito) atuava como tradutor remunerado, ambos não foram informados dos objetivos da pesquisa. Foram avisados que não poderiam consultar os artigos científicos

originais que continham o questionário a ser traduzido para o português brasileiro (BEATON et al., 2000, 2007). O contato com os tradutores foi por *e-mail*, sendo enviado um impresso preparado pela pesquisadora, a qual continha três colunas. A primeira coluna com o questionário original, a segunda destinada a eles para a tradução e a última para a escrita, caso necessitassem descrever sugestões e comentários em relação ao processo de tradução. Dessa forma, foram enviados dois documentos independentes: o documento T1 e o documento T2.

O intuito foi alcançar um texto em português que construísse significados semelhantes aos do espanhol e que pudesse apresentar linguagem acessível aos estudantes em formação acadêmica da área da saúde, com recomendações do contexto cultural.

4.3.2 Síntese da tradução

Na segunda etapa, as duas traduções independentes (T1 e T2) foram consolidadas em (T12) pela pesquisadora. A síntese da tradução permitiu averiguar se houve divergências e discrepâncias nas escolhas dos termos e palavras pelos dois tradutores. É importante salientar que não houve preocupação em refinar a tradução, nesse momento.

Para facilitar o processo de análise, foi elaborada uma planilha na qual continha a versão original, a tradução T1, a tradução T2 e a versão-síntese (T12).

A versão T12 foi submetida à análise de um terceiro tradutor com pós-doutorado, professor universitário na área de linguística aplicada, poliglota, cuja língua materna era o espanhol como observador (BEATON et al., 2000, 2007). O principal objetivo dessa revisão foi o refinamento linguístico da síntese das traduções, tendo sido sugeridas mudanças no texto de algumas perguntas e trocas de alguns termos, exceto da terminologia técnica.

Após a análise do observador, o documento síntese foi compartilhado eletronicamente no *GoogleDrive* com os outros dois tradutores para discussão e definição de um consenso em relação as alterações pertinentes a serem realizadas. Nesse contexto, gerou-se a versão-síntese (T12) (APÊNDICE A).

4.3.3 Retrotradução (Back-translation)

A versão- síntese (T12) originou as retrotraduções (R1 e R2) geradas por tradutores independentes os quais foram orientados a não pesquisar o instrumento original. Salienta-se que foram orientados que não poderiam ter interação nesse momento, para que não influenciasse na elaboração dos documentos Retrotradução 1 (um) (R1) e o Retrotradução 2 (dois) (R2).

O retrotradutor R1 era bilíngue, com domínio em espanhol, pós-doutorado em estudos de tradução e linguística aplicada, professor universitário nessa área de concentração. O retrotradutor R2 era bilíngue, a língua materna o espanhol, pós-doutorado em estudos de tradução e linguística aplicada, professor universitário na mesma área de estudo.

O contato com os retrotradutores foi via *e-mail*, sendo enviado um impresso preparado pela pesquisadora. O documento continha três colunas. A primeira continha a versão síntese (T12), a segunda destinada à tradução para o espanhol e a terceira destinada à escrita, caso necessitassem descrever sugestões e comentários. Dessa forma, foram gerados dois documentos independentes: o documento R1 e o documento R2.

Posteriormente, as duas versões retrotraduzidas foram comparadas pela pesquisadora e pelo mesmo observador que gerou a versão síntese (T12), para verificar a existência de alguma alteração semântica entre ambas (R1 e R2), o que revelou a necessidade de reavaliar a tradução de alguns itens, refinando versão síntese (T12) (APÊNDICE B).

4.3.4 Avaliação do Comitê de especialistas

Para escolha dos participantes desse comitê, seguiram-se os critérios de inclusão: o especialista deveria possuir alguma característica que pudesse contribuir de forma produtiva e efetiva com o processo de tradução e adaptação cultural do instrumento na população do estudo. Assim, buscaram-se especialistas com conhecimento na língua espanhola, que já tivessem participado de outros comitês de tradução e adaptação de instrumento; profissionais na área da linguística, com ênfase em estudos de tradução; profissionais de saúde que atuam em serviços de saúde e pesquisadores do tema segurança do paciente.

A seleção dos profissionais que integraram o Comitê de especialistas foi realizada por conveniência a partir de indicação do grupo de pesquisa em estudos linguísticos aplicados da Faculdade de Letras (FALE) e do Núcleo de Pesquisa em Gestão, Educação e Avaliação em saúde (NUGEAS), ambos da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Foram convidados 35 profissionais da área da saúde e da linguística aplicada, sendo 21 da área da saúde e 14 da área da linguística. A participação não foi obrigatória e o participante poderia desistir a qualquer momento. Salienta-se que, a princípio, haviam sido convidados apenas 20 profissionais, sendo dez de cada área. Porém, no decorrer do tempo, houve perdas desses convites iniciais e, para completar o número esperado para a formação do Comitê, procedeu-se à realização de novos convites. Optou-se por escolher um número maior de

profissionais para integração ao Comitê, pois a literatura relata baixa taxa de respostas em pesquisas executadas por meio eletrônico (HOLMES, 2009).

Primeiramente foi elaborada pela pesquisadora uma carta-convite e enviada por *e-mail*, a qual continha os principais objetivos da pesquisa e a descrição das atividades que o perito deveria realizar. Juntamente com a carta foi anexado o Termo de Consentimento Livre-Esclarecido (TCLE) para os participantes do Comitê para maiores esclarecimentos sobre a pesquisa (APÊNDICE C e H).

A versão-síntese (T12) do instrumento traduzido foi cadastrada previamente na plataforma eletrônica da *web e-Surv* (APÊNDICE D). Essa plataforma é gratuita, disponível na *internet* para *download*, após um cadastro simples, necessitando apenas de alguns dados pessoais e um endereço eletrônico de *e-mail* para utilizá-la. Essa ferramenta permite a criação e o envio de questionários, por meio da plataforma da *web* e possibilita o envio após o preenchimento do questionário *on-line*, das respostas, automaticamente, para um banco de dados, eliminando a tarefa de transcrição das respostas.

Para elaboração do questionário de avaliação da versão traduzida do “*Latino Students Patient Safety Questionnaire*”, foram necessários alguns encontros interdisciplinares *on-line* com a finalidade de ajustar o *layout* e o conteúdo do instrumento. Os encontros virtuais envolveram a participação da pesquisadora, das orientadoras deste estudo e duas estudantes. Uma desenvolvia o mestrado em estudos de tradução e linguística aplicada na FALE/UFMG e a outra era discente do 12º período do curso de graduação em Medicina da UFSJ, campus Dona Lindu.

Logo, antes do envio para o Comitê de especialistas, foram realizados quatro testes, para os quais o *link* enviado foi por meio eletrônico para as pessoas envolvidas nos encontros virtuais descritos. O objetivo era verificar a compreensão e a clareza das perguntas do questionário por meio da ferramenta *e-Surv*.

As sugestões foram em relação ao *layout*, à quantidade de perguntas por página (barra de rolagem), ajustes referentes às perguntas sociodemográficas e ao texto de apresentação do questionário de avaliação.

Portanto, posteriormente aos ajustes necessários, o questionário foi enviado ao Comitê de especialistas (APÊNDICE C e D). O questionário inserido na plataforma era composto por versão original do instrumento e pela versão- síntese (T12). Foram cadastrados 27 itens (cinco dimensões, 21 afirmativas e orientações de preenchimento do LSPSQ) na plataforma para análise da compreensão e clareza do texto. A coleta de dados nessa fase aconteceu no período do mês de março e abril do ano de 2017.

Dessa forma, o questionário foi estruturado, conforme a ordem: apresentação e orientações gerais da pesquisa, instruções do instrumento e da plataforma, opções de respostas, afirmativas do instrumento (conforme a ordem de sequência do original), levantamento dos dados sociodemográficos e referentes à experiência e atuação profissional.

Em relação às informações sociodemográficas, foram coletados dados das variáveis: sexo, formação acadêmica (ensino superior incompleto, ensino superior completo, especialização, mestrado em curso, mestrado, doutorado em curso, doutorado, pós-doutorado em curso e pós-doutorado), área de atuação e formação (ensino, pesquisa, prestação de serviços), nível de conhecimento em espanhol (pouco, razoavelmente, bom), participação prévia em comitês de avaliação de instrumentos.

Os especialistas tinham que avaliar se a versão traduzida para o português estava coerente e com linguagem clara, compatível com o instrumento original, na língua espanhola. Portanto foi lhes solicitado que escrevessem com suas próprias palavras o que entenderam, ao ler o texto em espanhol e que marcassem em relação à versão traduzida mediante as opções de respostas: “não requer retradução”, “requer retradução parcial” e “requer retradução completa”. Contudo, se optassem pela resposta “requer retradução parcial” ou “requer retradução completa”, foi lhes solicitado que descrevessem suas sugestões para refinar a versão traduzida (APÊNDICE A).

O perfil dos especialistas do comitê constituído foi 16 (80%) do sexo feminino, quatro (20%) inseridos em programas de mestrado, um (5%) tinha mestrado concluído, oito (40%) inseridos em programas de doutorado, cinco (25%) tinham doutorado concluído, um (5%) com pós-doutoramento em curso e um (5%) com pós-doutoramento concluído.

Em relação à área de atuação, os profissionais da saúde eram enfermeiros e nutricionistas; quatro (20%) atuavam na área do ensino e da pesquisa em gestão da saúde pública, três (15%) em segurança do paciente, um (5%) na área da saúde e do idoso e dois (10%) em educação em saúde. Dos especialistas da área da linguística aplicada, 10 (50%) atuavam em estudos linguísticos de tradução.

Em relação à compreensão da língua espanhola, 14 (70%) declararam que compreendem bem a língua com habilidade de leitura de textos em espanhol. A maioria dos participantes, (15-75%), já teve experiência de participação em comitê de especialistas de tradução e adaptação de instrumentos.

O tempo estipulado pela pesquisadora, para o retorno dos questionários de avaliação preenchidos, foi de sete dias. Os especialistas que não responderam aos questionários nesse período receberam mais dois *e-mails* de reforços, um com sete dias da primeira chamada, e o

segundo com 15 dias, solicitando-lhes novamente o preenchimento do questionário, com a finalidade de aumentar o número de respostas.

Entretanto muitos profissionais não se manifestaram, mesmo com o envio dos dois *e-mails* de reforço. Assim, houve a necessidade de ampliar os convites e estender o tempo de avaliação, para mais sete dias após os 15 dias passados, totalizando 22 dias posteriormente à primeira data.

Todos os especialistas receberam certificado de participação (APÊNDICE E). Mediante as respostas obtidas e das análises da porcentagem de concordância entre os peritos, foi considerada como taxa aceitável de concordância o valor de 90%, ou seja, os itens que obtiveram porcentagem inferior a 90% foram retificados para elaboração de uma versão pré-final para ser aplicada na fase de pré-teste (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; TILDEN; NELSON; MAY, 1990).

Após compilados os dados gerados pela plataforma, foi necessário um encontro presencial entre a pesquisadora, orientadoras e a discente do 12º período do Curso de graduação em Medicina da UFSJ, campus Dona Lindu. A intenção desse encontro foi discutir e registrar os comentários e as sugestões feitas embasadas nos dados levantados, por meio da avaliação do questionário gerado pelo Comitê de especialistas, analisar e discutir as equivalências conceitual, semântica, cultural, de itens, idiomática e operacional (BEATON, 1993; GUILLEMIN; BOMBARDIER; HERDMAN et al., 1998).

Dessa forma, foi gerada a versão pré-final adaptada do instrumento para se prosseguir para a Etapa V do pré-teste na população-alvo (APÊNDICE F).

4.3.5 Pré-teste

A versão pré-final do questionário LSPSQ foi aplicada em uma amostra por conveniência de 38 estudantes dos cursos de graduação em Enfermagem e Medicina da UFSJ, *campus* Dona Lindu, em Divinópolis. O contato com os alunos foi facilitado pelos coordenadores dos cursos e por representantes de turma.

Primeiramente, foi realizado um contato prévio para apresentação do projeto de pesquisa por um *e-mail* com objetivo de sensibilização e conscientização dos alunos sobre a importância e relevância do estudo. A participação não foi obrigatória e o estudante poderia desistir a qualquer momento.

O processo de coleta de dados foi *on-line*, por meio da plataforma gratuita *e-Surv*. Foi elaborada pela pesquisadora uma carta-convite e enviada por *e-mail*, contendo os principais

objetivos e a descrição das atividades que o aluno deveria executar. Juntamente com a carta foi anexado o Termo de Consentimento Livre- Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C e I).

Foram convidados para essa fase 62 alunos matriculados nos Curso de Graduação em Enfermagem e Medicina, porém apenas 38 retornaram o questionário preenchido devidamente. A versão pré-final do instrumento LSPSQ, adaptado para o português brasileiro, foi cadastrado na plataforma pela pesquisadora, sendo dividido em duas seções. A primeira sessão continha a apresentação e orientações sobre o uso da plataforma. A segunda parte continha instruções sobre o instrumento original; perguntas sociodemográficas e, por fim, as 21 afirmativas do LSPSQ.

As finalidades da participação dos alunos nessa fase eram: 1) responderem o questionário sobre atitude e conhecimento sobre segurança do paciente e 2) avaliarem a compreensão, coerência e facilidade de escolha das afirmativas, de maneira a atestar o entendimento relativo aos conteúdos abordados no questionário.

A amostra de alunos foi composta por 19 (50%) alunos matriculados no curso de enfermagem, sendo 12 (31,58%) no 8º período e seis (15,79%) no 9º período, e por 19 (50%) alunos do curso de medicina, sendo um (2,63%) do 9º período, 12 (31,58%) do 10º período, um (2,63%) do 11º período e 6 (15,79%) do 12º período. Todos já haviam realizado estágio supervisionado na área hospitalar. No momento da coleta de dados, 20 (52,63%) estavam inseridos em hospitais, 12 (31,58%) na atenção primária à saúde e 6 (15,79%) em outros campos de estágio. Em relação ao acompanhamento direto do preceptor de estágio no campo de prática, 29 (76,32%) afirmaram serem acompanhados diretamente, 8 (21,05%) disseram “em parte” e apenas um (2,63%) afirmou não ter acompanhamento por um profissional referenciado pela universidade.

Prevaleceram estudantes do sexo feminino 27 (71,05%), com a média de idade de 25 anos e provenientes de cidades mineiras. Quanto ao perfil acadêmico, 8 (21,05%) dos alunos concluíram outro curso na área de saúde (nível técnico e superior). Ao serem questionados sobre a discussão e contextualização da temática nas aulas e estágios, 16 (42,11%) disseram que o assunto foi abordado “poucas vezes”, 3 (7,89%) disseram “não foi abordado” e 19 (50%) alunos afirmaram que o assunto “sempre” é abordado pelos professores.

O foco deste estudo foi desenvolver o processo de adaptação cultural do LSPSQ para o português brasileiro. Portanto os dados referentes às atitudes e ao conhecimento da amostra de alunos sobre segurança do paciente não serão descritos. Serão consideradas apenas as respostas dos alunos referentes à avaliação do entendimento/ compreensão dos itens do instrumento.

Mediante as respostas obtidas e das análises da porcentagem de concordância entre os alunos, foi considerada, como taxa aceitável de concordância, o valor de 90%, ou seja, os itens que obtiveram porcentagem inferior a 90% foram retificados para elaboração da versão-final (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Das 21 afirmativas do LSPSQ somente três afirmativas da dimensão “Franqueza na comunicação (FCP)” tiveram a porcentagem de concordância abaixo de 90%, necessitando revisão. Foram as afirmativas FCP1, FCP2 e FCP 8.

Após o compilado dos dados gerados pela plataforma *e-Surv*, foi construída pela pesquisadora uma planilha no *Excel*®, compartilhada no *GoogleDrive* entre os profissionais: as duas orientadoras, a coorientadora especialista em estudos linguísticos de tradução, uma discente do 12º período de Medicina da UFSJ e um professor universitário, graduado em Enfermagem, com pós-doutoramento em Navarra (Espanha). Além dessa discussão *on-line*, houve a necessidade de um encontro presencial com parte dessa equipe de avaliação.

Os objetivos desses encontros foram discutir e solucionar os problemas de tradução e compreensão, levantados pela amostra de alunos, para que fosse possível definir um consenso sobre a versão final adaptada culturalmente do instrumento LSPSQ (APÊNDICE G).

4.3.5.1 Apresentação da documentação para o autor

A etapa VI correspondente à fase final do processo de adaptação cultural (ATC) que se refere à apresentação da documentação desenvolvida ao longo da pesquisa para o autor original do instrumento do “*Latino Students Patient Safety Questionnaire (LSPSQ)*” (BEATON et al., 2000, 2007).

Todos os relatórios resultantes do processo de tradução e adaptação cultural (ATC) foram encaminhados ao autor principal do instrumento original, o qual aprovou a versão final do LSPSQ para os estudantes brasileiros.

4.3.5.2 Local de realização

Os participantes do estudo, na fase de pré-teste do instrumento “*Latino Students Patient Safety Questionnaire (LSPSQ)*”, foram graduandos do último ano de enfermagem e dos dois últimos anos de medicina da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), *campus* Dona Lindu. Os últimos anos foram escolhidos por constituírem o período de maior contato entre o aluno e os serviços de saúde hospitalar e por caracterizar semelhança com o estudo anterior desenvolvido na Espanha e países latinos. São nesses anos que os alunos

realizam o estágio supervisionado e os quais são distribuídos em vários serviços de saúde individualmente. Eles recebem acompanhamento de um preceptor de estágio, que geralmente é um profissional do serviço (conveniada à universidade) e de um orientador indireto da instituição de ensino. Nessa fase, espera-se que o aluno desenvolva autonomia nas decisões que envolvem suas habilidades práticas e de raciocínio clínico adquiridos ao longo da formação teórica (MIRA et al., 2015a, 2015b).

Optou-se, neste estudo, por convidar apenas os alunos da UFSJ para a fase de pré-teste, visto que o processo de validação envolverá outras instituições de ensino, como a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), pois o cálculo amostral será maior.

O curso de graduação de Enfermagem da UFSJ é da modalidade de bacharelado. Ocorre em horário integral, com duração de nove semestres, equivalente a 4,5 anos, o currículo é integrado e o conteúdo é visto por módulos. A carga horária total é de 4.081 horas, 816 horas são referentes aos estágios supervisionados (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI, 2009).

O estágio curricular supervisionado é desenvolvido, a partir do 4º ano de Curso, em dois semestres (8º e 9º) em instituições de saúde conveniadas com a UFSJ, no município de Divinópolis e outros municípios da região ampliada de saúde Oeste, na modalidade de Internato, mediante convênios com as prefeituras e hospitais. Todos os alunos obrigatoriamente passam pela rede básica e hospitalar (UFSJ, 2009).

Ao analisar a grade curricular do curso de graduação em enfermagem, não foi identificada uma disciplina ou módulo sobre segurança do paciente. Entretanto a pós-graduação *Stricto Sensu*, no programa de pós-graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem (PGENF) e no Programa do Curso de Farmácia, é ofertada uma disciplina optativa sobre essa temática, sendo disponível para alunos da graduação dos cursos de Enfermagem, Farmácia e Medicina (UFSJ, 2015).

O curso de graduação em Medicina da UFSJ, *campus* Dona Lindu, é da modalidade bacharelado, com duração de 12 períodos, totalizando, no mínimo, seis anos. É ofertado, integralmente, com carga horária total de 7.432 horas, o currículo é integrado com progressão linear. O aluno cursa 3.186 horas de internato ou estágio, com início no 5º ano de curso. A partir do 9º período, ele passa por 630 horas no internato de cirurgia, 684 horas no internato em clínica médica, 72 horas no internato em Saúde Mental, 540 horas no internato de ginecologia e obstetrícia, 450 horas no internato de pediatria, 378 horas no internato de Traumatologia e 432 horas no internato em Medicina de família e comunidade (UFSJ, 2015).

Em relação à grade curricular, não foram identificadas disciplinas ou módulos que tivessem como tema central segurança do paciente.

4.3.5.3 População e amostra de estudo

A população escolhida, para a presente pesquisa, compreendeu alunos do curso de graduação de Enfermagem e de Medicina da UFSJ. Critérios de inclusão foram adotados: estarem matriculados regularmente nos dois últimos anos do curso de medicina e no último ano de enfermagem, inseridos em campo de prática hospitalar, conforme estudo prévio realizado pelo autor do questionário original (MIRA et al., 2015a, 2015b).

A amostra, para realização do pré-teste, foi de 38 participantes, sendo 19 alunos do curso de graduação em Enfermagem e 19 alunos do curso de graduação em Medicina, conforme referencial metodológico (BEATON et al., 2000, 2007).

4.3.5.4 Coleta de dados

Os dados relativos ao pré-teste foram coletados *on-line* pela pesquisadora. Utilizou-se um sistema de *software* eletrônico gratuito que permitiu a coleta de dados, por meio de questionários eletrônicos autoaplicados, utilizando como plataforma computadores conectados à internet.

O sistema de *software* usado neste estudo foi a plataforma gratuita *e-Surv*, ferramenta digital que permite elaborar questionários on-line, realizar levantamentos, comparação e análise de resultados. O *link* para acesso ao questionário LSPSQ, já traduzido para o português brasileiro, foi disponibilizado para os alunos por *e-mail* individualmente, com intuito de realizar a adequação cultural do instrumento, para gerar a versão final. No corpo do *e-mail* continha a carta-convite aos participantes, assinada pela pesquisadora responsável e, juntamente, foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A página inicial continha as instruções de como responder ao questionário (APÊNDICE C, H e I).

Para evitar erros, o sistema foi configurado de maneira a não permitir que o participante progredisse na pesquisa, sem responder à pergunta. Esse mecanismo evitou que algum item ficasse sem resposta. As respostas eram validadas à medida que ele respondesse, garantindo consistência das informações. Todavia não precisava responder ao questionário todo de uma vez, poderia acessar novamente o questionário para dar continuidade ao preenchimento.

Para elaboração do questionário de avaliação da versão traduzida do “*Latino Students Patient Safety Questionnaire*”, foram necessários alguns testes do *link* de acesso antes do envio para os alunos. O teste foi realizado pela equipe de pesquisa. As sugestões foram referentes às perguntas sociodemográficas e ao texto inicial de apresentação do questionário.

O questionário foi cadastrado na plataforma e dividido em duas seções. A primeira era referente às questões sociodemográficas para definir o perfil acadêmico dos alunos. As perguntas foram sobre gênero; idade; cidade e estado de procedência; curso e período na universidade; campo de estágio supervisionado atual; número de leitos do hospital em que realizou o estágio; acompanhamento direto de um supervisor/preceptor; conclusão de outro curso na área da saúde (nível técnico ou superior); área de atuação, caso trabalhe na área da saúde e se o tema segurança do paciente foi abordado nas aulas teóricas e práticas.

A segunda seção era composta pelas 21 afirmativas do questionário LSPSQ traduzido na íntegra com as opções da escala *likert* de cinco pontos: (1) discordo totalmente; (2) discordo; (3) não concordo; nem discordo; (4) concordo e (5) concordo totalmente. Abaixo de cada afirmativa do LSPSQ, havia uma pergunta sobre a sua compreensão e entendimento. O aluno deveria optar pelas respostas: “Não”, “Em parte” ou “Sim”. Caso escolhesse uma das opções “Não” ou “Em parte”, deveria sugerir modificações para o texto, em um espaço para resposta discursiva.

O tempo estipulado pela pesquisadora, para o retorno dos questionários de avaliação preenchidos, foi de sete dias. Para os alunos que não responderam aos questionários nesse período, receberam mais dois *e-mails* de reforços. O primeiro com sete dias da primeira chamada, e o segundo com 15 dias, solicitando novamente o preenchimento do questionário.

Os dados relativos ao pré-teste foram coletados durante o mês de novembro do ano de 2017.

4.3.5.5 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de São João del Rei - Campus Centro Oeste Dona Lindu (UFSJ-CCO), com o parecer número 1.785.522/16, seguindo normatização da Resolução nº 466/12. (ANEXO E).

Os membros do comitê de especialistas e os alunos (pré-teste) foram convidados por meio de *e-mail* eletrônico. Em anexo, foi encaminhado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para maiores esclarecimentos dos objetivos da pesquisa, porém foi orientado que não haveria necessidade de encaminhar à pesquisadora, pois, ao ler as

instruções da página inicial da plataforma *e-Surv* utilizada na avaliação do questionário e clicar no ícone “próximo”, já estaria em concordância em participar da pesquisa (APÊNDICE D, H e I).

Foram orientados que poderiam desistir a qualquer momento da pesquisa. Todas as informações sobre os participantes foram tratadas com sigilo e de maneira confidencial, sendo preservado o anonimato.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão foram apresentados na forma de um artigo científico o qual seguiu as normas da revista.

5.1 ARTIGO: ADAPTAÇÃO CULTURAL DO “*LATINO STUDENTS PATIENT SAFETY QUESTIONNAIRE*” PARA ESTUDANTES BRASILEIROS¹

Aline Carrilho Menezes²

Carolina Sousa Penha³

Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro⁴

Adriano Marçal Pimenta⁵

Adriana Silvina Pagano⁶

Luciana Regina Ferreira da Mata⁷

- 1 Artigo extraído da dissertação de mestrado “Adaptação cultural do instrumento *Latino Students Patient Safety Questionnaire* (LSPSQ) para estudantes brasileiros”, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal São João del-Rei, Divinópolis, MG, Brasil.
- 2 Mestranda, Mestrado Acadêmico em Enfermagem (PGENF), Universidade Federal de São João del-Rei, Divinópolis, MG, Brasil.
- 3 Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/CNPq/UFSJ, Graduanda do 12º período do Curso de Medicina da Universidade Federal de São João del-Rei, Divinópolis, MG, Brasil.
- 4 Doutor, Professor Titular da Universidade Federal de São João del-Rei, Departamento Saúde do Adulto e Idoso, Divinópolis, MG.
- 5 PhD, Professor Associado I do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.
- 6 PhD, Professor Titular, Faculdade de Letras, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.
- 7 Doutor, Professor Adjunto III da Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem-Departamento Enfermagem Básica. Docente Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal São João del-Rei, nível mestrado acadêmico, Belo Horizonte, MG, Brasil.

