

Latino Students Patient Safety Questionnaire: adaptação transcultural para estudantes brasileiros de enfermagem e de medicina

Latino Students Patient Safety Questionnaire: cross-cultural adaptation for Brazilian nursing and medical students
Latino Students Patient Safety Questionnaire: adaptación transcultural para estudiantes brasileños de enfermería y de medicina

Aline Carrilho Menezes¹

ORCID: 0000-0001-7658-4039

Carolina de Sousa Penha¹

ORCID: 0000-0003-1110-8095

Fabírcia Moreira Amorim Amaral¹

ORCID: 0000-0003-4765-0062

Adriano Marçal Pimenta¹

ORCID: 0000-0001-7049-7575

Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro¹

ORCID: 0000-0001-9365-7228

Adriana Silvina Pagano¹

ORCID: 0000-0002-3150-3503

Luciana Regina Ferreira da Mata¹

ORCID: 0000-0002-5080-4643

¹Universidade Federal de São João del-Rei. Divinópolis, Minas Gerais, Brasil.

²Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Como citar este artigo:

Menezes AC, Penha CS, Amaral FMA, Pimenta AM, Ribeiro HCTC, Pagano AS, et al. Latino Students Patient Safety Questionnaire: cross-cultural adaptation for Brazilian nursing and medical students. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 6):e20190621. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0621>

Autor Correspondente:

Luciana Regina Ferreira da Mata
E-mail: lucianarfmat@gmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Rafael Silva

Submissão: 09-12-2019 Aprovação: 10-06-2020

RESUMO

Objetivos: realizar a adaptação transcultural do *Latino Students Patient Safety Questionnaire* para estudantes brasileiros de Enfermagem e de Medicina. **Métodos:** estudo metodológico realizado em seis etapas — tradução, síntese das traduções, retrotradução, comitê de especialistas, pré-teste e apresentação dos relatórios para os autores do instrumento original. Os dados das etapas “comitê de especialistas” e “pré-teste” foram coletados e analisados por meio da plataforma *web e-Surv*. O nível de concordância adotado entre as respostas do comitê formado por 20 especialistas e dos 38 estudantes no pré-teste foi de $\geq 90\%$. **Resultados:** na primeira rodada de avaliação pelo comitê de especialistas, 21 dos 26 itens do questionário apresentaram concordância $< 90\%$, necessitando de ajustes. No pré-teste, três afirmativas do instrumento tiveram concordância $< 90\%$ e, portanto, foram readequadas para formulação da versão final. **Conclusões:** a versão brasileira do instrumento *Latino Students Patient Safety Questionnaire* foi considerada adaptada culturalmente para o português brasileiro.

Descritores: Segurança do Paciente; Estudos de Validação; Comparação Transcultural; Estudantes de Enfermagem; Estudantes de Medicina.

ABSTRACT

Objectives: to perform a cross-cultural adaptation of the Latino Student Patient Safety Questionnaire for Brazilian Nursing and Medical students. **Methods:** methodological study carried out in six stages — forward translation, synthesis, back-translation, expert committee assessment, pre-test and reporting to the authors of the original instrument. Data at the expert committee and pre-test stages were collected and analyzed using the *web platform e-Surv*. The level of agreement adopted for the expert committee evaluation with 20 participants and the pre-test evaluation with 38 students was $\geq 90\%$. **Results:** the first evaluation round by the expert committee showed a $< 90\%$ agreement for 21 out of the 26 questionnaire items, requiring adjustments. In the pre-test, three items in the instrument reached a $< 90\%$ agreement and were revised to obtain the final version. **Conclusions:** the Brazilian version of the Latino Student Patient Safety Questionnaire instrument was considered culturally adapted to Brazilian Portuguese.

Descriptors: Patient Safety; Validation Study; Cross-Cultural Comparison; Students, Nursing; Students, Medical.

RESUMEN

Objetivos: realizar la adaptación transcultural del *Latino Students Patient Safety Questionnaire* para estudiantes brasileños de enfermería y de medicina. **Métodos:** estudio metodológico realizado en seis etapas — traducción, síntesis de las traducciones, retrotraducción, comité de especialistas, pre-prueba y presentación de los informes para los autores del instrumento original. Los datos de las etapas “comité de especialistas” y pre-prueba se recogieron y analizaron por medio de la plataforma *web e-Surv*. El nivel de concordancia adoptado para evaluar las respuestas del comité formado por 20 especialistas y de los 38 estudiantes en el pre-prueba fue de $\geq 90\%$. **Resultados:** en la primera rodada de evaluación por el comité de especialistas, 21 de los 26 ítems del cuestionario presentaron concordancia $< 90\%$, necesitando de ajustes. En el pre-prueba, tres afirmativas del instrumento tuvieron concordancia $< 90\%$ y, fueron reformuladas en la versión final. **Conclusiones:** la versión brasileña del instrumento *Latino Students Patient Safety Questionnaire* ha sido considerada adaptada culturalmente para el portugués brasileño.