¹ Artigo submetido à Revista Latino Americana de Enfermagem.

Resumo

Objetivo: adaptar culturalmente o *Latino Students Patient Safety Questionnaire* para estudantes brasileiros dos cursos de Graduação em Enfermagem e Medicina. Método: estudo metodológico realizado em seis etapas - tradução inicial, síntese das traduções, retrotradução, análise pelo comitê de especialistas, pré-teste e apresentação dos relatórios gerados no processo de adaptação cultural para os autores do instrumento original. A validação de conteúdo foi realizada mediante análise das equivalências semântica, idiomática, conceitual, experiencial, de itens e operacional. Participaram 10 especialistas da área da saúde e 10 da linguística. O índice de concordância considerado foi $\geq 90\%$. O pré-teste foi realizado presencialmente e *on-line* por meio da plataforma *web e-Surv* com 19 estudantes de medicina e 19 de enfermagem. Resultados: as etapas de tradução inicial, síntese das traduções e retrotradução apresentaram necessidade de pequenos ajustes para refinamento do processo. Na primeira rodada de avaliação pelo comitê de especialistas, dos 26 itens do LSPSQ (cinco dimensões, 21 afirmativas e orientações de preenchimento), 21 apresentaram concordância abaixo de 90%, necessitando de ajustes linguísticos e culturais, correções ortográficas e de concordância verbal. Na segunda rodada, realizada pela equipe da pesquisa, foram realizados todos os ajustes sugeridos pelo Comitê de especialistas, com concordância $\geq 90\%$ para todos os itens do questionário. No pré-teste, apenas três afirmativas tiveram concordância abaixo de 90%, as quais foram readequadas e, assim, ocorreu formulação da versão-final. Conclusão: o processo de tradução e adaptação apresentou adequação quanto à validade de conteúdo na análise de equivalências e na compreensão pelos sujeitos no pré-teste sendo também aprovado pelos autores da versão original.

Descritores: Patient Safety. Curriculum. Validation studies. Surveys and questionnaires. Education. Health knowledge, attitudes, practice; Nursing.

Introdução

A segurança do paciente tem sido debatida em todos os cenários mundiais e se tornou prioridade na busca contínua pela melhoria da qualidade assistencial, livre de danos e sequelas ao paciente. Entretanto a abordagem desta temática nos serviços de saúde é desafiadora, principalmente, pela lacuna desta discussão na academia com os futuros profissionais de saúde.

Define-se segurança do paciente o conjunto de ações coletivas e individuais que visam reduzir o risco de dano desnecessário, originado da assistência prestada ao paciente, durante a sua permanência no serviço de saúde e que não tenha relação com a sua enfermidade⁽¹⁾.

O marco histórico da segurança do paciente, em âmbito mundial, foi a publicação do relatório *To err is human: building a safer health care*, em 1999. Neste documento, é descrito um panorama sobre incidentes provenientes de uma assistência insegura à saúde que ocorriam em hospitais norte-americanos⁽²⁾. Desde então, ocorreu um movimento crescente de fortalecer uma cultura de segurança, pautada na melhoria contínua dos cuidados prestados ao paciente na avaliação dos processos de trabalho, na identificação e notificação de incidentes e no gerenciamento dos riscos⁽³⁻⁴⁾.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) que estabelece quatro eixos de atuação: o estímulo a uma prática assistencial segura, o envolvimento do cidadão na sua segurança, o incremento de pesquisa em segurança do paciente e a inclusão do tema no ensino em saúde⁽⁵⁾.

Este último eixo do PNSP é um marco, no ensino de saúde no Brasil, uma vez que abre o diálogo e incentiva uma abordagem na qual se percebem lacunas no processo ensino-aprendizagem dos futuros profissionais que prestarão o cuidado direto ou indireto aos pacientes.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem incentivado mudanças curriculares em segurança do paciente. Em 2011, publicou o “*Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide*⁽⁶⁾”, um guia que traz diretrizes para organizar um currículo multidisciplinar com vista ao desenvolvimento de competências sobre segurança do paciente. Estas competências foram distribuídas em seis domínios: fortalecimento de uma cultura de segurança positiva; desenvolvimento do trabalho em equipe; comunicação efetiva; gerenciamento dos riscos; compreensão dos fatores humanos e otimização do meio ambiente; identificação, notificação, análise, tratamento e divulgação dos eventos adversos.

A abordagem destes seis domínios nos currículos de graduação em saúde fomentará a construção do conhecimento, ainda, durante a formação e treinamento do futuro profissional de saúde, propiciando, assim, o desenvolvimento de habilidades e atitudes, as quais devem se iniciar com a experiência prática adquirida dentro do contexto dos serviços de saúde⁽⁷⁻⁸⁻⁹⁻¹⁰⁾.

Os currículos de graduação em saúde de países desenvolvidos, como Estados Unidos da América e Reino Unido, já passaram por modificações, porém, ainda, existem desafios a serem enfrentados, para sua efetiva implementação, em países de baixa e média renda⁽¹¹⁾. As principais barreiras estão relacionadas à pouca infraestrutura educacional, aos escassos recursos financeiros e humanos, à dificuldade de integrar o conteúdo de segurança do paciente com o contexto local, à falta de conhecimento das lideranças, à ausência de envolvimento e cooperação de docentes, dentre outras⁽¹¹⁻¹²⁾.

No Brasil, o ensino em segurança do paciente mostra-se fragilizado e fragmentado, necessitando de aprofundamentos mais sistemáticos. Entretanto a literatura nacional demonstra que os cursos na área da saúde estão em processo de adequação curricular sobre segurança do paciente e que há movimentos para que a mudança ocorra^(7;9;13-14-15).

Nesse contexto, é necessário analisar as atitudes, as habilidades e os conhecimentos de estudantes de graduação da área da saúde sobre a segurança do paciente. Há estudos com

instrumentos para avaliação do conhecimento e da atitude de alunos de cursos de graduação em Enfermagem e Medicina que ainda não foram validados no Brasil^(7;9;13-14-15).

No entanto, diante da indisponibilidade de instrumentos nacionais validados, é possível dispor de questionários elaborados em outras culturas, sob condição da adaptação e validação à cultura em que serão utilizados⁽¹⁶⁾. O processo de adaptação de um instrumento já existente apresenta benefícios consideráveis, pois seus itens já foram testados quanto às propriedades psicométricas em outras populações e culturas. Os resultados encontrados permitem comparações dos dados em diversas amostras e cenários. Além disso, esse recurso oferece vantagens como a economia de tempo e de recursos pessoais e financeiros⁽¹⁷⁾.

Assim, a presente investigação teve como objetivo adaptar culturalmente e validar o conteúdo do questionário “*Latino Students Patient Safety Questionnaire (LSPSQ)*” para o contexto brasileiro. Trata-se de um questionário de origem espanhola, elaborado em 2015. Foi validado em cinco países (Chile, Colômbia, *El-Salvador*, Guatemala e Espanha) em um estudo envolvendo uma amostra de 786 alunos dos cursos de Graduação em Enfermagem e Medicina de oito universidades. O instrumento busca mensurar conhecimentos e atitudes de estudantes inseridos em campos de práticas supervisionados na área hospitalar e possui propriedades psicométricas bem elaboradas, comprovadas pelos testes estatísticos recomendados pelo processo metodológico de validação⁽¹⁸⁾.

Método

Trata-se de um estudo metodológico, o qual abrangeu a adaptação cultural do instrumento “*Latino Students Patient Safety Questionnaire (LSPSQ)*”. Foi realizado entre setembro de 2016 e dezembro de 2017, mediante a autorização do autor da versão original e contou com o apoio do laboratório de estudos linguísticos da Faculdade de Letras da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). A adaptação cultural de um instrumento tem

por objetivo manter a validade do conteúdo original, todavia adaptado a diferentes culturas, sem perder suas propriedades psicométricas⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

O “*Latino Students Patient Safety Questionnaire (LSPSQ)*” é um questionário autoaplicável, criado por pesquisadores espanhóis, para avaliar atitudes e conhecimentos sobre segurança do paciente de estudantes de medicina e enfermagem latinos durante a vivência clínica na área hospitalar. Possui 21 afirmativas distribuídas em cinco dimensões: 1) “Franqueza na comunicação (FCP)” com oito afirmativas (FCP1 a FCP8); 2) “Atitude proativa para evitar risco à segurança (AP)” com quatro afirmativas (AP1 a AP4); 3) “Consciência do Erro (CE)” com três afirmativas (CE1 a CE3); 4) “Compreensão do Fator Humano (CFH)” com quatro afirmativas (CFH1 a CFH4); e 5) “Complexidade dos Sistemas e suas interrelações (CS)” com duas afirmativas (CS1 e CS2)⁽¹⁸⁾. O título do instrumento, na versão original, está na língua inglesa e as suas afirmativas e dimensões em espanhol. O autor principal solicitou que o nome original do questionário fosse mantido, por ser a forma de citação na literatura científica⁽¹⁸⁾.

Cada afirmativa é avaliada em uma escala do tipo *likert* de cinco pontos com opções de respostas: (1) discordo totalmente; (2) discordo; (3) não concordo, nem discordo; (4) concordo e (5) concordo totalmente. Referente à pontuação do LSPSQ, cada dimensão é a pontuação média das afirmativas que a compõem; pontuações iguais ou superiores a quatro pontos denotam que o estudante teve oportunidade de adquirir a competência em segurança do paciente esperada^(18;21).

O processo de adaptação cultural do LSPSQ compreendeu seis etapas, conforme referencial metodológico adotado (Figura 1): tradução inicial, síntese das traduções, retrotradução, avaliação por comitê de especialistas, pré-teste em uma amostra e apresentação da documentação gerada no processo para os autores⁽¹⁹⁾.

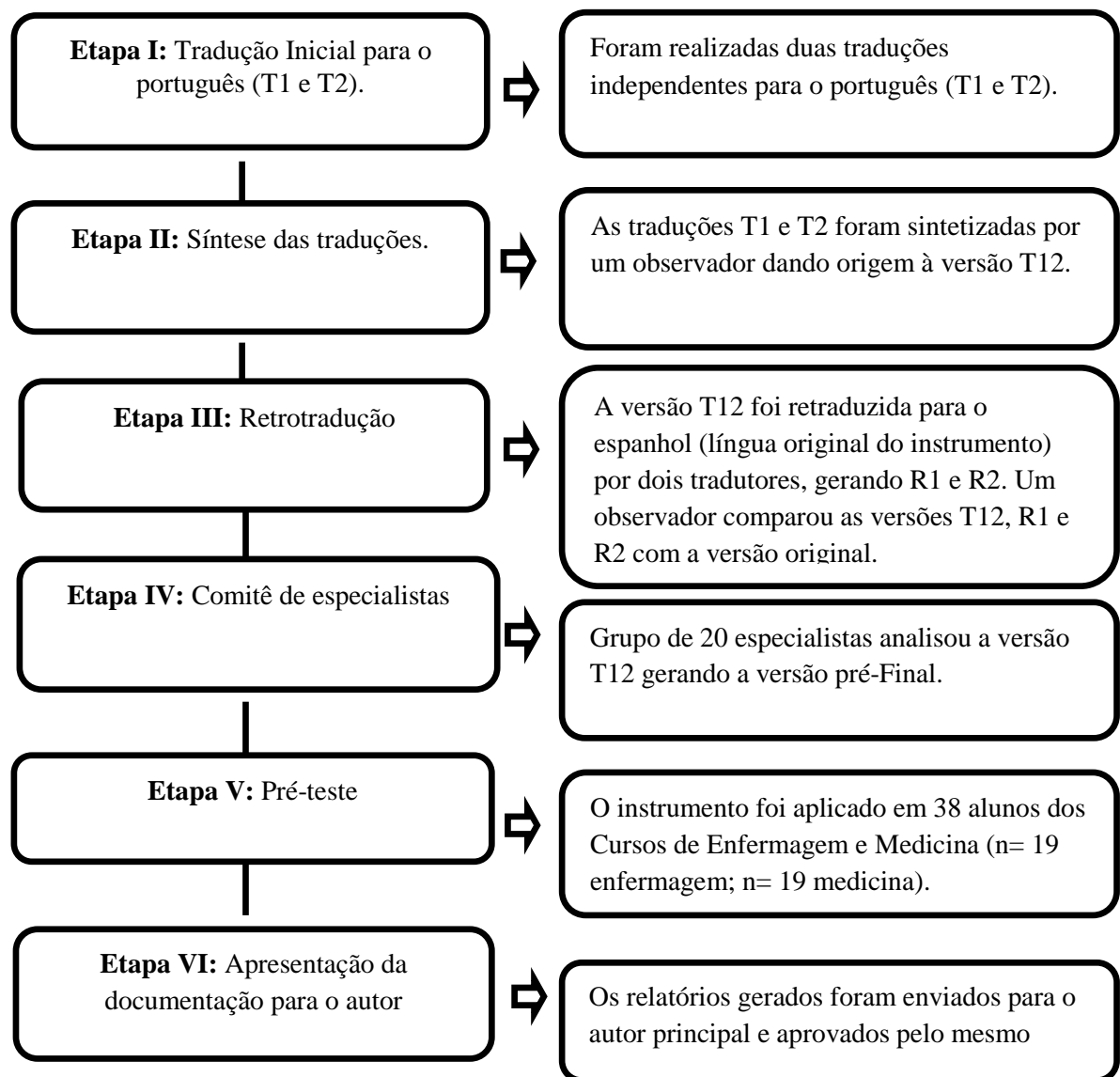


Figura 1 - Processo de Adaptação Cultural do “*Latino Students Patient Safety Questionnaire*”

O método escolhido foi motivado pelo rigor exigido a fim de assegurar a validade de conteúdo da versão original e a versão traduzida e adaptada⁽¹⁹⁾. Optou-se, neste estudo, por manter a etapa de retrotradução, pois se percebeu que trouxe mais robustez e contribuições pertinentes a esta investigação⁽²⁰⁾.

A etapa I foi realizada por dois tradutores independentes, bilíngues, brasileiros, com domínio na língua espanhola. O tradutor (T1) era enfermeiro e atuava como professor universitário e possui conhecimento sucinto sobre os objetivos da pesquisa. O tradutor (T2)

não possuía conhecimento na área das ciências da saúde e desconhecia o objetivo da pesquisa. Ambos os tradutores foram orientados para que não consultassem os artigos publicados na literatura científica sobre questionário LSPSQ original a ser traduzido para o português brasileiro⁽¹⁹⁾.

Na etapa II, as duas traduções (T1 e T2) foram consolidadas em (T12) pelas pesquisadoras. A síntese da tradução permitiu averiguar se houve divergências e discrepâncias nas escolhas dos termos e palavras pelos dois tradutores. A versão T12 foi submetida à análise de um terceiro tradutor com pós-doutorado, professor universitário na área de linguística aplicada, cuja língua materna era o espanhol. O principal objetivo dessa revisão foi o refinamento linguístico e cultural do instrumento⁽²²⁾.

A retrotradução (Etapa III) significa traduzir o instrumento do português brasileiro para a sua língua de origem, no caso, espanhol. Dois tradutores independentes, bilíngues, com o espanhol como língua materna traduziram a versão T12 para o espanhol, sem ter acesso aos documentos e ao instrumento original⁽²⁰⁻²¹⁾. O retrotradutor R1 era bilíngue, com domínio em espanhol, pós-doutorado em estudos de tradução e linguística aplicada, professor universitário nessa área de concentração. O retrotradutor R2 é bilíngue, sua língua materna é o espanhol, pós-doutorado em estudos de tradução e linguística aplicada, professor universitário na mesma área de estudo.

Para o comitê de especialistas, referido na etapa IV, foram encaminhados 35 convites com retorno de 20 profissionais dentre os quais 10 foram da área de estudos linguísticos e de tradução e 10 da área da saúde, com experiência nas temáticas de segurança do paciente e de adaptação e validação de instrumentos, com conhecimento da língua espanhola. Os especialistas avaliaram se a versão traduzida para o português estava coerente, com linguagem clara e compatível com o instrumento original.

A carta-convite foi enviada por correio eletrônico, contendo objetivos e método do estudo, justificativa do processo de adaptação cultural e validação de conteúdo do instrumento, bem como o convite para participação na pesquisa como especialista avaliador, por meio da plataforma *web e-Surv*. Caso os especialistas não respondessem no prazo de 15 dias, um novo correio eletrônico era enviado para reforçar o convite.

A plataforma *web e-Surv* transcreve automaticamente as respostas para um banco de dados e calcula a porcentagem de concordância entre os membros participantes da pesquisa. Os participantes são nomeados pela plataforma por um código numérico, a partir do *e-mail* informado por eles. Dessa maneira, permitiu à pesquisadora a identificação de cada um no sistema para análise das sugestões e comentários. Adotou-se, neste estudo, para avaliar a validade de conteúdo, a taxa de concordância acima de 90%, como critério de rigorosidade na análise das afirmativas e dimensões do LSPSQ e para aproximar a tradução para o português com o original⁽²²⁾. Assim, os itens que obtiveram concordância inferior a essa porcentagem sofreram retificação.

Na etapa V foram convidados 62 estudantes, porém apenas 38 ~~aceitaram o convite para~~ participaram. O referencial metodológico adotado preconiza a participação de 30 a 40 indivíduos⁽¹⁹⁾. Assim, a versão pré-final do instrumento LSPQ foi aplicado a 19 estudantes dos cursos de graduação em Enfermagem e 19 estudantes do curso de Medicina por meio da plataforma *web e-Surv*. Os participantes, além de responder aos itens do instrumento, avaliaram a compreensão, coerência e facilidade de escolha das afirmativas, de maneira a atestar o entendimento relativo aos conteúdos abordados no questionário. Os critérios de inclusão dos estudantes de enfermagem foi que estivessem matriculados no último ano (8º e 9º períodos) do curso de graduação em enfermagem e os estudantes de medicina nos dois últimos anos (9º, 10º, 11º e 12º períodos) do curso de graduação de medicina, ambos inseridos em estágios supervisionados e que já tivessem vivenciado o estágio hospitalar^(18;21).

Para a análise da porcentagem de concordância entre os estudantes, foi considerado o mesmo valor estabelecido na etapa do Comitê de especialistas⁽²²⁾. Todos os dados foram codificados e armazenados, anonimamente, em uma planilha eletrônica Excel®, exportada para análise. Por fim, os relatórios pertinentes a todas as etapas foram enviados ao autor original do instrumento, concluindo a etapa VI.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, sob o parecer 1.785.522/16 e desenvolvida em conformidade à Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

O instrumento LSPSQ foi traduzido e adaptado culturalmente para o português brasileiro. As duas versões da tradução inicial do LSPSQ (T1 e T2) chegaram a resultados próximos e houve necessidade de poucos ajustes, definidos em duas rodadas entre as pesquisadoras e o observador (versão síntese T12). Esse observador é um dos autores do artigo, com experiência e expertise em linguística aplicada e estudos de tradução. Observou-se que o T1 desenvolveu uma tradução mais baseada na área da saúde e o T2, que não era da área clínica, realizou uma tradução mais literal. Nessa etapa, foram realizadas duas rodadas, para refinar o instrumento no que diz respeito aos termos específicos da área da saúde e da segurança do paciente, mediante as dificuldades apresentadas pelo T2 quanto à terminologia específica da saúde.

A versão síntese T12 foi enviada aos retrotradutores e, em seguida, as versões geradas pela retrotradução (R1 e R2) foram enviadas ao observador para comparação com o instrumento original. Ambas as traduções foram consideradas válidas e satisfatórias. As palavras e termos utilizados não foram iguais nas duas versões, porém ambas referiam-se ao conteúdo do instrumento original e ao contexto.

Quanto ao comitê de especialistas, 80% eram do sexo feminino, 5% tinham mestrado concluído, 25% doutorado concluído, 5% pós-doutoramento em curso e 5% pós-doutoramento concluído. Dos especialistas, 20% estavam inseridos em programas de mestrado e 40% inseridos em programas de doutorado.

Em relação à área de atuação, os profissionais da saúde eram enfermeiros e nutricionistas; 20% atuavam na área do ensino e da pesquisa em gestão da saúde pública, 15% em segurança do paciente, 5% na área da saúde do adulto e do idoso e 10% em educação em saúde. Dos especialistas da área da linguística aplicada, 50% atuavam em estudos linguísticos de tradução.

Em relação à compreensão da língua espanhola, 14(70%) declararam que compreendem bem a língua com habilidade de leitura de textos em espanhol. A maioria dos participantes, 15(75%), já teve experiência de participação em comitê de especialistas de tradução e adaptação de instrumentos.

Na primeira rodada, 26 itens (cinco dimensões e 21 afirmativas) foram cadastrados na plataforma para avaliação da tradução pelo comitê de especialistas; 21 (80,7%) itens do LSPSQ obtiveram um índice de concordância menor que 90%, sendo necessária adequação ortográfica e linguística. Quanto à análise das equivalências, 17 itens (81%) não apresentaram equivalências semântica, idiomática e conceitual. Quatro afirmativas (19%), FCP3, CE2, CE3 e CFH3, necessitaram de correções ortográficas e gramaticais. Observou-se ausência de equivalências de itens e cultural/ experiencial para as afirmativas FCP1, FCP4 a FCP6, CFH1 e CFH2. Quanto às oito afirmativas contempladas na dimensão “Franqueza na comunicação (FCP)”, todas apresentaram concordância abaixo de 90%, necessitando de correções ortográficas e ajustes culturais em relação à temática segurança do paciente. Todas as quatro afirmativas da dimensão “Atitude proativa, para evitar risco à segurança (AP)”, passaram por correção linguística e padronização de termos. As três afirmativas da dimensão “Consciência

do Erro (CE)” também passaram por correção ortográfica e padronização de terminologia. Nas quatro afirmativas da dimensão “Compreensão do fator humano (CFH)”, elas também foram alteradas para refinamento quanto à língua portuguesa. Por fim, as duas afirmativas da dimensão “A complexidade dos sistemas e suas interações (CS)” necessitaram de adequação de termos de acordo com a realidade brasileira.

Para as afirmativas FCP1, FCP4 a FCP6, AP1, AP2, AP4, CE1 a CE3, CFH3, CS1 e CS2 houve a necessidade de padronização de expressões para melhor compreensão pelo público alvo. A expressão “informar corretamente” foi modificada por “a forma correta de relatar”; a expressão “ao longo da minha formação” foi substituída por “durante minha formação”; o termo “durante meu período de estágio” foi revisto por “durante meu estágio” e, por fim, a expressão “ao longo do período dos meus estudos” foi reformulada para “durante meus estudos”.

Em relação à afirmativa FCP6, foi necessário trocar o verbo “experimentar” por “vivenciar”, pois é mais coerente ao entendimento na cultura brasileira. Na afirmativa FCP7, o comitê de especialistas optou por utilizar o verbo na primeira pessoa do singular “aprendi”, como forma de padronização, ao longo de todo instrumento, visto que todas as afirmativas do instrumento original foram redigidas no singular e esta afirmativa era a única que se encontrava no plural “*Hemos aprendido*”.

Na afirmativa FCP8, houve necessidade de padronização das expressões “caso ocorresse” e “se repetisse”. A justificativa se pautou na compreensão mais clara para o público-alvo e como forma de evitar redundância da palavra “ocorrência” na afirmativa. Na afirmativa AP1, a expressão “me explicaram” foi alterada para “recebi explicações”, por considerarem uma conotação gramatical mais adequada.

Em relação às afirmativas AP2 a AP4, CFH1, CFH2, CS1 e CS2, foram propostas mudanças nas expressões gramaticais e verbos, respectivamente, como: “volte acontecer no

futuro” por “não ocorra novamente”, “mais fáceis” por “mais comuns”, “formas de como” por apenas “formas”, “para fazer mais segura a assistência à saúde” por “para tornar a assistência à saúde mais segura”, “onde” por “em que”, “protocolos assistenciais” por apenas “protocolos”, “comprovei” por “observei”, “impossível de evitar” por “impossível evitar” e “protocolos que se aplicam” por “protocolos aplicados”. No item CFH2, foi necessária adequação cultural do termo “assistência médica” para “assistência à saúde”, pois o instrumento adaptado será utilizado a estudantes da área de Enfermagem e Medicina e, portanto o termo torna-se mais abrangente.

Após o Comitê de especialistas, foi realizado um encontro presencial das pesquisadoras para definição da versão pré-final. A intenção foi analisar e discutir as equivalências conceitual, semântica, cultural, de itens, idiomática a partir de dois referenciais teóricos⁽²³⁻²⁴⁾.

No que se refere à validade de conteúdo, as afirmativas (FCP1, FCP2, FCP4, FCP5, FCP6, FCP7, FCP8, AP1 a AP4, CE1, CFH1, CFH2, CS1, CS2) e a dimensão “Atitude proativa para evitar risco à segurança (AP)” foram modificadas, respeitando as equivalências semântica, idiomática, conceitual. Além disso, as afirmativas FCP1, FCP4 a FCP6, CFH1, CFH2 foram alteradas mantendo as equivalências cultural/experiencial e de itens. Os itens FCP3, CE2, CE3 e CFH3 apresentaram necessidade de adequação gramatical como inserção de vírgulas e crase.

A etapa V, que se refere ao pré-teste, foi composta por 38 estudantes dentre os quais 19 (50%) alunos foram do curso de enfermagem, sendo 12 (31,58%) no 8º período e seis (15,79%) no 9º período e 19 (50%) alunos do curso de medicina, sendo um (2,63%) do 9º período, 12 (31,58%) do 10º período, um (2,63%) do 11º período e seis (15,79%) do 12º período). Todos já haviam realizado estágio supervisionado na área hospitalar. No momento da coleta de dados, 20 (52,63%) estavam inseridos em hospitais, 12 (31,58%) na atenção

primária à saúde e seis (15,79%) em outros campos de estágio. Concernente ao acompanhamento direto do preceptor de estágio, no campo de prática, 29 (76,32%) afirmaram serem acompanhados diretamente, oito (21,05%) disseram “em parte” e apenas um (2,63%) afirmou não ter acompanhamento por um profissional referenciado pela universidade.