Descriptorios: Seguridad del Paciente; Estudios de Validación; Comparación Transcultural; Estudiantes de Enfermería; Estudiantes de Medicina.

INTRODUÇÃO

A inserção da temática “segurança do paciente” nos currículos dos cursos de graduação da área da saúde é fundamental para o desenvolvimento de uma cultura de segurança, visto que os estudantes serão os futuros profissionais de saúde⁽¹⁾. Para tanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou em 2011 o guia *Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide*, com orientação aos docentes sobre como construir o conhecimento referente à temática⁽²⁾. No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) também estabelece a inclusão da segurança do paciente no ensino como eixo transversal do processo de ensino-aprendizagem⁽³⁾.

Nos países desenvolvidos, currículos de cursos de graduação de Enfermagem e Medicina já passaram por adequações⁽⁴⁾. Porém, há desafios nos países de baixa e média renda, como a pouca infraestrutura educacional, os escassos recursos financeiros e humanos, a dificuldade de integrar o conteúdo de segurança do paciente com o contexto local, a falta de conhecimento das lideranças e a ausência de envolvimento e de cooperação de docentes⁽⁴⁻⁵⁾.

Estudiosos brasileiros têm apontado que erros e falhas assistenciais são temas considerados como negligenciados nos cursos de Enfermagem e Medicina do Brasil⁽⁶⁻¹¹⁾. Já os estudantes referem necessidade de maior conhecimento e treinamento em comunicação de erros, avaliação do risco, responsabilização e inevitabilidade das falhas humanas^(6,9-11). O ensino sobre segurança do paciente no Brasil ainda é feito de forma fragmentada, sem aprofundamento para a interdisciplinaridade, com necessidade de integração entre a teoria e a prática clínica^(7,10-11).

Para identificar lacunas de aprendizagem e direcionar a inserção de novas competências nos currículos acadêmicos, torna-se relevante avaliar o conhecimento sobre segurança do paciente durante a formação^(6,9-10,12). Dessa perspectiva, em 2015, foi elaborado e validado o *Latino Students Patient Safety Questionnaire* (LSPSQ) no contexto de países latino-americanos de língua espanhola. Trata-se de um instrumento direcionado a estudantes de Enfermagem e Medicina, com o objetivo de mensurar conhecimentos e atitudes sobre segurança do paciente desses estudantes inseridos em campos de práticas da área hospitalar⁽⁵⁾.

Na literatura brasileira, não foram identificados instrumentos válidos com essa finalidade. Dentre os instrumentos internacionais de abordagem quantitativa que passaram pelo processo de validade^(5,13-16), destaca-se o LSPSQ⁽⁵⁾, por ter sido desenvolvido para países latinos, o que o aproxima da realidade brasileira, e também por esse instrumento considerar a avaliação de atitude, constructo indispensável na análise de processo de formação acadêmica. Portanto, para que o LSPSQ seja aplicado na realidade brasileira, mantendo-se coerente com o instrumento original, a sua adaptação transcultural torna-se relevante.

Embora a temática possua importância transversal para os diversos cursos da área da saúde, o foco do presente estudo foi a Enfermagem e a Medicina, visto que a versão original do LSPSQ foi desenvolvida e validada no contexto desses dois cursos. Espera-se que a avaliação discente por meio desse instrumento possa contribuir com coordenadores de cursos, docentes e gestores de instituições de ensino na visibilidade das competências sobre segurança do paciente que precisam ser desenvolvidas na formação acadêmica brasileira.

OBJETIVOS

Realizar a adaptação transcultural do LSPSQ para estudantes brasileiros dos cursos de Enfermagem e de Medicina.

MÉTODOS

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João del-Rei, com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número 1.785.522/16, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes do estudo.

Desenho, período e local do estudo

Trata-se de um estudo metodológico⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ e, com a autorização dos autores da versão original, foi desenvolvido no período de março de 2016 a outubro de 2017, na Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ). Este artigo é oriundo de uma dissertação de mestrado.

Participantes do estudo e critérios de seleção

O comitê de especialistas foi composto por 20 profissionais. O número de participantes desta etapa foi definido com base no referencial metodológico adotado que sugere de seis a 20 especialistas⁽²⁰⁾. Participaram do estudo 10 profissionais da área da saúde e 10 da área da linguística com ênfase em estudos de tradução. Para todos os profissionais, foram considerados dois critérios de seleção: participação anterior em comitês de especialistas de estudos de adaptação transcultural e conhecimento da língua espanhola. Para a seleção de profissionais de saúde, foi considerada também a experiência em segurança do paciente, baseada em atendimento a um ou mais dos seguintes critérios: possuir publicação científica ou ter elaborado trabalhos de conclusão de curso (especialização, mestrado ou doutorado) sobre segurança do paciente; ser docente ou ter ministrado treinamentos na temática; e ter sido membro de núcleo de segurança do paciente em instituição de saúde. O recrutamento foi por conveniência, por meio da indicação de pesquisadores que desenvolveram estudos com o mesmo escopo metodológico. Um e-mail foi enviado a cada especialista com a carta-convite, link de acesso à plataforma *web e-Surv* e com o TCLE.