Prevaleceram estudantes do sexo feminino 27 (71,05%), com a média de idade de 25 anos e provenientes de cidades mineiras. Quanto ao perfil acadêmico, oito (21,05%) dos alunos concluíram outro curso na área de saúde (nível técnico e superior). Ao serem questionados sobre a discussão e contextualização da temática nas aulas e estágios, 16 (42,11%) disseram que o assunto fora abordado “poucas vezes”, três (7,89%) disseram “não foi abordado” e 19 (50%) alunos afirmaram que o assunto “sempre” é abordado pelos professores.

Nesta etapa, o LSPSQ apresentou boa aceitação entre os estudantes. Das 21 afirmativas da versão pré-final, somente três (FCP1, FCP2, FCP8) da dimensão “Franqueza na comunicação (FCP)” tiveram a porcentagem de concordância abaixo de 90%, necessitando revisão quanto à compreensão das afirmativas, mantendo a equivalência semântica, idiomática, conceitual e operacional.

A equipe de pesquisadores realizou a adequação de duas afirmativas do instrumento (FCP1 e FCP2) de acordo com os comentários e sugestões dos estudantes. Na afirmativa FCP1, a expressão “a forma correta de relatar” foi substituída por “a forma correta de fornecer informações” e na afirmativa FCP2 a expressão “avaliar os riscos à segurança do paciente” foi reformulado por “avaliar os riscos que podem comprometer a segurança do paciente”. Sobre a afirmativa FCP8, não houve sugestões de mudanças pelos estudantes, porém eles fizeram comentários quanto à não abordagem da temática “cultura de segurança” na graduação o que os impediria de sugerir algum comentário de mudança da afirmativa. Por isso, optou-se por manter a tradução e adaptação da afirmativa FCP8.

Assim, a versão final do LSPSQ foi definida, a partir das sugestões dos profissionais, alunos e pesquisadores (Figura 2).

SEGURANÇA DO PACIENTE NO ENSINO UNIVERSITÁRIO

Prezado estudante,

Garantir a qualidade da atenção e a segurança dos pacientes que atendemos é uma das principais metas dos profissionais da Saúde. Atingir essa meta demanda a participação ativa desde o estágio inicial da sua formação. Por isso, gostaríamos de contar com sua colaboração para responder este questionário, destinado a examinar conhecimentos, atitudes e práticas dos futuros profissionais da Saúde, desenvolvidos ao longo de sua formação acadêmica e estágio hospitalar.

A equipe pesquisadora garante que todas as suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial.

Gostaríamos de manifestar nosso **sincero agradecimento** pela sua colaboração bem como nossa convicção de que a mesma será em benefício de todos.

Para responder marque a opção que melhor reflete a sua opinião

	(1) Discordo	(2) Discordo	(3) Não concordo, nem discordo	(4) Concordo	(5) Concordo Totalmente
Realizando condutas inseguras, coloco o paciente em risco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Complete as informações a seguir:

*Gênero: (1) Masculino (2) Feminino

*Idade (anos): _____

*Cidade e Estado de procedência: _____

*Estudante de licenciatura ou graduação em: (1) Enfermagem (2) Medicina

*Qual período está cursando no momento? Selecionar:

(1) Enfermagem: 8º período
 (2) Enfermagem: 9º período
 (1) Medicina: 9º período
 (2) Medicina: 10º período
 (3) Medicina: 11º período
 (4) Medicina: 12º período



Figura 2 - Versão Final do LSPSQ adaptada culturalmente para o português brasileiro.

(continua)

*Universidade onde realiza seus estudos: _____

*Você já passou pelo campo de estágio supervisionado hospitalar: (0) Não (1) Sim

*Número aproximado de leitos no hospital onde realiza(ou) seu estágio: _____

*Em qual campo de estágio supervisionado você se encontra no momento?

- (1) Hospitalar
- (2) Atenção Primária
- (3) Outro

*Você tem acompanhamento direto de um supervisor de estágio/ preceptor no campo de prática?

- (0) Não
- (1) Sim
- (2) Em partes

* Você concluiu algum outro curso na área da saúde (nível técnico ou superior)?

- (0) Não
- (1) Sim. Se marcou "Sim". Informe qual? _____

* Você já trabalha em algum serviço de saúde?

- (0) Não
- (1) Sim. Se marcou "Sim". Informe qual? _____

* O tema segurança do paciente é abordado e contextualizado com que frequência pelos professores e supervisores de estágio ao longo do curso?

- (0) Não
- (1) Poucas vezes
- (2) Sempre

* Informe seu e-mail: _____



(continuação)

		(1)Discordo Totalmente	(2) Discordo	(3) Não concordo, nem discordo	(4) Concordo	(5) Concordo Totalmente
Franqueza na comunicação (FCP)	FCP1. Aprendi a forma correta de fornecer informações aos pacientes que sofreram algum dano ou lesão por causa de um erro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	FCP2. Durante o estágio, aprendi a avaliar os riscos que podem comprometer à segurança do paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	FCP3. No estágio, aprendi o que devo fazer se eu cometer um erro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	FCP4. Durante o estágio, tive a oportunidade de discutir com meus tutores ou preceptores qualquer condição de insegurança que eu pudesse ter observado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	FCP5. Durante minha formação, adquiri competências sobre como relatar corretamente um erro aos meus colegas e aos meus superiores.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	FCP6. Durante minha formação, fui trabalhando os sentimentos que posso vir a vivenciar se eu cometer um erro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	FCP7. Aprendi como me comunicar melhor com os pacientes para evitar erros de medicação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	FCP8. No hospital onde fiz meu estágio, promovia-se uma cultura não punitiva, para que, caso ocorresse um erro, soubéssemos como evitar que ele se repetisse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atitude proativa para evitar risco à segurança (AP)	AP1. Durante meus estudos, recebi explicações sobre o que devo fazer para evitar os erros mais frequentes e garantir a segurança do paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	AP2. Durante o estágio, aprendi que quando acontece um erro devem ser tomadas medidas para que não ocorra novamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	AP3. Os professores discutem em sala de aula os erros mais comuns de serem cometidos e nos apontam formas de evitá-los.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	AP4. Durante minha formação, os professores nos explicaram os objetivos e as prioridades para tornar a assistência à saúde mais segura.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consciência do erro (CE)	CE1. Durante meu estágio, pelo menos em uma ocasião, fiz algo que não era seguro para o paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	CE2. Durante meu estágio, vi um colega fazer algo que não era seguro para o paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	CE3. Durante meu estágio, vi profissionais fazerem algo que não era seguro para o paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		(1)Discordo Totalmente	(2) Discordo	(3) Não concordo, nem discordo	(4) Concordo	(5) Concordo Totalmente
Compreensão do fator humano (CFH)	CFH1. Nos serviços de saúde, em que realizei meus estágios, me explicaram as normas de segurança adotadas para os pacientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	CFH2. Os professores enfatizaram a importância de seguir os protocolos para uma melhor assistência à saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	CFH3. Durante o estágio, foi enfatizada a importância, para a segurança do paciente, de se fazer uso adequado dos recursos terapêuticos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	CFH4. Os professores enfatizaram a importância de se lavar as mãos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A Complexidade dos sistemas e sua interrelação (CS)	CS1. No estágio, observei que é impossível evitar a maioria dos erros clínicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	CS2. Durante meu estágio, observei que os protocolos aplicados para garantir a segurança dos pacientes estão desatualizados (obsoletos).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



(conclusão)

Discussão

Para a realização de uma adaptação cultural, devem ser considerados aspectos técnicos, linguísticos e semânticos. Neste estudo, foi realizado um rigoroso processo de adaptação cultural do LSPSQ, para a língua portuguesa, que foi concluído de forma apropriada, atendendo as exigências metodológicas em todas as etapas⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

As afirmativas do LSPSQ referem-se às atitudes e aos conhecimentos do aluno, durante a vivência clínica e sua percepção quanto aos erros, ocorrência de eventos adversos, comunicação efetiva, relacionamento interdisciplinar, dentre outros assuntos pertinentes à temática^(18;23).

Diante da complexidade da metodologia adotada⁽¹⁹⁾, o uso da planilha eletrônica possibilitou a visualização de todas as etapas do processo de tradução, síntese, retrotradução, sugestões do comitê de especialistas, análise de equivalências e sugestões do estudantes no pré-teste. Ainda permitiu aos membros participantes agilidade, envolvimento e compreensão na avaliação das afirmativas, além de quantificar as respostas.

A fase de avaliação da versão síntese (T12) do LSPSQ pelo Comitê de especialistas foi de extrema importância. A acurácia e expertise metodológica dos membros pode garantir a formulação de uma versão pré-final mais próxima da original. Isso só foi possível pela formação do comitê de especialistas, de caráter interdisciplinar, que permitiu identificar e avaliar de forma aprofundada todos os problemas na versão adaptada^(21;25).

A validação de conteúdo, realizada pela equipe pesquisadora, contou com a expertise metodológica e conhecimento vasto em estudos linguísticos de tradução de um dos membros da equipe, enriqueceu a discussão da terminologia e sua tradução para o português brasileiro^(19;25). Assim, a análise das equivalências envolveu procedimentos qualitativos e quantitativos⁽²³⁻²⁴⁾.

Foram observadas as avaliações atribuídas pelos especialistas e os comentários realizados, com sugestões de reformulação parcial ou total, a fim de identificar possíveis discrepâncias entre a nota atribuída e a opinião do especialista sobre a afirmativa avaliada. A análise dos comentários dos especialistas e das equivalências pelos pesquisadores do estudo permitiu a obtenção da versão pré-final do instrumento. A estratégia de utilizar um comitê interdisciplinar e o envolvimento dos pesquisadores, durante todo o processo, facilitou a correção de problemas na versão traduzida, enriqueceu a discussão dos termos e assegurou maior equivalência do instrumento adaptado⁽²⁵⁻²⁶⁾.

Na etapa do comitê de especialistas, a análise das oito afirmativas do LSPSQ da dimensão “Franqueza na Comunicação (FCP)” revelou necessidade de adequação dos termos para realidade cultural do Brasil, principalmente, no que se diz respeito à temática de segurança do paciente, além de vários reajustes linguísticos como crase, vírgula, pronomes, expressões e troca de verbos. Nas afirmativas FCP1 e FCP5, o termo “informar corretamente” foi modificado por “a forma correta de relatar” com intuito de abranger discussões sobre comunicação efetiva.

A comunicação efetiva é um processo na qual ocorre a emissão, recepção e a compreensão das informações, verbais (telefônica, eletrônica) e não verbais (linguagem escrita e não falada). É essencial que ocorra de forma clara e objetiva, permitindo a compreensão entre todos envolvidos. É considerada uma força dinâmica capaz de interferir e influenciar as relações interpessoais, propiciar o amadurecimento das pessoas⁽²⁷⁾.

A comunicação entre profissionais da saúde ocorre em ampla variedade de formatos, lugares e situações, como: internação, ambulatório, emergência, cirurgias e procedimentos. Por isso, a importância da padronização e sistematização da comunicação em todos os níveis hierárquicos e organizacionais de uma instituição⁽²⁸⁾. Estudos apontam que falhas no processo de trabalho e na comunicação entre os profissionais da área da saúde têm sido um dos

principais fatores que convergem para os erros e os eventos adversos, afetando a qualidade no cuidado prestado⁽²⁹⁾. As falhas de comunicação tornam-se fatores críticos no processo de trabalho de uma equipe interprofissional e na assistência segura, pois pode levar diretamente ao comprometimento do atendimento ao paciente, angústias e aflições pessoais, tensão e ineficiência, aumento de incidentes⁽³⁰⁾. As barreiras à comunicação efetiva são encontradas em instituições com cultura organizacional negativa, comunicação não padronizada e que apresentam problemas durante o cuidado prestado⁽²⁸⁾.

Na afirmativa FCP4, foi necessária a troca do verbo “comentar” por “discutir”, pois traz um caráter de compromisso dos preceptores/ supervisores com os alunos, uma vez que “comentar” denota a não obrigatoriedade de discutir e ensinar algo relevante para o processo de formação do aluno.

Nesse aspecto, o professor ou supervisor tem o papel de ser agente transformador do processo ensino-aprendizagem, ou seja, auxiliar os estudantes a compreenderem a complexidade do processo assistencial, permitindo-lhes liberdade de expressão e propiciando-lhes subsídios de mudanças⁽⁷⁾.

A palavra “supervisores” remete a um profissional que seja líder de um setor e a linguagem cultural nas universidades brasileiras mais utilizadas são “tutores e preceptores de estágio”, referentes àquele que acompanha o estágio. O preceptor é compreendido como um profissional da rede assistencial à saúde com um papel de extrema importância na inserção de graduandos e recém-graduados na prática profissional e clínica. Tem como função primordial desenvolver habilidades clínicas e avaliar o profissional em período de formação. Já a função do tutor é guiar, facilitar o processo de ensino-aprendizagem do aluno de forma a orientar sua prática profissional⁽³¹⁻³²⁾.

O objetivo deste refinamento foi assegurar a adaptação do instrumento LSPSQ, para o contexto brasileiro, sem perder a sua originalidade. Para exemplificar, quando se utiliza o

verbo “comprovei”, há a conotação de ter provas do evento, principalmente, no que se refere a algum erro cometido por alguém. Assim, pode ter o significado de afirmar sem deixar dúvidas ou reunir provas e, no contexto do aluno, o mais adequado seria utilizar o verbo “observei”, que remete olhar atentamente, realizar uma análise minuciosa ou fazer o acompanhamento da evolução de algo⁽³³⁾.

Para a afirmativa CFH1, também, foi sugerido alterar a expressão “de saúde” para “serviços de saúde”, pois representa melhor os locais de estágio supervisionado. Ainda, quanto a essa afirmativa do questionário, os especialistas sugeriram adequação gramatical do termo “normas de segurança” quanto aos alunos inseridos no campo de estágio e não para o paciente. O foco do instrumento é analisar o conhecimento e a atitude sobre segurança do paciente (competências específicas) adquirido pelo aluno ao longo dos estágios supervisionados⁽¹⁸⁾.

A segurança do paciente é considerada um dos pilares da qualidade da assistência. Para isto, inúmeras estratégias como rotinas, protocolos e normas foram desenvolvidos tendo o paciente, o profissional de saúde e a instituição prestadora de serviços, como eixos centrais. A Organização Mundial de Saúde preconiza que, para garantir a segurança do paciente, deve haver parceria e uma relação de confiança entre os pacientes e os profissionais de saúde⁽¹⁾.

Entretanto, para que o profissional de saúde desenvolva competências e habilidades, ainda, no processo de formação acadêmica, é imprescindível que exerça maior autonomia no contato direto com a realidade de saúde da população, associando a teoria vista em sala de aula com a prática ofertada nos serviços de saúde⁽³⁴⁾.

Todavia a infraestrutura, a ausência de padronização de normas, no processo de trabalho, as tarefas mal projetadas, os conflitos no trabalho em equipe existentes nas instituições de saúde são responsáveis por eventos adversos⁽¹⁵⁾. Ademais, se os estudantes forem educados em favor de uma maior segurança do paciente, esses futuros profissionais

podem ser instrumentos de mudança e atualização dos serviços de saúde nos quais estiverem inseridos⁽³⁵⁾.

Por fim, na afirmativa CS2, a palavra “defasados” foi substituída por “desatualizados”. Acredita-se que a população-alvo, predominantemente jovem, compreende melhor o contexto da palavra sugerida pelo comitê de especialistas.

A compreensão das afirmativas foi identificada na etapa de pré-teste, não havendo a exclusão de nenhuma afirmativa; somente alterações de *layout* e acréscimo de perguntas sobre a caracterização do perfil acadêmico do estudante foram necessários ao instrumento original.

No pré-teste, ao analisar as sugestões dos estudantes, optou-se por manter a versão traduzida da afirmativa FCP8 que aborda o tema “cultura de segurança”, por acreditar que o aluno que não tenha tido contato, durante a sua formação, com a temática, haveria dificuldade na compreensão e distinção de cultura de segurança positiva ou negativa. O termo cultura de segurança pode ser definido como produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização de saúde com a gestão da segurança do paciente⁽³⁶⁾.

Cultura positiva é sinônimo de cultura sólida ou fortalecida, alicerçada no aprendizado baseado nos erros, na comunicação efetiva e nas relações interpessoais pautadas na confiança. Além disso, o desenvolvimento de um sistema de avaliação de riscos e a incorporação de um sistema não punitivo para o tratamento adequado dos incidentes ou eventos adversos. Neste tipo de cultura, o sistema de análise do erro mais adequado é o modelo sistêmico, uma vez que desmitifica a abordagem individualizada e a culpabilização do sujeito que cometeu o erro, considerando a falibilidade humana, na criação de barreiras e estratégias de mitigação de eventos adversos⁽³⁷⁻³⁸⁾. Para a existência de uma cultura de segurança positiva, é

imprescindível que exista apoio das lideranças organizacionais e envolvimento e responsabilidade de todos os indivíduos e do sistema⁽³⁹⁾.

Já a cultura negativa é sinônimo de cultura fragilizada, na qual os profissionais não têm um ambiente propício para aprender com os erros. Muitas vezes, neste tipo de cultura, não há envolvimento e respaldo da liderança organizacional, já que desenvolve a culpabilização individual, perpetuando a cultura do silêncio e da punição⁽³⁸⁾. Neste tipo de cultura, a análise do erro é individualizada, tendo como foco central o profissional envolvido no erro, promovendo julgamento, desmotivação e insatisfação dos profissionais⁽³⁷⁾.

Ainda, no pré-teste, os estudantes foram questionados quanto às discussões e contextualizações formais sobre segurança do paciente no currículo de graduação dos cursos de enfermagem e medicina. Percebeu-se que ainda não é uma temática prioritária na academia.

A introdução da temática, no ensino das universidades, é uma tendência mundial e uma necessidade evidente, mesmo com os desafios encontrados. A sua implantação está sendo feita de forma gradativa, e grande parte dos estudos são voltados para o ensino em pós-graduações, sendo a graduação ainda pouco explorada neste âmbito^(7;12-13;15). Tais evidências apontam para uma abordagem transversal da temática, ainda em caráter informal. O aprendizado ocorre de maneira isolada e com poucas possibilidades de troca interdisciplinar, demonstrando a necessidade crescente da inserção do tema nos currículos para formação profissional⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾.

Estudo brasileiro, que avaliou os projetos pedagógicos (PPs) de cursos de graduação em saúde, retratou que o ensino sobre segurança do paciente carece de aprofundamento e amplitude conceitual. Também identificou que cada curso investe e dá importância às questões específicas. Diante disso, é necessário que haja um movimento para revisão dos modelos pedagógicos adotados nas universidades, quanto às abordagens clínicas, promoção

de conceitos e demonstração de melhores práticas e habilidades para os estudantes a respeito do erro humano e da segurança do paciente^(13;15). Outras investigações demonstram que, ao ser apresentados a essa temática, ainda na formação, os estudantes mostram-se encorajados a identificar a magnitude e a relevância dessa ciência na assistência prestada ao paciente^(10;42).

Em geral, o LSPSQ atende as necessidades apontadas na literatura científica quanto ao desenvolvimento de pesquisas inovadoras por possibilitar a avaliação das fragilidades e, assim, propor melhorias no processo de formação de estudantes de Enfermagem e de Medicina. O instrumento instiga o aprimoramento de habilidades, atitudes e conhecimentos que convergem para reflexão da prática, além de subsidiar mudanças nos currículos de cursos de graduação em saúde no contexto da segurança do paciente.

Este estudo apresenta recursos metodológicos inovadores, para o processo de adaptação e validação de conteúdo, para questionários na área da saúde, evidenciado pela a composição interdisciplinar do comitê de especialistas, o que permitiu interação e troca de experiências, conforme as áreas de atuação e a utilização de questionários *on-line* para realização das etapas (Comitê de especialistas e Pré-teste), o que proporcionou acesso mais amplo e maior sistematicidade à interpretação dos dados^(25;43).

Conclusão

O instrumento “*Latino Students Patient Safety Questionnaire (LSPSQ)*”, originalmente desenvolvido para estudantes latinos e espanhóis, foi adaptado culturalmente para estudantes dos cursos de graduação em Enfermagem e Medicina brasileiros. O estudo seguiu o rigor metodológico para atender tal finalidade.

A metodologia escolhida, para realização do processo de tradução e adaptação cultural foi adequada, visto que viabilizou a adequação cultural do questionário para a população

estudantil universitária brasileira. A linguagem definida foi clara e de fácil entendimento pelos participantes do estudo.

Os resultados observados, nesta investigação, possibilitam concluir que o LSPSQ manteve as equivalências semântica, idiomática, cultural/ experiencial e conceitual, de itens e operacional, preservando a validade de conteúdo da versão original do instrumento.

A organização das afirmativas do instrumento em dimensões poderá contribuir com o processo de reflexão dos alunos, principalmente, no que converge para mudança de paradigmas conceituais, modificação de atitudes (comportamento), avaliação do processo de trabalho, gerenciamento do erro e construção de uma cultura de segurança positiva durante sua formação.

Considera-se que o instrumento LSPSQ adaptado seja uma ferramenta útil e adequada, para fornecer aos professores, supervisores de práticas, lideranças universitárias e instituições de ensinos brasileiros, parâmetros para o desenvolvimento de competências específicas na área da segurança do paciente. Além disso, apontar o que deverá ser trabalhado ou modificado e promover o desenvolvimento de estratégias educacionais com foco na segurança do paciente em aulas com metodologias ativas (simulação, problematização, dentre outras), nas vivências práticas e nos estágios supervisionados.

Para futuros estudos, faz-se necessária a avaliação da confiabilidade e da consistência das propriedades psicométricas do instrumento “*Latino Students Patient Safety Questionnaire* (LSPSQ)” adaptado para o português brasileiro.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. World alliance for Patient Safety. The conceptual framework for the international classification for patient safety: final technical report. Version 1.1. Genebra: WHO, Jan 2009.

2. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academy Press, 2000.
3. Simam AG, Cunha SGS, Brito MJM. Ações de enfermagem para Segurança do Paciente em hospitais: revisão integrativa. Rev enferm UFPE on line 2017 Fev; 11(supl.2):1016-1024 [acesso em 20 nov 2017]. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/10203/pdf_2286.
4. Caldana G, Guirardello EB, Urbanetto JS, Peterlini MAS, Gabriel, CS. Rede Brasileira de enfermagem e segurança do paciente: desafios e perspectivas. Texto Contexto Enferm 2015 Jul-Set; 24(3): 906-11 [acesso em 18 mai 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00906.pdf.
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União 02 abr 2013 [acesso em 20 nov 2017]. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infeccoes/pasta2/portaria-msgm-n-529-de-01-04-2013.pdf>.
6. Organização Mundial da Saúde. Patient safety curriculum guide: multi-professional edition. Genebra: WHO, 2011.
7. Cauduro GMR, Magnago TSBS, Andolhe R, Lanes TC, Dal Ongaro J. Segurança do paciente na compreensão de estudantes da área da saúde. Rev Gaúcha Enferm 2017 Jul; 38(2), e64818.
8. Silveira MS, Cogo ALP. Contribuições das tecnologias educacionais digitais no ensino de habilidades de enfermagem: revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm 2017; 38(2).
9. Bogarin DF, Zanetti ACB, Brito MFP, Machado JP, Gabriel CS, Bernardes A. Segurança do paciente: conhecimento de alunos de graduação em enfermagem. Cogitare Enferm. 2014; 19(3):491-7.
10. Smith SE, Tallentire VR, Cameron HS, Wood SM. The effects of contributing to patient care on medical students' workplace learning. Med Educ. 2013 Dec;47(12):1184-96.
11. Ginsburg LR, [Dhingra-Kumar N](#), [Donaldson LJ](#). What stage are low-income and middle-income countries (LMICs) at with patient safety curriculum implementation and what are the barriers to implementation? A two-stage cross-sectional study. BMJ Open 2017 Jun 15;7(6):e016110.
12. Teigland CL, [Blasiak RC](#), Wilson LA, Hines RE, [Meyerhoff KL](#), [Viera AJ](#). Patient safety and quality improvement education: a cross-sectional study of medical students' preferences and attitudes. BMC Med Educ. 2013 Feb; 5;13:16.
13. Bohomol E, Freitas MAO, Cunha ICKO. Ensino da segurança do paciente na graduação em saúde: reflexões sobre saberes e fazeres. Interface 2016; 20(58):727-41.
14. De Oliveira JLC, Da Silva SV, Dos Santos, PR, Matsuda LM, Tonini NS, Nicola AL. Segurança do paciente: conhecimento entre residentes multiprofissionais. Einstein 2017;

15(1):50-7 [acesso 22 de mai de 2017]. Disponível em:
<http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/3871-50-57-Seguranca-do-paciente-conhecimento-entre-residentes-multiprofissionais.pdf>.