Na etapa de pré-teste do instrumento LSPSQ, considerando que o referencial metodológico adotado sugere a participação de 30 a 40 indivíduos nessa etapa⁽¹⁷⁾, foram convidados 62 estudantes dos cursos de graduação de Enfermagem e Medicina, com retorno de 38 estudantes, sendo 19 de cada curso. Foram considerados os seguintes critérios de seleção: estudantes de Enfermagem do último ano (8º e 9º período) do curso, estudantes de Medicina dos dois últimos anos (9º, 10º, 11º e 12º período), inseridos em estágio supervisionado e com vivência de estágio hospitalar^(5,21). O convite foi realizado por e-mail com envio de carta-convite, link de acesso à plataforma *web e-Surv* e TCLE.

Protocolo do estudo

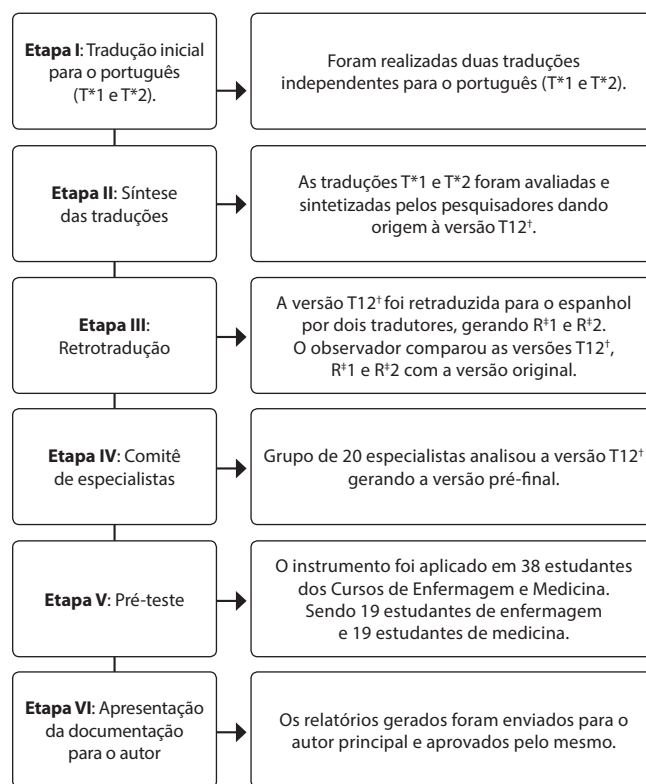
O LSPSQ é um questionário autoaplicável, que contempla 21 afirmativas referentes a conhecimento, atitudes e práticas desenvolvidos durante a sua formação e estágio hospitalar. As 21 afirmativas estão distribuídas em cinco dimensões: 1) "Franqueza na comunicação com paciente (FCP)", com oito afirmativas (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 inter-relações (CS)", com duas afirmativas (CS1 e CS2). Todas elas foram avaliadas em uma escala *Likert* de cinco pontos: (1) discordo totalmente; (2) discordo; (3) não concordo, nem discordo; (4) concordo; e (5) concordo totalmente^(5,21). Cada dimensão é avaliada pela pontuação média das afirmativas que a compõem, sendo que valores iguais ou superiores a quatro pontos denotam que o estudante teve oportunidade de adquirir a competência em segurança descrita naquela dimensão^(5,21).

O processo de validação da versão original foi realizado com 786 estudantes dos cursos de Enfermagem e de Medicina de oito universidades do Chile, Colômbia, El Salvador, Guatemala e Espanha. O índice de confiabilidade (Alfa de *Cronbach*) calculado para as cinco dimensões do LSPSQ foi superior a 0,7, o que refere a uma boa confiabilidade do instrumento. Os resultados das análises de regressão linear múltipla indicaram bons ajustes do modelo (índice de ajuste: 0,9), e as correlações item-total foram maiores que 0,3 em todos os casos. Na análise da validade convergente-discriminante, todas as cargas padronizadas foram consideradas significativas para o fator respectivo e maiores que 0,6, o que demonstrou um bom ajuste do modelo (índice de bondade de ajuste (GFI): 0,90; GFI ajustado: 0,90)⁽⁵⁾. O título do instrumento na versão original é na língua inglesa; e as suas afirmativas e dimensões, em espanhol. Em contato com o autor principal, ele solicitou que o nome original do questionário fosse mantido na língua inglesa.