15. Yoshikawa JM, Sousa BEC, Peterlini MAS, Kusahara DM, Pedreira MLG, Avelar AFM. Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente. *Acta Paul Enferm* 2013; 26(1):21-29.
16. Cruciani F, Adami F, Assunção NA, Bergamaschi DP. Equivalência conceitual, de itens e semântica do Physical Activity Checklist Interview (PACI). *Cad. Saúde Pública* 2011 Jan;27(1):19-34.
17. Borsa JC, Damásio BF, Bandeira DR. Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas: Algumas Considerações. *Paidéia* 2012;22(53):423-32.
18. Mira JJ, Navarro IM, [Guilabert M](#), [Poblete R](#), Franco AL, Jiménez P, et al. A Spanish-language patient safety questionnaire to measure medical and nursing students' attitudes and knowledge. *Rev Panam Salud Publica*. 2015 Aug;38(2):110-9.
19. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine [Internet]* 2000;25(24):3186-91.
20. Epstein J, Santo RM, Guillemin F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. [J Clin Epidemiol](#). 2015 Apr;68(4):435-41.
21. Mira JJ, Guilabert M, Vitaller J, Ignacio E. Formación en seguridad del paciente en las escuelas de medicina y enfermería en España. *Rev Calidad Asistencial* 2016;31:141-5
22. Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2017;26(3):649-59.
23. [Herdman M](#), [Fox-Rushby J](#), [Badia X](#). A model of Equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res*. 1998 May;7(4):323-35.
24. 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 Dec;46(12):1417-32.
25. Torres HC, Chaves FF, Silva DDR, Bosco AA, Gabriel BD, Reis IA, et al. Tradução, adaptação e validação de conteúdo do Diabetes Medical Management Plan para o contexto brasileiro. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24:e2740.
26. Epstein J, Osborne RH, Elsworth GR, Beaton DE, Guillemin F. Cross-cultural adaptation of the Health Education Impact Questionnaire: experimental study showed expert committee, not back-translation, added value. *J Clin Epidemiol*. 2013;68(4):360-9.
27. Silva AEB, Cassiani, SHB, Miaso AI, Opitz SP. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. *Acta Paul. Enferm. [Internet]*. 2007; 20(3)-272-6 [acesso em 11jan 2018]. Disponível:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002007000300005&script=sci_abstract&tlng=pt

28. Lee JY. Effective communication for patient safety. *J Korean Med Assoc.* [Internet]. 2015. 58:100–104. [acesso em 11 jan 2018]. Disponível <https://www.e-sciencecentral.org/articles/?scid=SC000014291>
29. Martins CCF, Santos VEP, Pereira MS, Santos NP. The nursing team's interpersonal relationships v. stress: limitations for practice. *Cogitare enferm.* [Internet] 2014;19(2): 287-93 [acesso em 29 dez 2017]. Disponível: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/36985/22757>
30. Weller J, Boyd M, Cumin D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgrad. med. j.* [Internet]. 2014 [citado 2015 out. 25];90:149-154. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24398594>
31. De Oliveira SF, Da Cunha AJLA, Trajman A, Teixeira C, Gomes MK, Halfoun V. Percepção sobre o internato de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro pelos preceptores do serviço na atenção básica: um estudo de caso. *Revista Bras. de Educação Médica.* [Internet]. 2017. 41(2). 320-326. [acesso em 11 jan 2018]. Disponível <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v41n1/1981-5271-rbem-41-1-0079.pdf>
32. Botti SHO, Rego S. Preceptor , Supervisor, Tutor e mentor: quais são seus papéis? *Revista Bras. de Educação Médica.* [Internet]. 2008. 32 (3): 363-373. [acesso em 11 jan 2018]. Disponível http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300011
33. Arruda BEB (coord.). *Michaelis Dicionário Brasileiro da Língua Português.*[digital] versão 2.0. São Paulo: Editora Melhoramentos; 2015.
34. Colliselli, Liane; Tombini, Larissa H. T.; Leba, Maria Elisabeth; Schimidt Reibnitz, Kenya Schimidt. Estágio curricular supervisionado: diversificando cenários e fortalecendo a interação ensino-serviço *Revista Bras. de Enfermagem.*[Internet] 2009. 62 (6). 932-937. [acesso em 11 jan 2018]. Disponível http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000600023&script=sci_abstract&tlng=pt
35. Liao JM, Etchegaray JM, Williams ST, Berger DH, Bell SK, Thomas EJ. Assessing medical students' perceptions of patient safety: the medical student safety attitudes and professionalism survey. *Acad Med.* [Internet].2014;89(2):343–51.[acesso em 11 jan 2018]. Disponível <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24362375>
36. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care.* 2003 Dec;12 Suppl 2:ii17-23.
37. Reason J. Human error: models and management. *Qual. saf. health care.* [Internet]. 2000 [citado 2015 out. 25];320:768-770, 2000. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/320/7237/768>

38. Silva NDM, Barbosa AP, Padilha KG, Malik AM. Patient safety in organizational culture as perceived by leaderships of hospital institutions with different types of administration. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(3):487-494. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400016>
39. Castel ES, Ginsburg LR, Zaheer S, Tamim H. Understanding nurses' and physicians' fear of repercussions for reporting errors: clinician characteristics, organization demographics, or leadership factors? *BMC health serv. res.* (Online). [Internet]. 2015 [citado 2018 jan 11];15:326-335. Disponível: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4542128/pdf/12913_2015_Article_987.pdf
40. Nabilou B, Feizi A, Seyedin H. Patient safety in medical education: students' perceptions, knowledge and attitudes. *PLoS ONE*. 2015; 0(8):e0135610. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0135610>.
41. Cresswell K, Howe A, Stevan A, Smith P, Ashcroft D, Fairhurst K, et al. Patient safety in healthcare preregistration educational curricula: multiple case study-based investigations of eight medicine, nursing, pharmacy and physiotherapy university courses. *BMJ Qual Saf*. 2013;22(10):843-54. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001905>.
42. Leung GK, Patil NG. Patient safety in the undergraduate curriculum: medical students' perception. *Hong Kong Med J*. 2010 Apr;16(2):101-5.
43. Jensen R, Cruz DALM, Tesoro MG, Lopes MHBM. Translation and cultural adaptation for Brazil of the Developing Nurses' Thinking model. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2014 Mar-Apr;22(2):197-203.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O instrumento “*Latino Students Patient Safety Questionnaire (LSPSQ)*”, originalmente desenvolvido para estudantes latinos e espanhóis, foi adaptado culturalmente para estudantes dos cursos de graduação em Enfermagem e Medicina brasileiros. O estudo manteve o rigor metodológico para atender tal finalidade.

A metodologia escolhida para realização do processo de adaptação cultural foi considerada adequada, visto que viabilizou a adequação cultural do questionário para a população universitária brasileira. A linguagem definida foi clara e de fácil entendimento pelos participantes do estudo.

Os resultados observados nesta investigação possibilitam concluir que o LSPSQ:

- a) manteve as equivalências semântica, idiomática, cultural/ experiencial, conceitual, de itens e operacional conforme a versão original do instrumento;
- b) preservou a validade de conteúdo da versão original do instrumento.

Foi de extrema relevância a participação interdisciplinar de profissionais da área da linguística, especialistas em estudos de tradução e da área da saúde na elaboração de uma versão- final, o que permitiu interação e troca de experiências, conforme as áreas de atuação e a utilização de questionários *on-line*, para realização das etapas (comitê de especialistas e pré-teste).

A sequência lógica das questões do instrumento divididas em dimensões poderá contribuir com o processo de reflexão dos alunos, principalmente, no que converge para mudança de paradigmas conceituais, modificação de atitudes (comportamento), avaliação do processo de trabalho, gerenciamento do erro e construção de uma cultura de segurança positiva ainda no período de formação.

Todavia é necessário considerar que o processo de adaptação cultural é um dos passos para que o instrumento esteja disponível para aplicação em outro contexto. Sendo assim, sugere-se a realização da análise psicométrica, em um estudo de validação (equivalência de mensuração), para que o LSPSQ seja considerado validado para uso em estudos brasileiros.

Após o processo de validação concluído, os resultados poderão contribuir na avaliação de atitudes e de conhecimentos de estudantes sobre segurança do paciente. A expectativa também é aumentar a conscientização das lideranças universitárias sobre a relevância de capacitar futuros médicos e enfermeiros para prestação de uma assistência ao paciente segura.

No Brasil, não foram encontradas pesquisas que disponibilizassem um instrumento validado, capaz de avaliar esses quesitos sobre segurança do paciente. Assim, o presente estudo poderá contribuir de forma fundamentada e para fomentar o crescimento de novas pesquisas sobre essa temática no cenário de ensino brasileiro.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 335-336, abr. 2004.

_____. Resolução (RE) nº 921, de 29 de maio de 2002. Reconhece a Organização Nacional de Acreditação - ONA como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de Acreditação de organizações e serviços de saúde no Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 maio 2002.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY - AHRQ. **Efforts to improve patient safety result in 1.3 million fewer patient harms: interim update on 2013 annual hospital-acquired condition rate and estimates of cost savings and deaths averted from 2010 to 2013**. Rockville: AHRQ, 2014. 26 p.

AHMED, M. et al. Building a safer foundation: the Lessons Learnt patient safety training programme. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 23, p. 78-86, 2014.

AJZEN, I. Behavioral interventions: design and evaluation guided by the theory of planned behavior. In: MARK, M. M.; DONALDSON, S. I.; CAMPBELL, B. C. (Ed.). **Social psychology for program and policy evaluation**. New York: Guilford Press, 2011. p. 74-100.

_____. Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. **Journal of Applied Social Psychology**, Silver Spring, v. 32, n. 4, p. 665-683, Apr. 2002.

_____. The theory of planned behavior. **Organizational Behavior and Human Decision Processes**, San Diego, v. 50, n. 2, p. 179-211, Dec. 1991.

_____. The prediction of behavior from attitudinal and normative variables. **Journal of Experimental Social Psychology**, New York, v. 6, n. 4, p. 466-487, Oct. 1970.

_____. **Understanding attitudes and predicting social behaviour**. Michigan: Prentice-Hall, 1980. 278 p.

AJZEN, I.; COTE, N. G. Attitudes and the prediction of Behavior. In: CRANO, W. D.; PRISLIN, R. **Attitudes and attitudes change: frontiers of social psychology**. United States of America: Psychology Press, 2008. Chap. 13, p. 289-312.

AJZEN, I.; FISHBEIN, M. The influence of attitudes on behavior. In: ALBARRACÍN, D. B. T.; JOHNSON, M. P. **The handbook of attitudes**. Mahwah: Erlbaum, 2005. p. 173-221.

AJZEN, I.; FISHBEIN, M. **Understanding attitudes and predicting social behaviour**. New York: Prentice-Hall, 1980. 278 p.

ALBARRACÍN, D. et al. Structure of attitudes: judgments, memory, and implications for change. In: CRANO, W. D.; PRISLIN, R. (Ed.). **Attitudes and attitudes change: frontiers of social psychology**. New York: Psychology Press, 2008. Chap. 2, p. 19-40.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, jul. 2011.

AUSTRALIAN HEALTH PROMOTION ASSOCIATION'S - AHPA. **Core competencies for health promotion practitioners**. Sunshine Coast: AHPA, 2009. 8 p.

BAMPI, R. et al. Perspectivas da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente em unidade de emergência. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 11, n. 2, p. 584-590, 2017.

BATISTA, N. et al. O enfoque problematizador na formação de profissionais de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 231-237, abr. 2005.

BEATON, D. E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, Hagerstown, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, Dec. 2000.

_____. **Recommendations for the cross - cultural adaptation of the dash & quickdash outcome measures**. Toronto: American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2007.

BECHTOLD, M. L. et al. Educational quality improvement report: outcomes from a revised morbidity and mortality format that emphasised patient safety. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 16, n. 6, p. 422-427, Dec. 2007. Acesso em: 05 de dezembro de 2017.

BOEIRA, E. R. et al. O ensino das medidas de prevenção e controle de infecções para a segurança do paciente em cursos de graduação em enfermagem. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 5., 2016, Aracaju. **Anais...** Aracaju: Ciai, 2016. p. 885-894.

BOGARIN, D. F. et al. Patient safety: knowledge of undergraduate nursing students. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 19, n. 3, p. 448-54, jul./set. 2014.

BOHOMOL, E.; CUNHA, I. C. K. O. Ensino sobre segurança do paciente no curso de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. **Einstein**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 7-13, jan./mar. 2015.

BOHOMOL, E.; FREITAS, M. A. de O.; CUNHA, I. C. K. O. Ensino da segurança do paciente na graduação em saúde: reflexões sobre saberes e fazeres. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 727-741, 2016.

BORSA, J. C.; DAMÁSIO, B. F.; BANDEIRA, D. R. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 53, p. 423-432, set./dez. 2012.

BOTOMÉ, S. P. A definição de comportamento. **ITCR Campinas**, Campinas, p. 1-16, 2008. Texto didático. Disponível em: <itrcrcampinas.com.br>. Acesso em: 28 maio 2017.

BOTTI, S. H.; REGO, S. The teaching-learning process in medical residency. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 132-40, jan./mar. 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 143, 26 jul. 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p.

_____. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p.

_____. Portaria nº 2101, de 03 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde) para os cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 nov. 2005.

_____. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos básicos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 set. 2013d. Seção 1, p. 113.

_____. Portaria nº 1.377, de 09 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 jul. 2013c. Seção 1, p. 47.

_____. Portaria nº 421, de 03 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para saúde (PET-Saúde) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 mar. 2010. Seção 1, p. 53.

_____. Portaria nº 538, de 17 de abril de 2001. Reconhece a Organização Nacional de Acreditação - ONA como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de Acreditação Hospitalar no Brasil. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 19 abr. 2001. p. 76-E.

_____. Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 02 abr. 2013a

_____. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 86 p.

_____. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 fev. 2004.

CALDANA, G. et al. Rede Brasileira de enfermagem e segurança do paciente: desafios e perspectivas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 906-911, jul./set. 2015.

CAPUCHO, H. C.; CASSIANI, S. H. de B. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 791-798, ago. 2013.

CARABETTA JUNIOR, V. A utilização de mapas conceituais como recurso didático para a construção e inter-relação de conceito. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 441-447, jul./set. 2013.

CARRUTHERS, S. et al. Attitudes to patient safety amongst medical students and tutors: Developing a reliable and valid measure. **Medical Teacher**, London, v. 31, n. 8, e370–e376, Aug. 2009.

CARVALHO, R. E. F. L. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil – questionário de atitudes de segurança**. 2011. 158 p. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

CARVALHO, R. E. F. L.; CASSIANI, S. H. B. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 1-12, maio/jun. 2012.

CASSEPP-BORGES, V.; BALBINOTTI, M. A. A.; TEODORO, M. L. M. Tradução e validação de conteúdo: uma proposta para a adaptação de instrumentos. In: PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 506-520.

CASSIANI, S. H. de B. Enfermagem e a pesquisa sobre segurança dos pacientes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 7-8, 2010.

CASSIANI, S. H.; ROSA, M. B. O erro durante o processo de aprendizagem do profissional de saúde. In: HARADA, M. J. et al. **O erro humano e a segurança do paciente**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 203-217.

CAUDURO, F. L. F. **Avaliação da cultura de segurança em unidades cirúrgicas**. 2013. 104 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

CAUDURO, G. M. R. et al. Segurança do paciente na compreensão de estudantes da área da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, p. 1-8, jul. 2017.

CAUDURO, G. M. R. **Segurança do paciente na compreensão dos estudantes de graduação da área da saúde**. 2016. 87 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2016.

CENTRO COLABORADOR PARA QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE - PROQUALIS. Cirurgias seguras salvam vidas. **Proqualis**, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://proqualis.net/cirurgia/>>. Acesso em: 27 out. 2017.

CHANELIERE, M. et al. Assessment of patient safety culture: what tools for medical students? **BMC Medical Education**, London, v. 16, n. 1, p. 255, Sept. 2016.

CHAVES, F. F. **Tradução, adaptação e validação de instrumentos para as práticas educativas na condição crônica do Diabetes Mellitus – Brasil**. 2016. 122 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

CHENOT, T.; DANIEL, L. Frameworks for patient safety in the nursing curriculum. **The Journal of Nursing Education**, New York, v. 49, n. 10, p. 559–568, Oct. 2010.

COHEN, R. J.; SWERDLIK, M. E.; STURMAN, E. D. **Testagem e avaliação psicológica: introdução à testes de medidas**. 8. ed. Porto Alegre: AMGH, 2014. 730 p.

CORREGGIO, T. C. da; AMANTE, L. M.; BARBOSA, S. F. F. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico. **Revista Sobecc**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 67-73, abr./jun. 2014.

CORRIGAN, J. M. et al. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Washington, DC: National Academy Press, 2001. 360 p.

COSTA, G. D. da; COTTA, R. M. M. Representações sociais de estudantes da saúde sobre o portfólio reflexivo como método de ensino, aprendizagem e avaliação. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 5., 2016, Aracaju. **Anais...** Aracaju: Ciaiq, 2016. p. 944-951.

COUTO, R. C. et al. **Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil**. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina UFMG, 2017. 89 p.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; NOGUEIRA, J. M. **Infecção hospitalar: epidemiologia e controle**. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. 750 p.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; ROSA, M. B. **Erros acontecem: a força a transparência para o enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados: construindo um sistema de saúde mais seguro**. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina UFMG, 2016. 48 p.

COX, S.; FLIN, R. Safety culture: philosopher's stone or man of straw? **Work & Stress**, London, v. 12, n. 3, p. 189-201, Sept. 1998.

COYLE, Y. M. et al. Effectiveness of a graduate medical education program for improving medical event reporting attitude and behavior. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 14, n. 5, p. 383–388, Oct. 2005.

CRONENWETT, L. et al. Quality and safety education for nurses. **Nursing Outlook**, New York, v. 55, n. 3, p. 122–131, May/June 2007.

CRUCIANI, F. et al. Equivalência conceitual, de itens e semântica do Physical Activity Checklist Interview (PACI). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 19-34, jan. 2011.

DALTON, L. et al. Using clinical reasoning and simulation-based education to ‘flip’ the Enrolled Nurse curriculum. **The Australian Journal of Advanced Nursing**, South Melbourne, v. 33, n. 2, p. 28-34, 2015.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003. 200 p.

DUDAS, R. A. et al. Can teaching medical students to investigate medication errors change their attitudes towards patient safety? **BMJ Quality & Safety**, London, v. 20, n. 4, p. 319–325, Apr. 2011.

ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E et al. Adaptação transcultural da “*Burns Specific Pain Anxiety Scale- BSPAS*” para ser aplicada em pacientes queimados brasileiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 1-10, jul./ago. 2006.

ELLIS, O. Putting safety on the curriculum. **BMJ: British medical journal**, London, v. 339, p. b3725, Sept. 2009.

EPSTEIN, J.; SANTO, R. M.; GUILLEMIN, F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. **Journal of Clinical Epidemiology**, Oxford, v. 68, n. 4, p. 435-441, Apr. 2015.

FABRIGAR, I. R.; WEGENER, D. T. Attitude structure. In: BAUMEISTER, R. F.; FINKEL, E. J. **Advanced social psychology: the state of the science**. United States of America: Oxford University Press, 2010. Chap. 7, p. 177-216.

FARLEY, D. et al. Field test of the world health organization multi-professional patient safety curriculum guide. **PLoS One**, San Francisco, v. 10, n. 9, p. 1-16, Sept. 2015.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W. Anormalidade. In: _____. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 36-55.

FLIN, R. et al. U. Year 1 medical undergraduates’ knowledge of and attitudes to medical error. **Medical Education**, Oxford, v. 43, n. 12, p. 1147–1155, Dec. 2009.

FLIN, R.; O’CONNOR, P.; CRICHTON, M. **Safety at the sharp end: a guide to nontechnical skills**. Aldershot: Ashgate Publishing, 2008. 317 p.

FÓRUM NACIONAL DE EDUCAÇÃO DAS PROFISSÕES NA ÁREA DA SAÚDE - FNEPAS. O que é o FNEPAS? **FNEPAS**, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/sobre_fnepas.htm>. Acesso em: 2 dez. 2017.

FREIRE, P. **A educação e mudança**. 28. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005. 79 p.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 38. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008. 148 p.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 46. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007. 213 p.

FRIEDMAN, S. M. et al. Perceptions of emergency medicine residents and fellows regarding competence, adverse events and reporting to supervisors: a national survey. **Canadian Journal of Emergency Medicine**, Ottawa, v. 12, n. 6, p. 491–499, Nov. 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 175 p.

GINSBURG, L. R. et al. An educational intervention to enhance nurse leaders' perceptions of patient safety culture. **Health Services Research**, Chicago, v. 40, n. 4, p. 997-1019, Aug. 2005.

_____. Development and testing of an objective structured clinical exam (OSCE) to assess socio-cultural dimensions of patient safety competency. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 24, n. 3, p. 188-194, Mar. 2015.

_____. The H-PEPSS: an instrument to measure health professionals' perceptions of patient safety competence at entry into practice. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 21, n. 8, p. 676-684, Aug. 2012.

GINSBURG, L. R.; DHINGRA- KUMAR, N.; DONALDSON, L. J. What stage are low-income and middle-income countries(LMICs) at with patient safety curriculum implementation and what are the barriers to implementation? A two-stage cross-sectional study. **BMJ Open**, London, v. 7, n. 6, p. e016110, June 2017.

GOMES, A. T. de L. et al. A segurança do paciente nos caminhos percorridos pela enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 1, p. 146-154, jan./fev. 2017.

_____. Erro humano e cultura de segurança à luz da teoria “queijo suíço”: análise reflexiva. **Revista de Enfermagem UFPE on Line**, Recife, v. 10, n. 4, p. 3646-3652, set. 2016.

GONÇALVES FILHO, A. P.; ANDRADE, J. C. S.; MARINHO, M. M. de O. Cultura e gestão da segurança no trabalho: uma proposta de modelo. **Gestão e Produção**, São Carlos, v. 18, n. 1, p. 205-220, 2011.

GONSALVES, E. P. **Educação Biocêntrica: o presente de Rolando Toro para o pensamento pedagógico**. 2. ed. João Pessoa: Editora Universitária-UFPB, 2009.

GRANT, J. S.; DAVIS, L. L. Seletion and use of content experts for instrument development. **Research in Nursing & Health**, New York, v. 20, n. 3, p. 269-274, June 1997.

GUILLEMIN, F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. **Scandinavian Journal of Rheumatology**, Stockholm, v. 24, n. 2, p. 61-63, 1995.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, Oxford, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, Dec. 1993.

HAIR, J. et al. **Análise multivariada de dados**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009. 688 p.

HALLIGAN, M.; ZECEVIC, A. Safety Culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 20, n. 4, p. 338-343, Apr. 2011.

HERDMAN, M. et al. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. **Quality of Life Research**, Oxford, v. 7, n. 4, p. 323-335, May 1998.

HOLMES, S. Methodological and ethical considerations in designing an internet study of quality of life: a discussion paper. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 46, n. 3, p. 394-405, Mar. 2009.

HULLEY, S. B.; MARTIN, J. N.; CUMMINGS, S. R. Planejando as medições: precisão e acurácia. In: HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 55-68.

HUTCHINSON, A.; BENTZEN, N.; KONIG-ZANHN, C. **Cross cultural health outcome assessment: a user's guide**. The Netherlands: ERGHO, 1996. 182 p.

ILHA, P. et al. Segurança do paciente na percepção de acadêmicos de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, nesp., p. 1-10, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Cidades**: Minas Gerais: Belo Horizonte. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=310620>>. Acesso em: 7 ago. 2016.

_____. **Cidades**: Minas Gerais: Itaúna. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=313380&search=minas-gerais|itauna>>. Acesso em: 7 ago. 2016.

INTERNATIONAL NUCLEAR SAFETY ADVISORY GROUP - INSAG. **Basic safety principles for nuclear power plants 75 - INSAG 3**. Vienna: International Atomic Energy Agency, 1988. 105 p.

JANG, H.; LEE, N.-J. Patient safety competency and educational needs of nursing educators in South Korea. **PLoS One**, San Francisco, v. 12, n. 9, p. 1-18, Sept. 2017.

JANSMA, J. D. et al. Do specialty registrars change their attitudes, intentions and behaviour towards reporting incidents following a patient safety course? **BMC Health Services Research**, London, v. 10, p. 100, Apr. 2010.

JENSEN, R. et al. Tradução e adaptação cultural para o Brasil do modelo *Developing Nurses' Thinking*. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, p. 197-203, mar./abr. 2014.

JHA, A. K. et al. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 22, n. 10, p. 809–815, Oct. 2013.

JOHNSON, H. L.; KIMSEY, D. Patient safety: break the silence. **AORN Journal**, Denver, v. 95, n. 5, p. 591-601, May 2012.

JOLSTAD, A. L. et al. Clinical supervision and non-technical professional development skills in the context of patient safety—the view of nurse specialist students. **Open Journal of Nursing**, Irvine, v. 7, n. 2, p. 253-267, Feb. 2017.

JONES, A. The impact of integrating Quality and Safety Education for Nurses' safety competency in first-year associate degree nursing students. **Teaching and Learning in Nursing**, New York, v. 8, n. 4, p. 140–146, Oct. 2013.

JÖRESKOG, K.; SÖRBOM, D. **LISREL 8**: structural equation modeling with the SIMPLIS Command language. Chicago: Scientific Software International, 1993. 226 p.

KALDJIAN, L. C. et al. Disclosing medical errors to patients: attitudes and practices of physicians and trainees. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 22, n. 7, p. 988–996, July 2007.

KERFOOT, B. P. et al. Patient safety knowledge and its determinants in medical trainees. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 22, n. 8, p. 1150–1154, Aug. 2007.

KIESEWETTER, J. et al. German undergraduate medical students' attitudes and needs regarding medical errors and patient safety – a national survey in Germany. **Medical Teacher**, London, v. 36, n. 6, p. 505–510, June 2014.

KIRKMAN, M. A. et al. The outcomes of recent patient safety education interventions for trainee physicians and medical students: a systematic review. **BMJ Open**, London, v. 5, n. 5, p. e007705, May 2015.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (Ed.). **To err is human**: building a safer health system. Washington, DC: National Academies Press, 2000. 287 p.

KWIATKOSKI, D. R. et al. Translation and cross-cultural adaptation of the Clinical Competence Questionnaire for use in Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, p. 1–9, jun. 2017.

LEE, N. J. et al. Psychometric evaluation of a patient safety competency self-evaluation tool for nursing students. **The Journal Nursing Education**, New York, v. 53, n. 10, p. 550–562, Oct. 2014.

LEE, N. J.; JANG, H.; PARK, S. Y. Patient safety education and baccalaureate nursing students' patient safety competency: a cross-sectional study. **Nursing & Health Sciences**, Carlton, v. 18, n. 2, p. 163–171, June 2016.

LEOTSAKOS, A. et al. Educating future leaders in patient safety. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, Auckland, v. 7, p. 381–388, Sept. 2014.

LEUNG, G. K.; PATIL, N. G. Patient safety in the undergraduate curriculum: medical students' perception. **Hong Kong Medical Journal**, Hong Kong, v. 16, n. 2, p. 101–105, Apr. 2010.

LIAO, J. M. et al. Assessing medical students' perceptions of patient safety: the medical student safety attitudes and professionalism survey. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 89, n. 2, p. 343–351, Feb. 2014.

- LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 330 p.
- LOGIO, L. S.; RAMANUJAM, R. Medical trainees' formal and informal incident reporting across a five-hospital academic medical center. **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, Oakbrook Terrace, v. 36, n. 1, p. 36–42, Jan. 2010.
- LOPES, M. N. A. **Segurança do paciente na percepção de docentes e discentes de graduação em enfermagem**. 2015. 51 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2015.
- LOURENÇÃO, D. C. A. **Adaptação Transcultural e validação do Safety Attitudes Questionnaire/operating Room Version para o contexto brasileiro**. 2015. 144 p. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.
- LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nursing Research**, New York, v. 35, n. 6, p. 382-385, Dec. 1986.
- MADIGOSKY, W. S. et al. Changing and sustaining medical students' knowledge, skills, and attitudes about patient safety and medical fallibility. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 81, n. 1, p. 81-94, Jan. 2006.
- MAKARY, M. A.; DANIEL, M. Medical error - the third leading cause of death in the US. **BMJ: British medical journal**, London, v. 353, p. i2139, May 2016.
- MANSOUR, M.; SKULL, A.; PARKER, M. Evaluation of world health organization multi-professional patient safety curriculum topics in nursing education: pre-test, post-test, none-experimental study. **Journal of Professional Nursing**, Philadelphia, v. 31, n. 5, p. 432-439, Oct. 2015.
- MARCHON, S. G. **A segurança do paciente na atenção primária à saúde**. 2015. 78 p. Tese (Doutorado em Ciências) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.
- MARINHO, M. M. **Cuidado de enfermagem e a cultura de segurança do paciente: um estudo avaliativo em unidades de internação cirúrgica**. 2012. 135 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.
- MARINHO, M. M.; RADUNZ, V.; BARBOSA, S. F. F. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 581-90, jul./set. 2014.
- MAROCO, J.; GARCIA-MARQUES, T. Qual a fiabilidade do alpha de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? **Laboratório de Psicologia**, Portugal, v. 4, n. 1, p. 65-90, 2006.
- MARRA, V. N.; SETTE, M. de L. (Coord.). **Guia curricular de segurança do paciente da organização mundial da saúde: edição multiprofissional**. Rio de Janeiro: Autografia, 2016. 270 p.
- MCDONALD, R. P. The dimensionality of tests and items. **British Journal of Mathematical and Statistical Psychology**, London, v. 34, n. 1, p. 100–117, May 1981.

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. de F. F. Patient safety culture in intensive care: nursing contributions. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1124-1133, out./dez. 2013.

MENDES, W. et al. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 393-406, dez. 2005.

MILLIGAN, F. J. Establishing a culture for patient safety—the role of education. **Nurse Education Today**, Edinburgh, v. 27, n. 2, p. 95-102, Feb. 2007.

MIRA, J. J. et al. A Spanish-language patient safety questionnaire to measure medical and nursing students' attitudes and knowledge. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 38, n. 2, p. 110-119, Aug. 2015a.

_____. Formación en seguridad del paciente en las escuelas de medicina y enfermería en España. **Revista de Calidad Asistencial**, Espanha, v. 31, n. 3, p. 141-145, Mayo/Jun. 2015b.

MORALES-VALLEJO, P.; SANZ, B. U.; BLANCO, A. **Construcción de escalas de actitudes tipo Likert**. Madrid: La Muralla, 2003. 176 p.

MOSKOWITZ, E. et al. Development and evaluation of a 1-day interclerkship program for medical students on medical errors and patient safety. **American Journal of Medical Quality**, Baltimore, v. 22, n. 1, p. 13-17, Jan./Feb. 2007.

MULLER, D.; ORNSTEIN, K. Perceptions of and attitudes towards medical errors among medical trainees. **Medical Education**, Oxford, v. 41, n. 7, p. 645–652, July 2007.

NABILOU, B.; FEIZI, A.; SEYEDIN, H. Patient safety in medical education: students' perceptions, knowledge and attitudes. **PLoS One**, San Francisco, v. 10, n. 8, p. e0135610, Aug. 2015.

NANJI, K. C. et al. Evaluation of perioperative medication errors and adverse drug events. **Anesthesiology**, Philadelphia, v. 124, n. 1, p. 25-34, Jan. 2016.

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY - NPSA. **10 for 2010: five steps to safer surgery**. England: NPSA, 2013a. Disponível em: <<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/10-for-2010/five-steps-to-safer-surgery/>>. Acesso em: 26 out. 2013.

_____. **Patient safety first campaign. Surgical safety**. England: NPSA, 2013b. Disponível em: <<http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/Content.aspx?path=/interventions/Perioperativecare/>>. Acesso em: 26 out. 2013.

_____. WHO - **Surgical safety checklist**. England: NPSA, 2009. Disponível em: <<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/clinical-specialty/surgery/?entryid45=59860>>. Acesso em: 26 out. 2013.

NATIONAL PATIENT SAFETY EDUCATION FRAMEWORK. **The Australian Council for Safety and Quality in Health Care**. Canberra: National Patient Safety Education Framework, 2005. 202 p.

NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION - NPSF. Free from harm: accelerating patient safety improvement fifteen years after to err is human. **Institute for Healthcare Improvement**, Cambridge, 2015.

NIEVA, V. F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 12, suppl. 2, p. 17-23, Dec. 2003.

NIGHTINGALE, F. **Notes on hospitals**. London: Createspace Independent, 1863. 240 p.

NÓBREGA-TERRIEN, S. M. et al. Projeto político pedagógico: concepção, construção e avaliação na enfermagem. **Revista Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 679-686, set. 2010.

NOGUEIRA, J. W. da S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 3, p. 636-640, jul./set. 2015.

NOVAK, J. D.; CAÑAS, A. J. The theory underlying concept maps and how to construct them. **Technical Report IHMC CmapTools**, Flórida, p. 1-36, Jan. 2008. Disponível em: <<http://cmap.ihmc.us/Publications/ResearchPapers/TheoryUnderlyingConceptMaps.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2017.

OLIVEIRA, A. C.; GARCIA, P. C.; NOGUEIRA, L. S. Nursing workload and occurrence of adverse events in intensive care: a systematic review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 679-689, jul./ago. 2016.

OLIVEIRA, J. L. C. et al. Segurança do paciente: conhecimento entre residentes multiprofissionais. **Einstein**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 50-57, jan./mar. 2017.

OLIVEIRA, R. G. de. **Blackbook enfermagem**. Belo Horizonte: Blackbook, 2016. 816 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Guia curricular de segurança do paciente da organização mundial da saúde**: edição multiprofissional. Rio de Janeiro: Autografia, 2016. 270 p.

_____. Guia curricular multiprofissional de segurança do paciente. **Proqualis**, Rio de Janeiro, 2011 Disponível em: <<https://proqualis.net/manual/guia-curricular-multiprofissional-de-seguran%C3%A7a-do-paciente>>. Acesso em: 5 dez. 2017.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO - ONA. **Manual brasileiro de acreditação para organizações prestadoras de serviços de saúde**. Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2010. 160 p. (Coleção Manual Brasileiro de Acreditação, 1).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Cirurgias seguras salvam vidas**. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. 29 p.

PAESE, F.; SASSO, G. T. M. D. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 302-310, abr./jun. 2013.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, nesp., p. 992-999, dez. 2009.

_____. **Técnicas de exame psicológico TEP**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. 233 p.

PATEY, R. et al. Patient safety: helping medical students understand error in healthcare. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 16, n. 4, p. 256–259, Aug. 2007.

PEDREIRA, M. L. Evidence-based practice to promote patient safety. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, nesp., p. 880-881, 2009.

PEREIRA, A. L. de F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, set./out. 2003.

PERRENOUD, P. **Construir competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed, 1999. 96 p.

PILCHER, J. J.; HUFFCUTT, A. I. Effects of sleep deprivation on performance: a meta-analysis. **Sleep**, New York, v. 19, n. 4, p. 318-326, May 1996.

PINTO, M. J. S. et al. Ensino sobre segurança do paciente na disciplina de Administração em Enfermagem. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, Montes Claros, v. 5, n. 1, p. 24-40, 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in Nursing & Health**, New York, v. 29, n. 5, p. 489-497, Oct. 2006.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Divinópolis**: quadriênio 2010/2013, gestão 2009/2012. Divinópolis: Prefeitura Municipal de Divinópolis, 2009. 85 p.

RAMÍREZ-MARTÍNEZ, M. E.; PEDRAZA-AVILÉS, G. Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel. **Enfermería Universitaria**, México, v. 14, n. 2, p. 111-117, Apr./June 2017.

RAYMUNDO, V. P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. **Letras de hoje**, Porto Alegre, v. 44, n. 3, p. 86-93, jul./set. 2009.

REASON, J. T. Human error: models and management. **BMJ: British medical journal**, v. 320, n. 7237, p. 768- 770, Mar. 2000.

_____. **Managing the risks of organizational accidents**. 2. ed. Burlington: Ashgate Publishing, 1997. 252 p.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE - REBRAENSP. **Estratégias para a segurança do paciente**: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132 p.

- REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 665-673, ago. 2007.
- REIS, C. T. **A cultura de segurança do paciente**: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. 2013. 203 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.
- REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde- um olhar sobre a literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, jul. 2013.
- RIBEIRO, E. C. de O.; LIMA, V. V. Competências profissionais e mudanças na formação. **Olho Mágico**, Londrina, v. 10, n. 2, p. 47-53, abr./jun. 2003.
- RIBEIRO, H. C. T. C. **Estudo de não conformidades no trabalho de enfermagem**: evidências que interferem na qualidade de hospitais em Minas Gerais. 2011. 136 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.
- RIBEIRO, H. C. T. C. et al. Não conformidades em hospitais relacionadas à prevenção, controle de infecções e eventos adversos. **Revista de Enfermagem UFPE on Line**, Recife, v. 10, n. 9, p. 3344-3351, set. 2016.
- RIBEIRO, H. C. T. C. **Segurança da assistência no perioperatório**: integração de uma complexa rede intra-hospitalar. 2016. 223 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.
- RIGOBELLO, M. C. G. et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 728-35, 2012.
- RODRIGUE, C. et al. Developing a practical and sustainable faculty development program with a focus on teaching quality improvement and patient safety: an alliance for independent Academic Medical Centers National Initiative III Project. **The Ochsner Journal**, Easton, v. 12, n. 4, p. 338-343, 2012.
- SÁNCHEZ, M.; SARABIA, F. J. Validez y fiabilidad de escalas. In: SARABIA, F. J. (Coord.). **Metodología para la investigación em marketing y dirección de empresas**. Madrid: Pirámide, 1999. p. 363-394.
- SCHNALL, R. et al. Development of a self-report instrument to measure patient safety attitudes, skills, and knowledge. **Journal of Nursing Scholarship**, Indianapolis, v. 40, n. 4, p. 391-394, 2008.
- SEIBERT, S. Safety consciousness: assignments that expand focus beyond the bedside. **Nurse Education Today**, Edinburgh, v. 34, n. 2, p. 233-236, Feb. 2014.
- SEXTON, J. B. et al. The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, London, v. 6, p. 44, Apr. 2006.

SILVA, A. E. B. C.; TEIXEIRA, T. C. A.; CASSIANI, S. H. B. Ferramentas utilizadas para a gestão dos riscos: FMEA – análise do modo e efeito da falha e RCA – análise de causa raiz. In: FELDMAN, L. B. (Org.). **Gestão de risco e segurança hospitalar: prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco: aplicabilidade de ferramentas, monitoramento.** São Paulo: Martinari, 2008. p. 311-324.

SILVA, J. A.; RIBEIRO-FILHO, N. P. **Avaliação e mensuração da dor: pesquisa, teoria e prática.** Ribeirão Preto: FUNPEC, 2006. 467 p.

SILVA, J. L. L. da; ASSIS, D. L. de; GENTILLE, A. C. A percepção de estudantes sobre na metodologia problematizadora: a mudança de um paradigma em relação ao processo ensino-aprendizagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 7, n. 1, p. 72-80, 2005.

SILVA, L. D. Segurança do paciente no contexto da terapia intensiva. In: SANTOS, L. C. G.; DIAS, A. L. P. (Coord.). **Gerenciamento e sistematização do cuidado de enfermagem em terapia intensiva.** São Paulo: Phorte, 2013. Cap. 5.

SILVEIRA, M. de S.; COGO, A. L. P. Contribuições das tecnologias educacionais digitais no ensino de habilidades de enfermagem: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, p. 1-9, nov. 2017.

SIMAN, A. G.; BRITO, M. J. M. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, nesp., p. 1-9, 2016.

SMITH, S. E. et al. The effects of contributing to patient care on medical students' workplace learning. **Medical Education**, Oxford, v. 47, n. 12, p. 1184-1196, Dec. 2013.

SORDI, M. R. L. de; BAGNATO, M. H. S. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 83-88, abr. 1998.

SOROKIN, R.; RIGGIO, J. M.; HWANG, C. Attitudes about patient safety: a survey of physicians-in-training. **American Journal of Medical Quality**, Baltimore, v. 20, n. 2, p. 70-77, Mar./Apr. 2005.

SORRA J. S.; NIEVA, V. F. **Hospital survey on patient safety culture: user's guide.** Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004. 45 p.

SOUZA, A. C. de; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 649-659, jul./set. 2017.

SOUZA, N. A. de; BORUCHOVITCH, E. Mapas conceituais: estratégia de ensino/aprendizagem e ferramenta avaliativa. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 26, n. 3, p. 195-218, dez. 2010.

SPERBER, A.; D. Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. **Gastroenterology**, Baltimore, v. 126, suppl. 1, p. 124-128, Jan. 2004.

STREINER, D. L. Measure for measure: new developments in measurement and item response theory. **Canadian Journal of Psychiatry**, Ottawa, v. 55, n. 3, p. 180-187, Mar. 2010.

SULLIVAN, D.; HIRST, D.; CRONENWETT, L. Assessing quality and safety competencies of graduating prelicensure nursing students. **Nursing Outlook**, New York, v. 57, n. 6, p. 323–331, Dec. 2009.

TAYLOR, G. J.; BAGBY, R. M.; PARKER, J. D. The 20-Item Toronto Aleithymia Scale. IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures. **Journal of Psychosomatic Research**, London, v. 55, n. 3, p. 277-283, Sept. 2003.

TEIGLAND, C. L. et al. Patient safety and quality improvement education: a cross-sectional study of medical students' preferences and attitudes. **BMC Medical Educacion**, London, v. 13, p. 16, Feb. 2013.

TELLA, S. et al. Learning to ensure patient safety in clinical settings: comparing Finnish and British nursing students' perceptions. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 24, n. 19/20, p. 2954–2964, Oct. 2015.

THE HEALTH FOUNDATION. **Evidence scan: levels of harm in primary care**. London: The Health Foundation, 2011. 31 p.

THE JOINT COMMISSION. **The joint commission history**. Oak Brook: The Joint Commission, 2011. 12 p.

TILDEN, V. P.; NELSON, C. A.; MAY, B. A. Use of qualitative methods to enhance content validity. **Nursing Research**, New York, v. 39, n. 3, p. 172-175, May/June 1990.

TOPF, M. Three estimates of interrater reliability for nominal data. **Nursing Research**, New York, v. 35, n. 4, p. 253-245, July/Aug. 1986.

TORRES, H. de C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. T. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 906-911, dez. 2005.

TORRES, H. de C.; REIS, I. A.; PAGANO, A. S. **Empoderamento do pesquisador nas ciências da saúde**. Belo Horizonte: FALE/UFMG, 2015. v. 1, 250 p.

TREGUNNO, D. et al. Integrating patient safety into healthprofessionals' curricula: a qualitative study of medical, nursing and pharmacy faculty perspectives. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 23, n. 3, p. 257-264, Mar. 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG. **Projeto pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2006. 113 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI - UFSJ. **Projeto pedagógico do Curso de Graduação em Medicina**. Divinópolis: Ed. UFSJ, 2015. 331 p.

_____. **Projeto pedagógico do Curso de Enfermagem**. Divinópolis: Ed. UFSJ, 2009. 110 p. Disponível em: <<http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/coenf/2014/PPC%202012.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2016.

VIEIRA, G. de L. C. **Tradução, adaptação cultural e validação do questionário Diabetes Attitudes Scale - Third Version (DAS-3) para população brasileira**. 2016. 208 p. Tese (Doutorado em Enfermagem e Saúde) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

VINCENT, C. **Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos**. São Caetano do Sul: Editora Yendis, 2009. 324 p.

VINCENT, C. **Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos**. 2. ed. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2013. 87 p.

WACHTER, R. M.; BERQUO, L. S. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 320 p.

WALPOLA, R. L et al. Validation of a survey tool to assess the patient safety attitudes of pharmacy students. **BMJ: British medical journal**, London, v. 5, n. 9, p. 1-9, July 2015.

WEAVER, S. J. et al. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 158, n. 5, p. 369–374, Mar. 2013.

WEBER, B. **Tradução, adaptação transcultural e validação do método INTERMED para a língua portuguesa: um estudo em pacientes hospitalizados**. 2012. 175 p. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

WETZEL, A. P.; DOW, A. W.; MAZMANIAN, P. E. Patient safety attitudes and behaviors of graduating medical students. **Evaluation & the Health Professions**, Baltimore, v. 35, n. 2, p. 221-238, June 2012.

WHITE, A. A. et al. How trainees would disclose medical errors: educational implications for training programmes. **Medical Education**, Oxford, v. 45, n. 4, p. 372–380, Apr. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Conceptual framework for the international classification for patient safety: version 1.1**. Geneva: WHO, 2009a. 154 p.

_____. **Medication without harm: who's third global patient safety challenge**. Geneva: WHO, 2017.

_____. **Patient safety curriculum guide: multi-professional edition**. Geneva: WHO, 2011. 272 p.

_____. **Surgical safety web map**. Geneva: WHO, 2012.

_____. **WHO patient safety: curriculum guide for medical schools**. Geneva: WHO, 2009b. 258 p.

_____. **World Alliance for Patient Safety: forward programme.** Geneva: WHO, 2004. 27 p.

_____. **World Alliance for Patient Safety: forward programme 2008-2009.** Geneva: WHO, 2008. 80 p.

_____. **World Alliance for Patient Safety. Global Patient Safety Challenge: 2005-2006.** Geneva: WHO, 2005. 26 p.

YOSHIKAWA, J. M et al. Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 21-29, 2013.

ZHANG, E. et al. Adverse event and error of unexpected life-threatening events within 24 hours of ED admission. **The American Journal of Emergency Medicine**, Philadelphia, v. 35, n. 3, p. 479–483, Mar. 2017.

APÊNDICE A - VERSÕES T1, T2 E VERSÃO-SÍNTESE DO “LATINO STUDENTS PATIENT SAFETY QUESTIONNAIRE (LSPSQ)” GERADAS ANTES DO COMITÊ DE ESPECIALISTAS, BRASIL, 2018

ITEM	VERSÃO (T1)	VERSÃO (T2)	VERSÃO- SÍNTESE (T12)
1	Fatores e itens do <i>Latino Students Patient Safety Questionnaire</i>	Fatores e itens do <i>Latino Students Patient Safety Questionnaire</i>	Fatores e itens do <i>Latino Students Patient Safety Questionnaire</i>
2	Franqueza na comunicação	Franqueza na comunicação	Franqueza na comunicação
3	Aprendi a informar corretamente aos pacientes que sofreram dano ou lesão a consequência de um erro.	Aprendi a informar corretamente aos pacientes que sofreram dano, ou lesão, em consequência de um erro.	Aprendi a informar corretamente aos pacientes que sofreram dano ou lesão por causa de um erro.
4	Durante meus estágios aprendi a avaliar os riscos para a segurança dos pacientes.	Durante minhas práticas aprendi a avaliar os riscos para a segurança dos pacientes.	Durante o estágio aprendi a avaliar os riscos para a segurança dos pacientes.
5	Nos estágios aprendi o que devo fazer se cometer um erro.	Nas práticas aprendi o que devo fazer caso cometa um erro.	No estágio aprendi o que devo fazer se eu cometer um erro.
6	Durante meus estágios pude comentar com meus tutores ou supervisores qualquer condição insegura que havia visto.	Durante minhas práticas pude comentar com meus tutores, ou supervisores, qualquer condição insegura que tenha visto.	Ao longo do estágio tive a oportunidade de comentar com meus tutores ou supervisores qualquer condição de insegurança que eu pudesse ter observado.
7	Durante minha formação adquiri competências de como informar corretamente um erro a colegas e aos chefes.	Durante minha formação adquiri competências de como informar corretamente sobre um erro aos colegas e aos chefes.	Ao longo da minha formação adquiri competências sobre como informar corretamente um erro aos meus colegas e meus superiores.
8	Durante minha formação trabalhei os sentimentos que posso chegar a ter se cometer um erro	Durante minha formação trabalhei os sentimentos que posso ter, caso cometa um erro.	Ao longo da minha formação fui trabalhando os sentimentos que posso vir a experimentar se eu cometer um erro.
9	Aprendemos a como comunicar melhor com os pacientes para evitar erros de medicação.	Aprendemos como comunicar-me melhor com os pacientes para evitar erros de medicação.	Aprendi como comunicar melhor com os pacientes para evitar erros de medicação.
10	No hospital onde fiz meus estágios se promovia uma cultura não punitiva, para que	No hospital onde fiz minhas práticas é promovida uma cultura não punitiva, para que, caso ocorra um erro, saibamos	No hospital onde fiz meu estágio promovia-se uma cultura não punitiva, para

ITEM	VERSÃO (T1)	VERSÃO (T2)	VERSÃO- SÍNTESE (T12)
	se ocorresse um erro soubéssemos como evitar que ele voltasse a acontecer.	como evitar para que não torne a ocorrer.	que, se ocorresse um erro, soubéssemos como evitar que ele voltasse a ocorrer.
11	Atitude proativa para evitar risco para a segurança (AP)	Atitude proativa para evitar risco para a segurança (AP)	Atitude proativa para evitar risco envolvendo segurança (AP)
12	Durante meus estudos me explicaram o que devo fazer para evitar os erros mais frequentes e para garantir a segurança dos pacientes.	Durante meus estudos foi-me explicado o que devo fazer para evitar erros mais frequentes e garantir a segurança dos pacientes.	Ao longo do período dos meus estudos explicaram-me o que devo fazer para evitar os erros mais frequentes e garantir a segurança dos pacientes.
13	Durante os estágios aprendi que quando acontece um erro tem que se tomar medidas para que ele não ocorra no futuro.	Durante as práticas aprendi que quando ocorre um erro, é necessário tomar medidas para que não sucedam no futuro.	Durante o estágio aprendi que quando acontece um erro devem ser tomadas medidas para que não volte a acontecer no futuro.
14	Os professores comentam nas aulas os erros que são fáceis de serem cometidos, e nos fazem recomendações de como evitá-los.	Os professores comentam em classe os erros que são fáceis de cometer, e fazem recomendações de como evitá-los.	Os professores comentam em sala de aula os erros mais fáceis de serem cometidos e nos apontam formas de como evita-los.
15	Durante minha formação meus professores nos explicaram os objetivos e as prioridades para fazer mais segura a assistência à saúde.	Durante minha formação, meus professores nos explicaram os objetivos e as prioridades para tornar mais segura a assistência sanitária.	Durante minha formação meus professores nos explicaram os objetivos e as prioridades para fazer mais segura a assistência à saúde.
16	Consciência do erro (CE)	Consciência do erro (CE)	Consciência do erro (CE)
17	Durante meu período de estágio ao menos em uma ocasião, fiz algo que não era seguro para o paciente.	Durante meu período de práticas, pelo menos em uma ocasião, fiz algo que não era seguro para o paciente.	Durante meu período de estágio ao menos em uma ocasião, fiz algo que não era seguro para o paciente.
18	Durante meu estágio de práticas observei um colega fazer algo que não era seguro para o paciente.	Durante meu estágio de práticas, observei um colega fazer algo que não era seguro para o paciente.	Durante meu estágio vi um colega fazer algo que não era seguro para o paciente.
19	Durante meus estágios observei profissionais fazerem algo que não era seguro para o paciente.	Durante minhas práticas, observei profissionais realizarem algo que não era seguro para o paciente.	Durante meu estágio vi profissionais fazerem algo que não era seguro para o paciente.
20	Compreensão do fator humano (CFH)	Compreensão do fator humano (CFH)	Compreensão do fator humano (CFH)
21	Nos serviços onde realizei meus estágios me explicaram	Nos serviços onde realizei práticas, foram-me explicadas as normas de segurança que	Nos serviços onde realizei meu estágio me explicaram

ITEM	VERSÃO (T1)	VERSÃO (T2)	VERSÃO- SÍNTESE (T12)
	as normas de segurança que se seguem com os pacientes	devem ser seguidas com os pacientes.	as normas de segurança adotadas com os pacientes.
22	Os professores enfatizaram a importância de seguir os protocolos assistenciais para uma melhor assistência médica.	Os professores insistiram na importância de seguir os protocolos de atendimento para melhor assistência médica.	Os professores enfatizaram a importância de seguir os protocolos assistenciais para uma melhor assistência médica.
23	Durante os estágios foi enfatizada a importância para a segurança do paciente de se fazer uso adequado dos recursos terapêuticos.	Durante as práticas insistiram conosco sobre a importância, para a segurança do paciente, de se fazer o uso adequado dos recursos terapêuticos.	Durante o estágio foi enfatizada a importância para a segurança do paciente de se fazer uso adequado dos recursos terapêuticos.
24	Os professores enfatizaram a importância da lavagem de mãos.	Os professores insistiram na importância da lavagem das mãos.	Os professores enfatizaram a importância de se lavar as mãos.
25	A complexidade dos sistemas e sua inter-relação (CS)	A complexidade dos sistemas e sua interpretação (CS)	A complexidade dos sistemas e sua inter-relação (CS)
26	Nos estágios comprovei que a maioria dos erros clínicos é impossível de se evitar.	Nas práticas comprovei que a maioria dos erros clínicos é impossível de se evitar.	No estágio comprovei que é impossível de evitar a maioria dos erros clínicos.
27	Durante meus estágios observei que os protocolos que se aplicam para garantir a segurança dos pacientes estão defasados (obsoletos).	Durante minhas práticas, observei que os protocolos que foram aplicados para garantir a segurança dos pacientes estão defasados (obsoletos).	Durante meu estágio observei que os protocolos que se aplicam para garantir a segurança dos pacientes estão defasados (obsoletos).

**APÊNDICE B - VERSÃO ORIGINAL DO “LATINO STUDENTS
PATIENT SAFETY QUESTIONNAIRE (LSPSQ)” E VERSÕES R1 E R2
GERADAS ANTES DO COMITÊ DE ESPECIALISTAS, BRASIL, 2018**

ITEM	VERSÃO ORIGINAL	VERSÃO (R1)	VERSÃO (R2)
1	<i>Factores e ítems del "Latino Students Patient Safety Questionnaire"</i>	<i>Factores e ítems del "Latino Students Patient Safety Questionnaire"</i>	<i>Factores e ítems del "Latino Students Patient Safety Questionnaire"</i>
2	<i>Franqueza en la comunicación (FCP)</i>	<i>Franqueza en la comunicación (FCP)</i>	<i>Franqueza en la comunicación (FCP)</i>
3	<i>He aprendido a informar correctamente a los pacientes que han sufrido daño o lesión a consecuencia de un error.</i>	<i>Aprendí a informar a los pacientes que han sufrido daño o lesión a causa de un error.</i>	<i>Aprendí a informarles correctamente a los pacientes que sufrieron daño o lesión por causa de un error.</i>
4	<i>Durante mis prácticas he aprendido a evaluar los riesgos para la seguridad de los pacientes.</i>	<i>Durante las prácticas aprendí a evaluar los riesgos para la seguridad de los pacientes.</i>	<i>Durante la pasantía aprendí a evaluar los riesgos para la seguridad del paciente.</i>
5	<i>En las prácticas he aprendido qué debo hacer si cometo un error</i>	<i>Aprendí en las prácticas lo que debo hacer en el caso de cometer un error.</i>	<i>En la pasantía aprendí lo que debo hacer si cometo un error.</i>
6	<i>Durante mis prácticas pude comentar con mis tutores o supervisores cualquier condición insegura que hubiera visto.</i>	<i>A lo largo de las prácticas tuve la oportunidad de comentar con mis tutores o supervisores cualquier condición de inseguridad que haya observado.</i>	<i>En el transcurso de la pasantía tuve la oportunidad de comentar con mis tutores o supervisores sobre cualquier condición de inseguridad observada.</i>
7	<i>Durante mi formación he adquirido competencias de cómo informar correctamente de un error a compañeros y a los jefes</i>	<i>A lo largo de mi formación adquirí competencias acerca de cómo informar correctamente un fallo a mis colegas y mis superiores .</i>	<i>A lo largo de mi formación adquirí competencias sobre cómo informar correctamente un error a mis colegas y a mis superiores.</i>
8	<i>Durante mi formación he trabajado los sentimientos que puedo llegar a tener si cometiera un error</i>	<i>A lo largo de mi formación he trabajado los sentimientos que puedo experimentar si cometo un error.</i>	<i>A lo largo de mi formación fui trabajando los sentimientos que puedo llegar a experimentar si cometo un error.</i>
9	<i>Hemos aprendido a cómo comunicar mejor con los pacientes para evitar errores de medicación</i>	<i>Aprendí como comunicarme mejor con los pacientes para evitar fallos respecto la medicación.</i>	<i>Aprendí como comunicarme mejor con los pacientes para evitar errores de medicación.</i>
10	<i>En el hospital donde hice mis prácticas se promovía una cultura no punitiva, para que si ocurría un</i>	<i>En el hospital en donde hice mis prácticas, se promovía una cultura no punitiva para que, en caso de que ocurriera un fallo,</i>	<i>En el hospital donde hice mi pasantía se promovía una cultura contraria al castigo para que, si</i>

ITEM	VERSÃO ORIGINAL	VERSÃO (R1)	VERSÃO (R2)
	<i>error supiéramos cómo evitar que volviera a producirse</i>	<i>supiéramos como evitar que él volviera a suceder.</i>	<i>ocurría un error, supiéramos como evitarlo para que no volviera a suceder.</i>
11	<i>Actitud proactiva para evitar riesgo para la seguridad (AP)</i>	<i>Actitud proactiva para evitar riesgos involucrando seguridad (AP)</i>	<i>Actitud proactiva para evitar riesgos involucrando seguridad (AP)</i>
12	<i>Durante mis estudios me han explicado lo que debo hacer para evitar los errores más frecuentes y garantizar la seguridad de los pacientes.</i>	<i>A lo largo de mis estudios, me han explicado qué debo hacer para evitar los fallos más frecuentes y garantizar la seguridad de los pacientes.</i>	<i>Durante mis estudios me explicaron lo que debo hacer para evitar los errores más frecuentes y garantizarles la seguridad a los pacientes.</i>
13	<i>Durante las prácticas he aprendido que cuando se ha producido un error hay que tomar medidas para que no suceda en el futuro.</i>	<i>Durante las prácticas, aprendí que cuando ocurre un error, se deben tomar medidas para que no vuelva a ocurrir en el futuro.</i>	<i>Durante la pasantía aprendí que cuando ocurre un error deben tomarse medidas para que no vuelva a suceder en el futuro.</i>
14	<i>Los profesores comentan en clase los errores que es fácil cometer, y nos hacen recomendaciones de cómo evitarlos</i>	<i>Los profesores comentan en el salón de clase los fallos más comunes y apuntan formas de cómo evitarlos.</i>	<i>En las clases los profesores comentan sobre los errores que se cometen con más facilidad y nos señalan las formas de evitarlos.</i>
15	<i>Durante mi formación mis profesores nos han explicado los objetivos y las prioridades para hacer más segura la asistencia sanitaria</i>	<i>Durante mi formación los profesores nos explicaron los objetivos y las prioridades para hacer más segura la asistencia a la salud.</i>	<i>Durante mi formación los profesores nos explicaron los objetivos y las prioridades para hacer más segura la asistencia a la salud.</i>
16	<i>Conciencia del error (CE)</i>	<i>Conciencia del error (CE)</i>	<i>Conciencia del error (CE)</i>
17	<i>Durante mi período de prácticas, al menos en una ocasión, he hecho algo que no era seguro para el paciente</i>	<i>Durante mi período de prácticas, en por lo menos una ocasión, hice algo que no era seguro para el paciente.</i>	<i>Durante mi período de pasantía, al menos en una ocasión, hice algo que no era seguro para el paciente.</i>
18	<i>Durante mi estancia de prácticas observé a un compañero hacer algo que no era seguro para el paciente</i>	<i>Durante mi práctica vi a un colega hacer algo que no era seguro para el paciente.</i>	<i>Durante mi pasantía vi a un colega hacer algo que no era seguro para el paciente.</i>
19	<i>Durante mis prácticas he observado a profesionales hacer algo que no era seguro para el paciente.</i>	<i>Durante mis prácticas vi a profesionales hacer algo que no era seguro para el paciente.</i>	<i>Durante mi pasantía vi a profesionales hacer algo que no era seguro para el paciente.</i>

ITEM	VERSÃO ORIGINAL	VERSÃO (R1)	VERSÃO (R2)
20	<i>Comprensión del factor humano (CFH)</i>	<i>Comprensión del factor humano (CFH)</i>	<i>Comprensión del factor humano (CFH)</i>
21	<i>En los servicios donde he realizado prácticas me han explicado las normas de seguridad que se siguen con los pacientes</i>	<i>En los puestos en donde realicé mis prácticas, me explicaron las normas de seguridad adoptadas con los pacientes.</i>	<i>En los servicios en los que realicé mi pasantía me explicaron las normas de seguridad adoptadas con los pacientes.</i>
22	<i>Los profesores nos han insistido en la importancia de seguir los protocolos asistenciales para una mejor asistencia médica.</i>	<i>Los profesores enfatizaron la importancia de seguir los protocolos asistenciales para una mejor asistencia médica</i>	<i>Los profesores enfatizaron la importancia de seguir los protocolos de atención para una mejor asistencia médica.</i>
23	<i>Durante las prácticas nos han insistido en la importancia para la seguridad del paciente de hacer un uso adecuado de los recursos terapêuticos.</i>	<i>Durante las prácticas se enfatizó la importancia, para la seguridad del paciente, de utilizar adecuadamente los recursos terapêuticos.</i>	<i>Durante la pasantía se enfatizó la importancia de utilizar adecuadamente los recursos terapêuticos para la seguridad del paciente.</i>
24	<i>Los profesores nos han insistido en la importancia del lavado de manos</i>	<i>Los profesores enfatizaron la importancia de lavarse las manos.</i>	<i>Los profesores enfatizaron la importancia de lavarse las manos.</i>
25	<i>La complejidad de los sistemas y su interrelación (CS)</i>	<i>La complejidad de los sistemas y su inter-relación (CS)</i>	<i>La complejidad de los sistemas y su inter-relación (CS)</i>
26	<i>En las prácticas he comprobado que la mayoría de los errores clínicos son imposibles de evitar</i>	<i>En las prácticas comprobé que es imposible evitar la mayoría de los errores clínicos.</i>	<i>En la pasantía comprobé que es imposible evitar la mayoría de los errores clínicos.</i>
27	<i>Durante mis prácticas he observado que los protocolos que se aplican para garantizar la seguridad de los pacientes están desfasados (obsoletos)</i>	<i>Durante mis prácticas observé que los protocolos aplicados para garantizar la seguridad de los pacientes obsoletos.</i>	<i>Durante mi pasantía comprobé que los protocolos que se aplican para garantizar la seguridad de los pacientes están desfasados (obsoletos)</i>

APÊNDICE C – CARTA - CONVITE ENVIADO AOS PERITOS PARA EXECUÇÃO DA ETAPA DO COMITÊ DE ESPECIALISTAS E PARA OS ALUNOS NA ETAPA DE PRÉ-TESTE, VIA E-MAIL. BRASIL, 2018

Prezado participante,

Meu nome é Aline Carrilho Menezes, enfermeira, matriculada no Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade São João Del- Rei (UFSJ), campus Dona Lindu em Divinópolis (MG), orientanda das professoras Dr^a Luciana Regina Ferreira da Mata (UFSJ) e Dr^a Adriana Silvina Pagano (UFMG).

Meu projeto de pesquisa propõe-se traduzir e adaptar culturalmente o instrumento "*Cuestionario de Seguridad del Paciente para Estudiantes Latinos*" (publicado sob o título "*Latino Students Patient Safety Questionnaire*") para o português brasileiro com base em Beaton *et al* (2007). Trata-se de um questionário autoaplicável originalmente em língua espanhola, que tem como finalidade a mensuração do conhecimento e de atitudes dos estudantes de medicina e enfermagem sobre segurança do paciente. Contém 21 afirmativas e cinco perguntas de múltipla escolha.

Você está sendo convidado para integrar o Comitê de Juízes, composto por peritos de várias áreas de atuação que participarão da avaliação do instrumento original e do traduzido por meio de uma plataforma gratuita online denominada e-Surv.

Solicitamos que você avalie se a tradução do instrumento "*Cuestionario de Seguridad del Paciente para Estudiantes Latinos*" ("*Latino Students Patient Safety Questionnaire*") para o português brasileiro, que você verá na plataforma online, é coerente e de fácil compreensão para estudantes de medicina e de enfermagem. Para tanto, basta acessar o link da plataforma e-Surv: https://eSurv.org?s=MJMOGH_c5c0a284 para proceder a sua avaliação. Segue em anexo o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), para seu conhecimento, sendo que sua concordância em participar da pesquisa como perito se dará com a confirmação na primeira página da plataforma e-Surv quando você acessar o link acima.

Agradeço a sua colaboração, empenho e disponibilidade e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

O prazo de retorno dos questionários respondidos será de 15 dias a partir da data de envio desta carta-convite.

Aline Carrilho Menezes
Aluna do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da UFSJ. Campus Dona Lindu

Prezado estudante,

Meu nome é Aline Carrilho Menezes, enfermeira, matriculada no Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade São João del-Rei (UFSJ), campus Dona Lindu em Divinópolis (MG), orientanda das professoras Dr^a Luciana Regina Ferreira da Mata (UFSJ) e Dr^a Adriana Silvina Pagano (UFMG).

Meu projeto de pesquisa tem como objetivo traduzir e adaptar culturalmente o instrumento “*Latino Students Patient Safety Questionnaire- LSPSQ*” para o português brasileiro com base em Beaton *et al* (2007). Trata-se de um questionário autoaplicável originalmente em língua espanhola, que tem como finalidade a mensuração do conhecimento e de atitudes dos estudantes de medicina e enfermagem sobre segurança do paciente. Contém 21 afirmativas com pontuação da escala *Likert* de cinco pontos.

Você está sendo convidado para participar da fase de pré-teste, composto por alunos dos cursos de graduação em Enfermagem e Medicina por meio de uma plataforma gratuita online denominada *e-Surv*.

Solicitamos que você responda o questionário e avalie a compreensão e coerência das afirmativas do instrumento LSPSQ, que você verá na plataforma online. Para tanto, basta acessar o link da plataforma *e-Surv*: https://eSurv.org?s=MJEEHH_8a7b1372

Segue em anexo o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), para seu conhecimento, sendo que sua concordância em participar da pesquisa como participante se dará com a confirmação na primeira página da plataforma *e-Surv* quando você acessar o link acima. Não há necessidade de me reenviar o TCLE preenchido e assinado.

Agradeço a sua colaboração, empenho e disponibilidade e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

O prazo de retorno dos questionários respondidos será de 7 dias a partir da data de envio desta carta-convite, portanto, até o dia 08/11/2017.

Aline Carrilho Menezes

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7886276388126446>

E-mails: alinecarrilhomenezes@gmail.com e alinecarrilho@yahoo.com.br

APÊNDICE D - TELAS CAPTURADAS DAS PÁGINAS DA PLATAFORMA E-SURV NAS ETAPAS: COMITÊ DE ESPECIALISTAS E PRÉ-TESTE, BRASIL, 2018

Fatores e itens do "Cuestionario de Seguridad del Paciente para Estudiantes Latinos" (publicado sob o título "Latino Students Patient Safety Questionnaire")



Prezado(a) participante,

Você foi convidado(a) a fazer parte do Comitê de Juizes para avaliar a tradução e adaptação cultural do instrumento "Cuestionario de Seguridad del Paciente para Estudiantes Latinos" (publicado sob o título "Latino Students Patient Safety Questionnaire") para o português brasileiro.

Como perito você deverá verificar se o texto em português já traduzido é de fácil entendimento para estudantes de medicina e de enfermagem brasileiros.

Nas telas subsequentes, você verá o texto original na língua espanhola em **cor azul** e abaixo de uma **linha vermelha** o texto traduzido para o português brasileiro também na **cor azul**.

Na tela inicial você receberá orientações sobre o questionário. Posteriormente as telas mostrarão as perguntas do "Cuestionario de Seguridad del Paciente para Estudiantes Latinos" ("Latino Students Patient Safety Questionnaire"). Ao final, você responderá perguntas sobre o seu perfil enquanto perito.

Avalie cada um dos itens (Texto original e Texto traduzido) de maneira a responder a seguinte pergunta: "Você acha que o texto em português está de acordo com o do espanhol?"

Você verá três opções de respostas:

- "NÃO requer retradução";
- "Requer retradução PARCIAL";
- "Requer retradução COMPLETA".

Você terá que escolher uma destas opções disponíveis.

Caso você opte por "Requer retradução PARCIAL" ou "Requer retradução COMPLETA", escreva no quadro que aparecerá abaixo o que considera que não está adequado e como poderia ser aprimorado na tradução para o português brasileiro.

Ao clicar em PRÓXIMO para iniciar o preenchimento, você confirma que está ciente do objetivo deste questionário e manifesta concordância em participar da pesquisa.

Ao final de cada página clique no ícone PRÓXIMO para avançar. Você não precisa terminar sua avaliação em uma única sessão e pode avançar e retroceder, se desejar modificar suas respostas.

Próximo

SEGURANÇA DO PACIENTE NO ENSINO UNIVERSITÁRIO. FASE PRÉ-TESTE

SEÇÃO 1

Prezado estudante,

Você foi convidado(a) a participar da fase de pré-teste do instrumento "*Latino Students Patient Safety Questionnaire (LSPSQ)*", traduzido e adaptado por especialistas da área da linguística e da saúde. O instrumento LSPSQ avalia a atitude e os conhecimentos sobre segurança do paciente de estudantes em estágios supervisionados dos cursos de graduações em Enfermagem e Medicina.

A sua participação terá duas importantes finalidades:

- responder o questionário em relação aos conhecimentos adquiridos ao longo da sua formação acadêmica;
- avaliar se as questões são de fácil compreensão para o contexto de estudantes brasileiros.

Na **seção 1** você receberá orientações de preenchimento da plataforma e na **seção 2** você responderá as perguntas do LSPSQ em português brasileiro e sobre seu perfil acadêmico.

As frases em cor azul refere-se às perguntas do LSPSQ, para as quais você deverá marcar a opção de resposta que melhor reflete a sua opinião conforme demonstrado na **seção 2**. Logo abaixo, a pergunta na cor vermelha refere-se ao seu entendimento do texto, com três opções de respostas:

- "Não"
- "Em partes"
- "Sim"

Você terá que avaliar o entendimento do texto escolhendo uma destas opções disponíveis. Caso você opte por "Em partes" ou "Não", escreva no quadro que aparecerá abaixo o que poderia ser modificado.

Ao clicar em PRÓXIMO para iniciar o preenchimento, você confirma que está ciente do objetivo deste questionário e manifesta concordância com as informações descritas no TCLE em anexo ao e-mail enviado juntamente com o link de acesso à plataforma.

Ao final de cada página clique no ícone PRÓXIMO para avançar. Você não precisa terminar sua avaliação em uma única sessão e pode avançar e retroceder, se desejar modificar suas respostas.

Próximo

SEGURANÇA DO PACIENTE NO ENSINO UNIVERSITÁRIO. FASE PRÉ-TESTE

SEÇÃO 2

Prezado estudante,

Garantir a qualidade da atenção e a segurança dos pacientes que atendemos é uma das principais metas dos profissionais da Saúde. Attingir essa meta demanda a participação ativa desde o estágio inicial da sua formação. Por isso, gostaríamos de contar com sua colaboração para responder este questionário, destinado a examinar conhecimentos, atitudes e práticas dos futuros profissionais da Saúde, desenvolvidos ao

longo de sua formação acadêmica e estágio hospitalar.

A equipe pesquisadora garante que todas as suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial.

Gostaríamos de manifestar nosso sincero agradecimento pela sua colaboração bem como nossa convicção de que a mesma será em benefício de todos.

Para responder marque a opção que melhor reflete a sua opinião.

Realizando condutas inseguras, coloco o paciente em risco.

(1) Discordo totalmente	(2) Discordo	(3) Não concordo, nem discordo	(4) Concordo	(5) Concordo totalmente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**APÊNDICE E - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO DOS PERITOS NA
ETAPA DO COMITÊ DE ESPECIALISTAS, BRASIL, 2018**

	UFSJ UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI	UFMG UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
<h2>CERTIFICADO</h2>		
<p>Certifico que _____ participou do Comitê de Juízes, na qualidade de perito da pesquisa "Tradução, adaptação transcultural e validação do instrumento "Cuestionario de Seguridad del Paciente para Estudiantes Latinos" para o contexto brasileiro" desenvolvida no Mestrado Acadêmico em Enfermagem da UFSJ pela aluna Aline Carrilho Menezes em parceria com a Faculdade de Letras da UFMG.</p>		
		Divinópolis, ____ de _____ de 2017.
		
_____ Profa. Dra. Luciana Regina Ferreira da Mata Docente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem UFSJ Orientadora do projeto		

**APÊNDICE F - VERSÃO ORIGINAL, SÍNTESE (T12) E PRÉ-FINAL
ADAPTADA PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO APÓS A ETAPA DO
COMITÊ DE ESPECIALISTAS, BRASIL, 2018**

ITEM	VERSÃO ORIGINAL	VERSÃO SÍNTESE (T12)	VERSÃO PRÉ-FINAL
1	<i>Factores e ítems del "Latino Students Patient Safety Questionnaire"</i>	Fatores e itens do <i>Latino Students Patient Safety Questionnaire</i>	Fatores e itens do <i>Latino Students Patient Safety Questionnaire</i>
2	<i>Franqueza en la comunicación (FCP)</i>	Franqueza na comunicação	Franqueza na comunicação
3	<i>He aprendido a informar correctamente a los pacientes que han sufrido daño o lesión a consecuencia de un error.</i>	Aprendi a informar corretamente aos pacientes que sofreram dano ou lesão por causa de um erro.	Aprendi a forma correta de relatar aos pacientes que sofreram dano ou lesão por causa de um erro.
4	<i>Durante mis prácticas he aprendido a evaluar los riesgos para la seguridad de los pacientes.</i>	Durante o estágio aprendi a avaliar os riscos para a segurança dos pacientes.	Durante o estágio, aprendi a avaliar os riscos à segurança do paciente.
5	<i>En las prácticas he aprendido qué debo hacer si cometo un error</i>	No estágio aprendi o que devo fazer se eu cometer um erro.	No estágio, aprendi o que devo fazer se eu cometer um erro.
6	<i>Durante mis prácticas pude comentar con mis tutores o supervisores cualquier condición insegura que hubiera visto.</i>	Ao longo do estágio tive a oportunidade de comentar com meus tutores ou supervisores qualquer condição de insegurança que eu pudesse ter observado.	Durante o estágio , tive a oportunidade de discutir com meus tutores ou preceptores qualquer condição de insegurança que eu pudesse ter observado.
7	<i>Durante mi formación he adquirido competencias de cómo informar correctamente de un error a compañeros y a los jefes</i>	Ao longo da minha formação adquiri competências sobre como informar corretamente um erro aos meus colegas e meus superiores.	Durante minha formação , adquiri competências sobre como relatar corretamente um erro aos meus colegas e aos meus superiores.
8	<i>Durante mi formación he trabajado los sentimientos que puedo llegar a tener si cometiera un error</i>	Ao longo da minha formação fui trabalhando os sentimentos que posso vir a experimentar se eu cometer um erro.	Durante minha formação , fui trabalhando os sentimentos que posso vir a vivenciar se eu cometer um erro.
9	<i>Hemos aprendido a cómo comunicar mejor con los pacientes para evitar errores de medicación</i>	Aprendi como comunicar melhor com os pacientes para evitar erros de medicação.	Aprendi como me comunicar melhor com os pacientes para evitar erros de medicação.

ITEM	VERSÃO ORIGINAL	VERSÃO SÍNTESE (T12)	VERSÃO PRÉ- FINAL
10	<i>En el hospital donde hice mis prácticas se promovía una cultura no punitiva, para que si ocurría un error supiéramos cómo evitar que volviera a producirse</i>	No hospital onde fiz meu estágio promovia-se uma cultura não punitiva, para que, se ocorresse um erro, soubéssemos como evitar que ele voltasse a ocorrer.	No hospital onde fiz meu estágio, promovia-se uma cultura não punitiva, para que, caso ocorresse um erro, soubéssemos como evitar que ele se repetisse .
11	<i>Actitud proactiva para evitar riesgo para la seguridad (AP)</i>	Atitude proativa para evitar risco envolvendo segurança (AP)	Atitude proativa para evitar risco à segurança (AP)
12	<i>Durante mis estudios me han explicado lo que debo hacer para evitar los errores más frecuentes y garantizar la seguridad de los pacientes.</i>	Ao longo do período dos meus estudos explicaram-me o que devo fazer para evitar os erros mais frequentes e garantir a segurança dos pacientes.	Durante meus estudos, recebi explicações sobre o que devo fazer para evitar os erros mais frequentes e garantir a segurança do paciente.
13	<i>Durante las prácticas he aprendido que cuando se ha producido un error hay que tomar medidas para que no suceda en el futuro.</i>	Durante o estágio aprendi que quando acontece um erro devem ser tomadas medidas para que não volte a acontecer no futuro.	Durante o estágio, aprendi que quando acontece um erro devem ser tomadas medidas para que não ocorra novamente .
14	<i>Los profesores comentan en clase los errores que es fácil cometer, y nos hacen recomendaciones de cómo evitarlos</i>	Os professores comentam em sala de aula os erros mais fáceis de serem cometidos e nos apontam formas de como evita-los.	Os professores discutem em sala de aula os erros mais comuns de serem cometidos e nos apontam formas de evitá-los .
15	<i>Durante mi formación mis profesores nos han explicado los objetivos y las prioridades para hacer más segura la asistencia sanitaria</i>	Durante minha formação meus professores nos explicaram os objetivos e as prioridades para fazer mais segura a assistência à saúde.	Durante minha formação, os professores nos explicaram os objetivos e as prioridades para tornar a assistência à saúde mais segura .
16	<i>Conciencia del error (CE)</i>	Consciência do erro (CE)	Consciência do erro (CE)
17	<i>Durante mi período de prácticas, al menos en una ocasión, he hecho algo que no era seguro para el paciente</i>	Durante meu período de estágio ao menos em uma ocasião, fiz algo que não era seguro para o paciente.	Durante meu estágio, pelo menos em uma ocasião, fiz algo que não era seguro para o paciente.
18	<i>Durante mi estancia de prácticas observé a un compañero hacer algo que no era seguro para el paciente</i>	Durante meu estágio vi um colega fazer algo que não era seguro para o paciente.	Durante meu estágio, vi um colega fazer algo que não era seguro para o paciente.
19	<i>Durante mis prácticas he observado a profesionales hacer algo que no era seguro para el paciente.</i>	Durante meu estágio vi profissionais fazerem algo que não era seguro para o paciente.	Durante meu estágio, vi profissionais fazerem algo que não era seguro para o paciente.

ITEM	VERSÃO ORIGINAL	VERSÃO SÍNTESE (T12)	VERSÃO PRÉ- FINAL
20	<i>Comprensión del factor humano (CFH)</i>	Compreensão do fator humano (CFH)	Compreensão do fator humano (CFH)
21	<i>En los servicios donde he realizado prácticas me han explicado las normas de seguridad que se siguen con los pacientes</i>	Nos serviços onde realizei meu estágio me explicaram as normas de segurança adotadas com os pacientes.	Nos serviços de saúde, em que realizei meus estágios, me explicaram as normas de segurança adotadas para os pacientes.
22	<i>Los profesores nos han insistido en la importancia de seguir los protocolos asistenciales para una mejor asistencia médica.</i>	Os professores enfatizaram a importância de seguir os protocolos assistenciais para uma melhor assistência médica.	Os professores enfatizaram a importância de seguir os protocolos para uma melhor assistência à saúde.
23	<i>Durante las prácticas nos han insistido en la importancia para la seguridad del paciente de hacer un uso adecuado de los recursos terapéuticos.</i>	Durante o estágio foi enfatizada a importância para a segurança do paciente de se fazer uso adequado dos recursos terapêuticos.	Durante o estágio , foi enfatizada a importância, para a segurança do paciente, de se fazer uso adequado dos recursos terapêuticos.
24	<i>Los profesores nos han insistido en la importancia del lavado de manos</i>	Os professores enfatizaram a importância de se lavar as mãos.	Os professores enfatizaram a importância de se lavar as mãos.
25	<i>La complejidad de los sistemas y su interrelación (CS)</i>	A complexidade dos sistemas e sua inter-relação (CS)	A complexidade dos sistemas e sua interrelação (CS)
26	<i>En las prácticas he comprobado que la mayoría de los errores clínicos son imposibles de evitar</i>	No estágio comprovei que é impossível de evitar a maioria dos erros clínicos.	No estágio, observei que é impossível evitar a maioria dos erros clínicos.
27	<i>Durante mis prácticas he observado que los protocolos que se aplican para garantizar la seguridad de los pacientes están desfasados (obsoletos)</i>	Durante meu estágio observei que os protocolos que se aplicam para garantir a segurança dos pacientes estão defasados (obsoletos).	Durante meu estágio, observei que os protocolos aplicados para garantir a segurança dos pacientes estão desatualizados (obsoletos).

**APÊNDICE G - VERSÃO ORIGINAL, PRÉ-FINAL E VERSÃO FINAL
ADAPTADA CULTURALMENTE PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO
APÓS A ETAPA DO PRÉ-TESTE, BRASIL, 2018**

ITEM	VERSÃO ORIGINAL	VERSÃO PRÉ- FINAL	VERSÃO FINAL
1	<i>Factores e ítems del "Latino Students Patient Safety Questionnaire"</i>	Fatores e itens do <i>Latino Students Patient Safety Questionnaire</i>	Dimensões e afirmativas do <i>Latino Students Patient Safety Questionnaire</i>
2	<i>Franqueza en la comunicación (FCP)</i>	Franqueza na comunicação	Franqueza na comunicação (FCP)
3	<i>He aprendido a informar correctamente a los pacientes que han sufrido daño o lesión a consecuencia de un error.</i>	Aprendi a forma correta de relatar aos pacientes que sofreram dano ou lesão por causa de um erro.	Aprendi a forma correta de fornecer informações aos pacientes que sofreram algum dano ou lesão por causa de um erro.
4	<i>Durante mis prácticas he aprendido a evaluar los riesgos para la seguridad de los pacientes.</i>	Durante o estágio, aprendi a avaliar os riscos à segurança do paciente.	Durante o estágio, aprendi a avaliar os riscos que podem comprometer à segurança do paciente.
5	<i>En las prácticas he aprendido qué debo hacer si cometo un error</i>	No estágio, aprendi o que devo fazer se eu cometer um erro.	No estágio, aprendi o que devo fazer se eu cometer um erro.
6	<i>Durante mis prácticas pude comentar con mis tutores o supervisores cualquier condición insegura que hubiera visto.</i>	Durante o estágio , tive a oportunidade de discutir com meus tutores ou preceptores qualquer condição de insegurança que eu pudesse ter observado.	Durante o estágio , tive a oportunidade de discutir com meus tutores ou preceptores qualquer condição de insegurança que eu pudesse ter observado.
7	<i>Durante mi formación he adquirido competencias de cómo informar correctamente de un error a compañeros y a los jefes</i>	Durante minha formação , adquiri competências sobre como relatar corretamente um erro aos meus colegas e aos meus superiores.	Durante minha formação , adquiri competências sobre como relatar corretamente um erro aos meus colegas e aos meus superiores.
8	<i>Durante mi formación he trabajado los sentimientos que puedo llegar a tener si cometiera un error</i>	Durante minha formação , fui trabalhando os sentimentos que posso vir a vivenciar se eu cometer um erro.	Durante minha formação , fui trabalhando os sentimentos que posso vir a vivenciar se eu cometer um erro.
9	<i>Hemos aprendido a cómo comunicar mejor con los pacientes para evitar errores de medicación</i>	Aprendi como me comunicar melhor com os pacientes para evitar erros de medicação.	Aprendi como me comunicar melhor com os pacientes para evitar erros de medicação.

ITEM	VERSÃO ORIGINAL	VERSÃO PRÉ- FINAL	VERSÃO FINAL
10	<i>En el hospital donde hice mis prácticas se promovía una cultura no punitiva, para que si ocurría un error supiéramos cómo evitar que volviera a producirse</i>	No hospital onde fiz meu estágio, promovia-se uma cultura não punitiva, para que, caso ocorresse um erro, soubéssemos como evitar que ele se repetisse.	No hospital onde fiz meu estágio, promovia-se uma cultura não punitiva, para que, caso ocorresse um erro, soubéssemos como evitar que ele se repetisse.
11	<i>Actitud proactiva para evitar riesgo para la seguridad (AP)</i>	Atitude proativa para evitar risco à segurança (AP)	Atitude proativa para evitar risco à segurança (AP)
12	<i>Durante mis estudios me han explicado lo que debo hacer para evitar los errores más frecuentes y garantizar la seguridad de los pacientes.</i>	Durante meus estudos, recebi explicações sobre o que devo fazer para evitar os erros mais frequentes e garantir a segurança do paciente.	Durante meus estudos, recebi explicações sobre o que devo fazer para evitar os erros mais frequentes e garantir a segurança do paciente.
13	<i>Durante las prácticas he aprendido que cuando se ha producido un error hay que tomar medidas para que no suceda en el futuro.</i>	Durante o estágio, aprendi que quando acontece um erro devem ser tomadas medidas para que não ocorra novamente.	Durante o estágio, aprendi que quando acontece um erro devem ser tomadas medidas para que não ocorra novamente.
14	<i>Los profesores comentan en clase los errores que es fácil cometer, y nos hacen recomendaciones de cómo evitarlos</i>	Os professores discutem em sala de aula os erros mais comuns de serem cometidos e nos apontam formas de evitá-los.	Os professores discutem em sala de aula os erros mais comuns de serem cometidos e nos apontam formas de evitá-los.
15	<i>Durante mi formación mis profesores nos han explicado los objetivos y las prioridades para hacer más segura la asistencia sanitaria</i>	Durante minha formação, os professores nos explicaram os objetivos e as prioridades para tornar a assistência à saúde mais segura.	Durante minha formação, os professores nos explicaram os objetivos e as prioridades para tornar a assistência à saúde mais segura.
16	<i>Conciencia del error (CE)</i>	Consciência do erro (CE)	Consciência do erro (CE)
17	<i>Durante mi período de prácticas, al menos en una ocasión, he hecho algo que no era seguro para el paciente</i>	Durante meu estágio, pelo menos em uma ocasião, fiz algo que não era seguro para o paciente.	Durante meu estágio, pelo menos em uma ocasião, fiz algo que não era seguro para o paciente.
18	<i>Durante mi estancia de prácticas observé a un compañero hacer algo que no era seguro para el paciente</i>	Durante meu estágio, vi um colega fazer algo que não era seguro para o paciente.	Durante meu estágio, vi um colega fazer algo que não era seguro para o paciente.
19	<i>Durante mis prácticas he observado a profesionales hacer algo que no era seguro para el paciente.</i>	Durante meu estágio, vi profissionais fazerem algo que não era seguro para o paciente.	Durante meu estágio, vi profissionais fazerem algo que não era seguro para o paciente.
20	<i>Comprensión del factor</i>	Compreensão do fator	Compreensão do fator

ITEM	VERSÃO ORIGINAL	VERSÃO PRÉ- FINAL	VERSÃO FINAL
	<i>humano (CFH)</i>	humano (CFH)	humano (CFH)
21	<i>En los servicios donde he realizado prácticas me han explicado las normas de seguridad que se siguen con los pacientes</i>	Nos serviços de saúde, em que realizei meus estágios, me explicaram as normas de segurança adotadas para os pacientes.	Nos serviços de saúde, em que realizei meus estágios, me explicaram as normas de segurança adotadas para os pacientes.
22	<i>Los profesores nos han insistido en la importancia de seguir los protocolos asistenciales para una mejor asistencia médica.</i>	Os professores enfatizaram a importância de seguir os protocolos para uma melhor assistência à saúde.	Os professores enfatizaram a importância de seguir os protocolos para uma melhor assistência à saúde.
23	<i>Durante las prácticas nos han insistido en la importancia para la seguridad del paciente de hacer un uso adecuado de los recursos terapéuticos.</i>	Durante o estágio , foi enfatizada a importância, para a segurança do paciente, de se fazer uso adequado dos recursos terapêuticos.	Durante o estágio , foi enfatizada a importância, para a segurança do paciente, de se fazer uso adequado dos recursos terapêuticos.
24	<i>Los profesores nos han insistido en la importancia del lavado de manos</i>	Os professores enfatizaram a importância de se lavar as mãos.	Os professores enfatizaram a importância de se lavar as mãos.
25	<i>La complejidad de los sistemas y su interrelación (CS)</i>	A complexidade dos sistemas e sua interrelação (CS)	A complexidade dos sistemas e sua interrelação (CS)
26	<i>En las prácticas he comprobado que la mayoría de los errores clínicos son imposibles de evitar</i>	No estágio, observei que é impossível evitar a maioria dos erros clínicos.	No estágio, observei que é impossível evitar a maioria dos erros clínicos.
27	<i>Durante mis prácticas he observado que los protocolos que se aplican para garantizar la seguridad de los pacientes están desfasados (obsoletos)</i>	Durante meu estágio, observei que os protocolos aplicados para garantir a segurança dos pacientes estão desatualizados (obsoletos).	Durante meu estágio, observei que os protocolos aplicados para garantir a segurança dos pacientes estão desatualizados (obsoletos).

**APÊNDICE H - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE
ESCLARECIDO (TCLE) ENVIADO ANEXO AO E-MAIL
JUNTAMENTE COM A CARTA-CONVITE PARA A PARTICIPAÇÃO
DO COMITÊ DE ESPECIALISTAS . BRASIL, 2018**

De acordo com o item IV da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa envolvendo seres humanos)

Prezado perito,

Nome da pesquisa: TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO INSTRUMENTO "*CUESTIONARIO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA ESTUDIANTES LATINOS*" (publicado sob o título "*LATINO STUDENTS PATIENT SAFETY QUESTIONNAIRE*") PARA O CONTEXTO BRASILEIRO. (TÍTULO PROVISÓRIO)

Pesquisadores responsáveis: Prof^a. Dr^a Luciana Regina Ferreira da Mata e Prof^a Dr^a. Adriana Silvina Pagano.

Objetivo: Traduzir para o português, adaptar culturalmente o instrumento "*Cuestionario de Seguridad del Paciente para Estudiantes Latinos*" ("*Latino Students Patient Safety Questionnaire*") em estudantes brasileiros. O convite para a sua participação no Comitê de Juízes, enquanto perito, é para contribuir na tradução e adaptação transcultural deste instrumento para estudantes do Curso de Medicina e Enfermagem. Sua participação nesta pesquisa consiste em, em conjunto com os demais peritos, auxiliar na obtenção de uma versão final do instrumento de modo que este seja linguisticamente adaptado com base nas várias traduções e retro-traduções feitas durante as etapas anteriores da pesquisa. O objetivo dessa etapa é certificar que todo o conteúdo do instrumento tenha sido traduzido e adaptado de forma a conservar as equivalências do instrumento adaptado com a versão original. Os peritos podem incluir ou eliminar itens irrelevantes, inadequados ou ambíguos e, ao mesmo tempo, criar substitutos que sejam adequados à população-alvo.

Risco e Desconforto: Os riscos são mínimos, e estão relacionados a risco de constrangimento por exposição dos peritos, e a quebra de sigilo das informações obtidas na pesquisa online. Para minimizar estes riscos, ao acessar a plataforma e-Surv não precisará se identificar com o nome, e somente os pesquisadores terão acesso às informações registradas na plataforma.

Benefícios: Consistem na possibilidade de planejamento futuro para ampliar as discussões em ambientes acadêmicos sobre a importância da segurança do paciente. Ressalto a importância de sua colaboração, uma vez que contribuirá para melhoria no comportamento e atitudes frente à segurança do paciente no processo de formação do aluno, para que o mesmo desenvolva práticas seguras ao prestar qualquer tipo de assistência.

Custo/ reembolso para o participante: A sua participação é voluntária e não acarretará nenhuma despesa adicional e nenhum benefício financeiro. Além disso, o(a) Sr^a poderá retirar-se a qualquer momento do estudo.

Confidencialidade da pesquisa: Sua identidade será mantida em segredo em todas as apresentações, publicações de artigos científicos, dissertação e qualquer outra forma pela qual este estudo for divulgado.

Com o seu consentimento o termo será validado com a concordância expressa na primeira página de apresentação da plataforma e-Surv quando acessada por meio do link: https://eSurv.org?s=MJMUGH_c5c0a284.

Não há necessidade de reenviar este TCLE preenchido, ele foi enviado com a finalidade de esclarecimentos mais detalhados sobre a pesquisa.

Declaração de consentimento

Eu, _____, declaro que li as informações contidas nesse documento e fui devidamente informado pela pesquisadora Aline Carrilho Menezes, RG12.721.733, do objetivo da pesquisa, das atividades que serão realizadas e das condições da minha participação. Concordo em participar do estudo **“TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO INSTRUMENTO “CUESTIONARIO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA ESTUDIANTES LATINOS” (PUBLICADO SOB O TÍTULO “LATINO STUDENTS PATIENT SAFETY QUESTIONNAIRE”) PARA O CONTEXTO BRASILEIRO”**, de forma voluntária. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia do Termo de Consentimento via e-mail.

Divinópolis, ____ de ____ de 201__.

Assinatura do juiz

Assinatura do pesquisador

Em caso de dúvida, comunicar a pesquisadora responsável ou ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Campus Centro-Oeste Dona Lindu da Universidade Federal de São João Del Rei (CEPES-CCO/UFSJ), situado na Avenida Sebastião Gonçalves Coelho nº 400, Bairro Chanadour, Divinópolis/MG, Tel: (37) 3221-1580, e-mail: cepes_cco@ufsj.edu.br. Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep): Tel: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879. E-Mail: conep@saude.gov.br

Contato: Prof^a Luciana Regina Ferreira da Mata. E-mail: luregbh@yahoo.com.br Endereço: Universidade Federal de São João Del Rei – UFSJ Campus Centro Oeste - situado na Avenida Sebastião Gonçalves Coelho nº 400, Bairro Chanadour- Divinópolis - MG – Brasil.

Contato: Prof^a Adriana Silvina Pagano. E-mail: adriana.pagano@gmail.com Endereço: Universidade Federal de Minas Gerais- UFMG. Faculdade de Letras (FALE)- situado na Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627, Bairro Pampulha- Belo Horizonte – MG- Brasil.

Contato: Aline Carrilho Menezes. E-mail: alinecarrilho@yahoo.com.br ou alinecarrilhomenezes@gmail.com Endereço: Universidade Federal de São João Del Rei - UFSJ Campus Centro Oeste - situado na Avenida Sebastião Gonçalves Coelho nº 400, Bairro Chanadour- Divinópolis - MG – Brasil.

Contato: Carolina de Sousa Penha. E-mail: carolsousap@hotmail.com Endereço: Universidade Federal de São João Del Rei - UFSJ Campus Centro Oeste - situado na Avenida Sebastião Gonçalves Coelho nº 400, Bairro Chanadour- Divinópolis - MG – Brasil.

Agradeço a sua colaboração e participação nesta pesquisa.

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE) DESTINADO PARA A AMOSTRA DE ALUNOS DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E MEDICINA. BRASIL, 2018

(Decreto 93.933 de 14/01/87, Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde)

Prezado participante,

Nome da pesquisa: “TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL DO INSTRUMENTO “LATINO STUDENTS PATIENT SAFETY QUESTIONNAIRE” PARA ESTUDANTES BRASILEIROS”.

Pesquisadoras responsáveis: Prof^ª Dr^ª. Luciana Regina Ferreira da Mata (UFSJ) e Prof^ª Dr^ª. Adriana Silvina Pagano (UFMG).

Equipe de Pesquisa: Prof^ª Dr^ª. Luciana Regina Ferreira da Mata, Aline Carrilho Menezes (discente do Mestrado Acadêmico em enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ-CCO), Carolina de Sousa Penha (discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ-CCO) e Prof^ª Dr^ª. Adriana Silvina Pagano (UFMG).

Promotor da Pesquisa: Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro Oeste Dona Lindu. (CCO)

Objetivo: Traduzir para o português, adaptar culturalmente o instrumento “*Latino Students Patient Safety Questionnaire*” para estudantes brasileiros. O convite para a sua participação se deve ao fato que a escolha dos participantes desta pesquisa devem ser alunos matriculados em Cursos de Graduação de Enfermagem e Medicina de universidades públicas do Brasil, que estejam inseridos em campos de prática hospitalar. Sua colaboração é importante, uma vez que, contribuirá para mensuração do conhecimento adquirido e da atitude em relação à segurança do paciente, para fundamentar a realização de estratégias que visem melhorar a atuação desses profissionais nos serviços de saúde. A sua participação consistirá em responder perguntas do “*Latino Students Patient Safety Questionnaire*” traduzido e adaptado para o português brasileiro através de um computador conectado à Internet, você receberá um *link* de acesso à plataforma *e-Surv* e avaliar a compreensão do texto traduzido. À medida que for preenchendo o questionário, ele será salvo, e somente a pesquisadora terá acesso, após o preenchimento através de uma senha pessoal. O tempo para responder o questionário será de aproximadamente vinte minutos.

Risco e Desconforto: são mínimos e estão relacionados a risco de quebra de sigilo das informações obtidas na pesquisa. Para minimizar estes riscos, a coleta de dados será realizada por meio um *software* eletrônico específico para coleta de dados em pesquisas, e será garantida sua privacidade. Além disso, os instrumentos de coleta de dados serão identificados por códigos numéricos, garantindo assim o anonimato dos sujeitos envolvidos e permanecerão em posse da pesquisadora por um período de cinco anos conforme Resolução 466/2012 e orientações do CEPESJ sendo que somente a pesquisadora e a equipe de pesquisa terão acesso aos formulários preenchidos. Os relatórios e resultados deste estudo serão apresentados sem nenhuma forma de identificação individual.

Benefícios: Esta pesquisa consiste na possibilidade de promover mudanças nos projetos políticos pedagógicos de Cursos na área da Saúde com adequação da grade curricular em relação à temática Segurança do paciente e assim contribuir na formação acadêmica dos futuros profissionais inseridos nos serviços de Saúde.

Custo/ reembolso para o participante: Sua participação no estudo é voluntária, não envolve qualquer tipo de despesa adicional. Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pela pesquisadora e equipe de pesquisa. E em caso de algum problema decorrente da pesquisa, você terá assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Assinatura do aluno/participante

Assinatura do pesquisador

Confidencialidade da pesquisa: Sua identidade será mantida em segredo em todas as apresentações, publicações de artigos científicos, dissertação e qualquer outra forma pela qual este estudo venha a ser divulgado. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados no rodapé da página inicial. Com o seu consentimento o termo será validado com a concordância expressa na primeira página de apresentação da plataforma *e-Surv* quando acessada por meio do link https://eSurv.org?s=MJEEHH_8a7b1372.

Declaração de consentimento

Eu, _____, declaro que li as informações contidas nesse documento e fui devidamente informado pela pesquisadora Aline Carrilho Menezes, RG 12.721.733, do objetivo da pesquisa, das atividades que serão realizadas e das condições da minha participação. Concordo em participar do estudo **“TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL DO INSTRUMENTO “LATINO STUDENTS PATIENT SAFETY QUESTIONNAIRE” PARA ESTUDANTES BRASILEIROS”**, de forma voluntária. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia do Termo de Consentimento.

Divinópolis, ____ de ____ de 201__.

Assinatura do aluno/participante

Assinatura do pesquisador

Em caso de dúvida, comunicar a pesquisadora responsável ou ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Campus Centro-Oeste Dona Lindu da Universidade Federal de São João Del Rei (CEPES-CCO/UFSJ), situado na Avenida Sebastião Gonçalves Coelho nº 400, Bairro Chanadour, Divinópolis/MG, Tel: (37) 3221-1580, e-mail: cepes_cco@ufsj.edu.br. Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep): Tel: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879. E-Mail: conep@saude.gov.br

Responsável pelo Projeto: Prof^a Dr^a Luciana Regina Ferreira da Mata.

Equipe do projeto: Prof^a Dr^a Luciana Regina Ferreira da Mata, Aline Carrilho Menezes e Carolina de Sousa Penha.

Contato: Profa Luciana Regina Ferreira da Mata. E-mail: lucianadamata@usp.br Tel.: (37) 991049459 (37) 32211267. Endereço: Universidade Federal de São João Del Rei – UFSJ

Campus Centro Oeste - situado na Avenida Sebastião Gonçalves Coelho no 400, Bairro Chanadour- Divinópolis - MG – Brasil.

Contato: Aline Carrilho Menezes. E-mail: alinecarrilho@yahoo.com.br Tel.: (37) 99921-5387. Endereço: Universidade Federal de São João Del Rei - UFSJ Campus Centro Oeste - situado na Avenida Sebastião Gonçalves Coelho nº 400, Bairro Chanadour- Divinópolis - MG – Brasil.

Contato: Carolina de Sousa Penha. E-mail: carolsousap@hotmail.com. Tel: (37) 99120-3656. Endereço: Universidade Federal de São João Del Rei - UFSJ Campus Centro Oeste - situado na Avenida Sebastião Gonçalves Coelho nº 400, Bairro Chanadour- Divinópolis - MG – Brasil.

Agradeço a sua colaboração e participação nesta pesquisa.

**ANEXO A - TELA CAPTURADA DA CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO
AUTOR ORIGINAL PARA TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO
DO “LATINO STUDENTS PATIENT SAFETY QUESTIONNAIRE
(LSPSQ)”, VIA E-MAIL, BRASIL, 2018**

El 28 mar 2016, a las 15:19, Luciana da Mata <luregbh@yahoo.com.br> escribió:

Dr. José Joaquín Mira,

Soy enfermera y profesor de la Universidad Federal de Sao João del Rei, Minas Gerais, Brasil.

Estoy desarrollando un proyecto de investigación sobre la percepción del ambiente de seguridad del paciente por los estudiantes de medicina y enfermería. Al realizar una revisión de la literatura para buscar cuestionarios que se pueden aplicar en esta investigación, hemos identificado el cuestionario publicado por el señor y otros investigadores – “Cuestionario de Seguridad del Paciente para Estudiantes Latinos”.

En la literatura brasileña no hay ningún instrumento similar para evaluar las actitudes y conocimientos acerca de la seguridad del paciente en los estudiantes de la salud.

Por lo tanto, me gustaría pedirle permiso para: (1) traducir y adaptar el "Cuestionario de Seguridad del Paciente para Estudiantes Latinos" para el Brasil; (2) evaluar las propiedades psicométricas de la versión en portugués (Brasil); (3) la publicación de la versión traducida y adaptada para el Brasil. Quiero resaltar que durante todo el estudio se hará referencia a los autores de la versión original del cuestionario con la citación del artículo:

Mira JJ, Navarro IM, Guilbert M, Poblete R, Franco AL, Jiménez P, et al. A Spanish-language patient safety questionnaire to measure medical and nursing students' attitudes and knowledge. Rev Panam Salud Publica. 2015;38(2):110–9

Muchas gracias,

Luciana

Em Segunda-feira, 28 de Março de 2016 14:07, José Joaquín Mira <jose.mira@umh.es> escreveu:

gracias por su mensaje, cuento con la autorización que solicita y la ayuda que pueda precisar para llevar a delante el estudio que propone, un cordial saludo

José Joaquín Mira

• Duda Cuestionario de Seguridad del Paciente para Estudiantes Latinos (4)

Caro Dr. José Joaquín Mira,

buenas tardes.

Estamos desarrollando la etapa de traducción y adaptación del “Cuestionario de Seguridad del Paciente para Estudiantes Latinos” para la cultura brasileña de acuerdo con su permiso.

Estamos en duda cuanto el título del cuestionario. ¿Qual és el correcto?

“Cuestionario de Seguridad del paciente para estudiantes iberoamericanos”

“Latino Student Patient Safety Questionnaire (LSPSQ)”

“Cuestionario de Seguridad del Paciente para Estudiantes Latinos”

Muchas gracias,

Luciana



Mira Solves, Jose Joaquin <jose.mira@umh.es>

para Luciana, Aline, mim



español > portugués Traduzir mensagem

gracias por su mensaje, en nuestro artículo el nombre correcto es

“Latino Student Patient Safety Questionnaire (LSPSQ)”

La traducción que hacemos en el resumen en castellano es:

“Cuestionario de Seguridad del Paciente para Estudiantes Latinos”

un saludo

José Joaquín Mira

**ANEXO B - TELA CAPTURADA DO QUESTIONÁRIO “LATINO
STUDENTS PATIENT SAFETY QUESTIONNAIRE (LSPSQ)” ORIGINAL
DE UM ARTIGO PUBLICADO (2015B). BRASIL, 2018**

**Anexo 1. Factores e ítems del Latino Students
Patient Safety Questionnaire**

Factores	Clave	Ítems
Franqueza en la comunicación (FCP)	FC1	He aprendido a informar correctamente a los pacientes que han sufrido daño o lesión a consecuencia de un error
	FC2	Durante mis prácticas he aprendido a evaluar los riesgos para la seguridad de los pacientes
	FC3	En las prácticas he aprendido qué debo hacer si cometo un error
	FC4	Durante mis prácticas pude comentar con mis tutores o supervisores cualquier condición insegura que hubiera visto
	FC5	Durante mi formación he adquirido competencias de cómo informar correctamente de un error a compañeros y a los jefes
	FC6	Durante mi formación he trabajado los sentimientos que puedo llegar a tener si cometiera un error
	FC7	Hemos aprendido a cómo comunicar mejor con los pacientes para evitar errores de medicación
	FC8	En el hospital donde hice mis prácticas se promovía una cultura no punitiva, para que si ocurría un error supiéramos cómo evitar que volviera a producirse
Actitud proactiva para evitar riesgo para la seguridad (AP)	AP1	Durante mis estudios me han explicado lo que debo hacer para evitar los errores más frecuentes y garantizar la seguridad de los pacientes
	AP2	Durante las prácticas he aprendido que cuando se ha producido un error hay que tomar medidas para que no suceda en el futuro
	AP3	Los profesores comentan en clase los errores que es fácil cometer, y nos hacen recomendaciones de cómo evitarlos
	AP4	Durante mi formación mis profesores nos han explicado los objetivos y las prioridades para hacer más segura la asistencia sanitaria
Conciencia del error (CE)	CE1	Durante mi periodo de prácticas, al menos en una ocasión, he hecho algo que no era seguro para el paciente
	CE2	Durante mi estancia de prácticas observé a un compañero hacer algo que no era seguro para el paciente
	CE3	Durante mis prácticas he observado a profesionales hacer algo que no era seguro para el paciente
Comprensión del factor humano (CFH)	CFH1	En los servicios donde he realizado prácticas me han explicado las normas de seguridad que se siguen con los pacientes
	CFH2	Los profesores nos han insistido en la importancia de seguir los protocolos asistenciales para una mejor asistencia médica
	CFH3	Durante las prácticas nos han insistido en la importancia para la seguridad del paciente de hacer un uso adecuado de los recursos terapéuticos
	CFH4	Los profesores nos han insistido en la importancia del lavado de manos
La complejidad de los sistemas y su interrelación (CS)	CS1	En las prácticas he comprobado que la mayoría de los errores clínicos son imposibles de evitar
	CS2	Durante mis prácticas he observado que los protocolos que se aplican para garantizar la seguridad de los pacientes están desfasados (obsoletos)

**ANEXO C - O “LATINO STUDENTS PATIENT SAFETY
QUESTIONNAIRE (LSPSQ)”. (MIRA, ET AL., 2015B)**

**SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN LAS ENSEÑANZAS
UNIVERSITARIAS**

Estimado
estudiante,

Garantizar la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes que atendemos es una de las metas principales de los profesionales sanitarios. Conseguirla exige actuaciones desde el inicio de la formación de grado y es por ello por lo que nos gustaría contar con su colaboración, cumplimentando esta encuesta dirigida a explorar conocimientos, actitudes y prácticas de los futuros profesionales sanitarios, trabajadas a lo largo de su formación académica y estancias en hospitales

El equipo investigador garantiza que todas sus respuestas serán tratadas de forma anónima y confidencial.

Por último, le **agradecemos** muy sinceramente su colaboración, en la seguridad de que será en beneficio de todos.

Para responder marque con una X la casilla que mejor refleje su opinión.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de acuerdo
Realizando conductas inseguras, pongo en riesgo al Paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Indique a continuación:

Sexo: Hombre Mujer

Estudiante de la licenciatura o el grado de: _____

Actualmente realizando el ____ curso

Número aproximado de camas del hospital dónde ha realizado prácticas _____

Universidad donde realiza sus estudios: _____

País donde cursa sus estudios: _____

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Durante mis estudios me han explicado lo que debo hacer para evitar los errores más frecuentes y garantizar la seguridad de los pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. En los servicios donde he realizado prácticas me han explicado las normas de seguridad que se siguen con los pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Durante las prácticas he aprendido que cuando se ha producido un error hay que tomar medidas para que no suceda en el futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Durante mis prácticas he observado que se incentiva a los profesionales que evitan riesgos a los pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Creo que informar a los pacientes de los errores clínicos propicia una mala imagen de los profesionales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Los profesores comentan en clase los errores que es fácil cometer y nos hacen recomendaciones de cómo evitarlos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. He aprendido a informar correctamente a los pacientes que han sufrido daño o lesión a consecuencia de un error	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Me he dado cuenta de que lo más seguro cuando tengo una duda es preguntar a un compañero, al tutor o a algún profesional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. En las prácticas he comprobado que la mayoría de los errores clínicos son imposibles de evitar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Durante mis prácticas, he observado que los protocolos que se aplican para garantizar la seguridad de los pacientes están desfasados (obsoletos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Durante mis prácticas he aprendido a evaluar los riesgos para la seguridad de los pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Durante mi período de prácticas, al menos en una ocasión, he hecho algo que no era seguro para el paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Durante mi estancia de prácticas, observe a un compañero hacer algo que no era seguro para el paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. En las prácticas he aprendido qué debo hacer si cometo un error	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Durante mi formación, mis profesores nos han explicado los objetivos y las prioridades para hacer más segura la práctica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Durante mis prácticas pude comentar con mis tutores o supervisores cualquier condición insegura que hubiera visto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Creo que la mayoría de eventos adversos ocurren como resultado de fallos múltiples del sistema y no son atribuibles a acciones individuales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de acuerdo
18. Durante mis prácticas he observado a profesionales hacer algo que no era seguro para el paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Los profesores nos han insistido en la importancia de seguir los protocolos asistenciales para una mejor asistencia médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Hemos aprendido a cómo comunicar mejor con los pacientes para evitar errores de medicación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Durante las practicas nos han insistido en la importancia para la seguridad del paciente de hacer un uso adecuado de los recursos terapêuticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Los profesores nos han insistido en la importancia del lavado de manos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Durante mi formación, he adquirido competencias de cómo informar correctamente de un error a compañeros y a los jefes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Durante mi formación, he trabajado los sentimientos que puedo llegar a tener si cometiera un error	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. En el hospital donde hice mis prácticas se promovía una cultura no punitiva para que si ocurría un error supiéramos como evitar que volviera a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Para finalizar, conteste a las siguientes preguntas (MARQUE SOLO UNA RESPUESTA):

1. **La definición de “error difícilmente justificable, ocasionado por omisión de precauciones debidas o falta de cuidado en la aplicación de una técnica”. Se corresponde con:**
 - a. Negligencia
 - b. Evento adverso
 - c. Incidente
 - d. Error clínico
 - e. No lo sé

2. **La mayor parte de los eventos adversos que se producen en los hospitales tienen que ver con:**
 - a. Medicación
 - b. Infecciones nosocomiales
 - c. Problemas técnicos durante el procedimiento
 - d. Causas ajenas al profesional
 - e. No lo sé

3. **Dónde se produce el mayor número de eventos adversos en los hospitales:**
 - a. En la prehospitalización
 - b. En la admisión en planta
 - c. Durante un procedimiento
 - d. En la UCI
 - e. No lo sé

4. **Por lo general la mayoría de los eventos adversos tienen consecuencias:**
 - a. Leves
 - b. Moderadas
 - c. Graves
 - d. Muy graves
 - e. No lo sé

5. **“Un accidente imprevisto e inesperado que le causa algún daño o complicación y que es consecuencia directa de la asistencia sanitaria que recibe y no de la enfermedad que padece” se corresponde con la definición de:**
 - a. Evento adverso
 - b. Incidencia
 - c. Casi error
 - d. Negligencia
 - e. No lo sé

**ANEXO D - TELA CAPTURADA DO E-MAIL REFERENTE AO
PROCESSO DE VALIDAÇÃO DO “LATINO STUDENTS PATIENT
SAFETY QUESTIONNAIRE (LSPSQ)” E OS VALORES DE CORTE
PARA ANÁLISE DOS RESULTADOS. BRASIL, 2018**

Luciana da Mata
Caro Dr. José Joaquín Mira, buenas noches. Muchas gracias por la respuesta an... 18 de mai ☆

Guilbert Mora, Mercedes <mguilbert@umh.es>
para luregbh, Mira, mim, alinecarrilho, carolsousap 19 de mai ☆ ↶ ↷

espanhol > português Traduzir mensagem Desativar para: espanhol ×

Buenos días, por instrucciones del profesor Jose Joaquín les respondo a las cuestiones que plantean:

-En primer lugar adjuntamos las respuestas correctas a las cuestiones de conocimiento que planteamos en el cuestionario:

- Puntuaciones preguntas:
 1. La definición de “error difícilmente justificable, ocasionado por omisión de precauciones debidas o falta de cuidado en la aplicación de una técnica”. Se corresponde con:
 - a. Negligencia
 - b. Evento adverso
 - c. Incidente
 - d. Error clínico
 - e. No lo sé
 2. La mayor parte de los eventos adversos que se producen en los hospitales tienen que ver con:
 - a. Medicación
 - b. Infecciones nosocomiales
 - c. Problemas técnicos durante el procedimiento
 - d. Causas ajenas al profesional
 - e. No lo sé
 3. Dónde se produce el mayor número de eventos adversos en los hospitales:
 - a. En la prehospitalización
 - b. En la admisión en planta
 - c. Durante un procedimiento
 - d. En la UCI
 - e. No lo sé
 4. Por lo general la mayoría de los eventos adversos tienen consecuencias:
 - a. Leves
 - b. Moderadas
 - c. Graves
 - d. Muy graves
 - e. No lo sé

5. “Un accidente imprevisto e inesperado que le causa algún daño o complicación y que es consecuencia directa de la asistencia sanitaria que recibe y no de la enfermedad que padece” se corresponde con la definición de:

- a. Evento adverso
- b. Incidencia
- c. Casi error
- d. Negligencia
- e. No lo sé

-En segundo lugar informar que estas cuestiones, eran cuestiones de conocimiento y que no formaron parte de la validación, la validación quedó con los 21 ítems que se describen en el artículo. Las cuestiones de conocimiento la pasamos a la muestra de Latinoamérica y de España pero en la difusión que hemos hecho de momento sólo hemos explotado los datos de España.

Factores	Clave	Ítems	N	Media	Desviación típica	totalmente de acuerdo(%) ^A	totalmente en desacuerdo(%) ^B
Fenómeno en la comunicación (FCP)	FC1	He aprendido a informar correctamente a los pacientes que han sufrido daño o lesión a consecuencia de un error	771	3,1	1,2	13,6	12,8
	FC2	Durante mis prácticas he aprendido a evaluar los riesgos para la seguridad de los pacientes	773	3,9	1,0	30,4	3,0
	FC3	En las prácticas he aprendido qué debo hacer si cometo un error	774	3,9	1,0	32,2	3,1
	FC4	Durante mis prácticas pude comentar con mis tutores o supervisores cualquier condición insegura que hubiera visto	778	3,7	1,2	29,0	4,6
	FC5	Durante mi formación, he adquirido competencias de cómo informar correctamente de un error a compañeros y a los jefes	775	3,6	1,2	25,8	7,6
	FC6	Durante mi formación, he trabajado los sentimientos que puedo llegar a tener si cometiere un error	777	3,2	1,3	21,6	13,4
	FC7	Hemos aprendido a cómo comunicar mejor con los pacientes para evitar errores de medicación	771	4,0	1,0	34,2	2,6
	FC8	En el hospital donde hice mis prácticas se promueve una cultura no punitiva para que si ocurre un error supiéramos cómo evitar que volviera a producirse	760	3,3	1,1	16,0	8,3
Actitud proactiva para evitar riesgo para la seguridad (AP)	AP1	Durante mis estudios me han explicado lo que debo hacer para evitar los errores más frecuentes y garantizar la seguridad de los pacientes	783	4,2	0,9	43,4	1,6
	AP2	Durante las prácticas he aprendido que cuando se ha producido un error hay que tomar medidas para que no suceda en el futuro	773	4,2	0,9	46,0	1,4
	AP3	Los profesores comentan en clase los errores que es fácil cometer y nos hacen recomendaciones de cómo evitarlos	782	4,1	1,0	39,6	2,9
	AP4	Durante mi formación, mis profesores nos han explicado los objetivos y las prioridades para hacer más segura la asistencia sanitaria	779	3,9	1,1	32,2	2,6
Conciencia del error (CE)	CE1	Durante mi periodo de prácticas, al menos en una ocasión, he hecho algo que no era seguro para el paciente	776	3,1	1,3	13,1	16,2
	CE2	Durante mi estancia de prácticas, presencié a un compañero hacer algo que no era seguro para el paciente	771	3,5	1,2	24,6	10,0
	CE3	Durante mis prácticas he observado a profesionales hacer algo que no era seguro para el paciente	764	3,6	1,1	26,3	3,4
Comprensión del factor humano (CPH)	CPH1	En los servicios donde he realizado prácticas me han explicado las normas de seguridad que se siguen con los pacientes	777	3,7	1,1	26,4	3,6
	CPH2	Los profesores nos han insistido en la importancia de seguir los protocolos asistenciales para una mejor asistencia médica	771	3,9	1,0	32,2	3,1
	CPH3	Durante las prácticas nos han insistido en la importancia para la seguridad del paciente de hacer un uso adecuado de los recursos terapéuticos	771	4,2	0,8	39,4	1,0
	CPH4	Los profesores nos han insistido en la importancia del lavado de manos	778	4,6	0,9	64,3	1,8
La complejidad de los sistemas y su interrelación (CB)	CB1	En las prácticas he comprobado que la mayoría de los errores clínicos son imposibles de evitar	773	3,7	1,3	32,1	8,7
	CB2	Durante mis prácticas, he observado que los protocolos que se aplican para garantizar la seguridad de los pacientes están desfasados (obsoletos)	774	2,9	1,1	6,9	9,4

Esperemos resolver sus dudas

Por favor si nos puedes ir dando feedback de su validación y adaptación en Brasil será muy interesante.

Un saludo y quedamos a su disposición para cualquier tema

Mercedes Guillabert Mora
 Departamento Psicología de la Salud, Edificio Altamira
 Universidad Miguel Hernández
 Avda de la Universidad s/n, 03202
 Elche (Alicante)
 Tlfno: 96.665.183.17/89.84.
 Fax: 96.665.39.84
mguillabert@umh.es



**ANEXO E – PARECER DO CEP – PESQUISA: TRADUÇÃO,
ADAPATAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO
INSTRUMENTO “LATINO STUDENTS PATIEN SAFETY
QUESTIONNAIRE (LSPSQ)” NO CONTEXTO BRASILEIRO**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO INSTRUMENTO "LATINO STUDENTS PATIENT SAFETY QUESTIONNAIRE" PARA O CONTEXTO BRASILEIRO

Pesquisador: Luciana regina ferreira da mata

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60757616.2.0000.5545

Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal de São João Del Rei - C. C. Oeste Dona

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

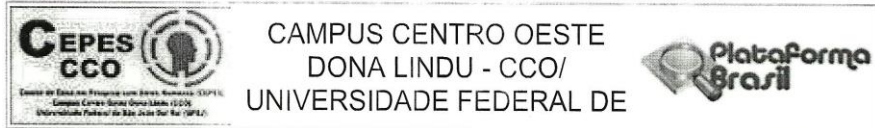
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.785.522

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo metodológico que é direcionado a aprimorar métodos de obtenção, organização e elaboração de dados, tratando da construção, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa. Será realizada a tradução, adaptação transcultural e validação do instrumento "Latino Students Patient Safety Questionnaire" utilizando a proposta metodológica de Beaton et al (2007), levando em consideração atualizações feitas por Epstein et al (2015). O estudo será aplicado em discentes do último ano do Curso de Graduação de Enfermagem (UFSJ e UFMG) e nos dois últimos do Curso de Graduação de Medicina (UFSJ) inseridos em campo de prática. O presente estudo será realizado em duas etapas. A primeira corresponderá às etapas iniciais da tradução e adaptação transcultural do questionário. Justifica-se a escolha deste instrumento por mais se aproximar das características culturais do Brasil, já que ele foi desenvolvido em uma população latina, e por possuir propriedades psicométricas bem elaboradas. O autor principal do instrumento foi consultado via e-mail e autorizou a tradução para o português e a disponibilização do mesmo para validação em estudantes brasileiros. A segunda etapa da pesquisa constituirá na validação do instrumento. Por conseguinte para validar o constructo faz-se necessário aplicá-lo a população-alvo, primeiramente como pré -teste, sendo elencado o número de participantes para averiguar a compreensão dos envolvidos. Caso haja modificações, o instrumento deverá ser

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
Bairro: CHANADOUR **CEP:** 35.501-296
UF: MG **Município:** DIVINOPOLIS
Telefone: (37)3221-1580 **Fax:** (37)3221-1580 **E-mail:** cepes_cco@ufs.br



Continuação do Parecer: 1.785.522

Objetivo Secundário:

- Avaliar a equivalência conceitual, semântica e análise psicométrica do "Latino Students Patient Safety Questionnaire" traduzida para o português;-
- Mensurar o conhecimento sobre atitudes/comportamento de discentes de Curso de Graduação em Enfermagem e de Medicina utilizando o "Latino Students Patient Safety Questionnaire";
- Comparar as respostas sobre o conhecimento em relação às atitudes e comportamentos sobre segurança do paciente dos estudantes de enfermagem e medicina;
- Avaliar a confiabilidade da versão adaptada do "Latino Students Patient Safety Questionnaire" por meio da consistência interna;
- Avaliar a validade do "Latino Students Patient Safety Questionnaire" por meio da análise fatorial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos desta pesquisa são mínimos, e estão relacionados a risco de quebra de sigilo das informações obtidas na pesquisa. Para minimizar estes riscos, a coleta de dados será realizada em através de um software eletrônico específico (adquirido pelo pesquisador) para coleta de dados em pesquisas, e será garantida a privacidade. Além disso, os instrumentos de coleta de dados serão identificados por códigos numéricos, garantindo assim o anonimato dos sujeitos envolvidos.

Os benefícios desta pesquisa (resultados) poderão subsidiar mudanças nos projetos políticos pedagógicos de Cursos de Graduação de

Enfermagem e de Medicina no Brasil com adequação da grade curricular em relação à temática Segurança do paciente e assim contribuir na

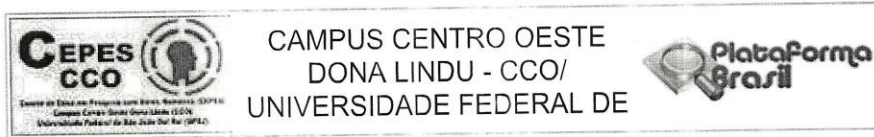
formação acadêmica dos futuros profissionais inseridos nos serviços de Saúde, ampliando as discussões e exigências que este novo cenário exige.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto muito importante, pois o tema da segurança do paciente é muito relevante e a validação do questionário, conforme proposto no projeto apresentado poderá contribuir na formação de enfermeiros e médicos, trazendo benefícios para a sociedade. Os pesquisadores descreveram a metodologia de coleta de dados satisfatoriamente, a forma de recrutamento dos participantes, a justificativa para o número amostral e apresentaram todos os documentos obrigatórios.

O TCLE para os alunos e juízes está bem redigido, no entanto não deixa claro a forma de assistência e acompanhamento que os mesmos receberão caso necessário.

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
 Bairro: CHANADOUR CEP: 35.501-296
 UF: MG Município: DIVINOPOLIS
 Telefone: (37)3221-1580 Fax: (37)3221-1580 E-mail: cepes_cco@ufsj.edu.br



Continuação do Parecer: 1.785.522

reavaliado, até conter todos os itens adaptados e compreensíveis ao idioma da população estudada. O questionário a ser validado é autoaplicável tem como finalidade a mensuração do conhecimento e atitudes dos estudantes do Curso de Graduação de Enfermagem e Medicina sobre segurança do paciente durante a vivência clínica nos estágios. O mesmo é composto por 21 afirmativas distribuídas entre cinco fatores relacionados à segurança do paciente. O contato com os alunos será feito por e-mails utilizando uma ferramenta chamada MailChimp. Na fase do pré-teste da versão pré-final do questionário farão parte da amostra aproximadamente 30 a 40 participantes, sendo 50% do curso de enfermagem e 50% do curso de medicina e no processo de validação é recomendado que sejam feitas de cinco a dez observações para cada item do instrumento que será validado, portanto a amostra será composta por 210 alunos, já que o questionário é composto por 21 elementos.

Espera-se que os resultados desta pesquisa possam subsidiar mudanças nos projetos políticos pedagógicos de Cursos de Graduação de Enfermagem e de Medicina no Brasil com adequação da grade curricular em relação à temática Segurança do paciente e assim contribuir na formação acadêmica dos futuros profissionais inseridos nos serviços

de Saúde, ampliando as discussões e exigências que este novo cenário exige.

Critérios de Inclusão:

- Alunos matriculados regularmente no último ano do Curso de Graduação em Enfermagem e nos dois últimos anos do Curso em Medicina das Universidades: Enfermagem: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Enfermagem e Medicina: Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), Campus Dona Lindu que estejam inseridos em campos de prática (estágios). - Ter acesso à computadores conectados à internet para acessar e-mails e responder o Termo de Consentimento Livre-Esclarecido e o Questionário "Latino Students Patient Safety Questionnaire" nas fases: pré-teste e validação.

Critério de Exclusão:

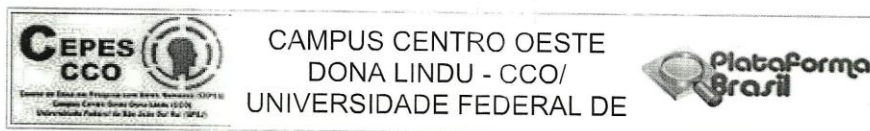
Alunos que estejam afastados durante o período de coleta de dados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Traduzir para o português, adaptar culturalmente e validar o instrumento "Latino Students Patient Safety Questionnaire" em estudantes brasileiros.

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
Bairro: CHANADOUR **CEP:** 35.501-296
UF: MG **Município:** DIVINOPOLIS
Telefone: (37)3221-1580 **Fax:** (37)3221-1580 **E-mail:** cepes_cco@ufs.edu.br



Continuação do Parecer: 1.785.522

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou: folha de rosto devidamente preenchida, projeto detalhado (com cronograma de coleta de dados posterior à apreciação ética), orçamento, termo de compromisso de sigilo dos pesquisadores, autorização e declaração de infraestrutura das instituições participantes e checklist. Também foi apresentado o TCLE a ser aplicado para os alunos e juizes que participarão da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:



O Comitê compreende a relevância do trabalho bem como seu impacto científico e social e aprova este protocolo de pesquisa apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_777260.pdf	06/10/2016 09:47:58		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia_infraestrutura_enfermagem_UFMG.pdf	06/10/2016 07:29:20	Aline Carrilho Menezes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia_infraestrutura_medicina_UFSJ.pdf	06/10/2016 07:28:30	Aline Carrilho Menezes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia_infraestrutura_enfermagem_UFSJ.pdf	06/10/2016 07:27:39	Aline Carrilho Menezes	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_projeto.pdf	04/10/2016 23:54:31	Aline Carrilho Menezes	Aceito
Outros	check_list_projeto_dois.pdf	04/10/2016 23:53:40	Aline Carrilho Menezes	Aceito
Outros	check_list_projeto_um.pdf	04/10/2016 23:52:51	Aline Carrilho Menezes	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_compromisso_pesquisador.pdf	04/10/2016 23:46:49	Aline Carrilho Menezes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_alunos_juizes.docx	04/10/2016 15:56:26	Aline Carrilho Menezes	Aceito
Orçamento	orcamento_projeto_traducao_adaptacao_validacao.docx	04/10/2016 15:54:33	Aline Carrilho Menezes	Aceito
Cronograma	cronograma_de_execucao_projeto.docx	04/10/2016 15:52:00	Aline Carrilho Menezes	Aceito

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
 Bairro: CHANADOUR CEP: 35.501-296
 UF: MG Município: DIVINOPOLIS
 Telefone: (37)3221-1580 Fax: (37)3221-1580 E-mail: cepes_cco@ufsj.edu.br

 <p>CEPES CCO <small>Centro de Estudos em Políticas Sociais (CEPES) Campus Centro-Oeste (CCO) Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ)</small></p>	<p>CAMPUS CENTRO OESTE DONA LINDU - CCO/ UNIVERSIDADE FEDERAL DE</p>	 <p>Plataforma Brasil</p>
---	---	---

Continuação do Parecer: 1.785.522

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_traducao_adaptacao_validacao_ de_instrumento.docx	04/10/2016 15:49:33	Aline Carrilho Menezes	Aceito
---	--	------------------------	---------------------------	--------

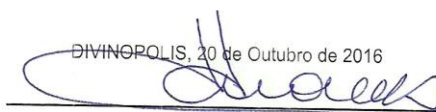
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

DIVINOPOLIS, 20 de Outubro de 2016



Assinado por:
JULIANO TEIXEIRA MORAES
(Coordenador)

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO		CEP: 35.501-296
Bairro: CHANADOUR		
UF: MG	Município: DIVINOPOLIS	
Telefone: (37)3221-1580	Fax: (37)3221-1580	E-mail: cepes_cco@ufs.edu.br