O processo de adaptação transcultural do LSPSQ foi desenvolvido em seis etapas (Figura 1): tradução inicial; síntese das traduções; retrotradução; avaliação por comitê de especialistas; préteste em uma amostra de estudantes de Enfermagem e de Medicina; e apresentação dos relatórios para os autores originais⁽¹⁷⁾.

A etapa I foi realizada por dois tradutores independentes, bilíngues, brasileiros, com domínio na língua espanhola. O tradutor T1 era enfermeiro, professor universitário e tinha conhecimento do objetivo da pesquisa. O tradutor T2 não possuía conhecimento da área das ciências da saúde e desconhecia o objetivo da pesquisa. Ambos os tradutores foram orientados a não consultarem os artigos científicos publicados sobre o questionário LSPSQ original⁽¹⁷⁾.

Na etapa II, as duas traduções (T1 e T2) foram analisadas e sintetizadas pelos pesquisadores, que geraram a versão T12. A síntese da tradução permitiu averiguar se houve divergências e discrepâncias nas escolhas dos termos e das palavras pelos dois tradutores. A versão T12 foi submetida à análise de um terceiro tradutor, denominado neste estudo como "observador". Trata-se de um professor universitário com pós-doutorado na área de linguística aplicada, cuja língua materna é o espanhol. O objetivo dessa revisão foi o refinamento linguístico e cultural do instrumento⁽¹⁷⁾.



Nota: *T - Tradução; †T12 - Síntese das traduções; †R - Retrotradução.

Figura 1 – Percurso metodológico da adaptação transcultural do *Latino Students Patient Safety Questionnaire*

Na etapa III, o instrumento em português brasileiro (versão T12) foi traduzido novamente para o espanhol por dois outros tradutores bilíngues independentes (R1 e R2), professores universitários na área da linguística aplicada com pós-doutorado em estudos de tradução, sendo o primeiro brasileiro; e o segundo, espanhol. Os tradutores não tiveram acesso aos documentos nem ao instrumento original^(17,22).

Na etapa IV, os especialistas avaliaram se a tradução dos títulos das dimensões e de cada afirmativa do instrumento LSPSQ estava coerente com a versão original, com base nas análises de equivalências semântica, idiomática, cultural, conceitual e de itens⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. A equivalência semântica refere-se à correspondência do significado das palavras (gramática e vocabulário); a idiomática, às expressões idiomáticas e coloquiais; a cultural ou experiencial remete à equivalência quanto ao contexto cultural ou à experiência vivida; a conceitual representa o conceito explorado e a coerência do item do instrumento àquilo que se propõe mensurar/medir^(17,19). Por fim, a equivalência de itens consiste em analisar e avaliar a pertinência e a relevância dos itens do instrumento ao novo contexto ao qual está sendo adaptado⁽¹⁸⁾.

As equivalências descritas acima foram avaliadas por meio de quatro opções: 1 - item não equivalente/"requer retradução completa"; 2 - item necessita de grande revisão para ser equivalente/"requer tradução parcial com muitas alterações"; 3 - item equivalente, porém necessita pequenos ajustes/"requer retradução parcial com pequenos ajustes"; e 4 - item absolutamente equivalente/"não requer retradução". Caso sugerissem retradução parcial ou completa para determinada equivalência, os especialistas deveriam descrever sugestões de melhoria⁽²³⁾.

Na etapa V, a versão pré-final do instrumento foi aplicada aos estudantes dos cursos de graduação de Enfermagem e de Medicina. Nessa etapa, também foi aplicado um questionário com itens de caracterização sociodemográfica (gênero, idade, cidade/estado de procedência) e itens de caracterização do perfil acadêmico (curso que realiza, período em curso, universidade, número de leitos do hospital em que realizou(o) o estágio, campo de estágio em que se encontra no momento, se possui acompanhamento direto de supervisor de estágio no campo de prática, se já concluiu outro curso na área da saúde, se é profissional de algum serviço de saúde, se o tema segurança do paciente é abordado e contextualizado com frequência pelos professores e supervisores de estágio ao longo do curso). Por fim, os relatórios pertinentes a todas as etapas foram enviados ao autor original do instrumento (Etapa VI)⁽¹⁷⁾.

Análise dos resultados e estatística

A análise de conteúdo realizada pelos especialistas ocorreu pela plataforma *web e-Surv*. Para a análise da validação dos especialistas, foi considerado o índice de validade de conteúdo (IVC) calculado pelo número de respostas “item absolutamente equivalente/”não requer tradução”, dividido pelo número de participantes, considerando como taxa aceitável de concordância entre os especialistas valores $\geq 90\%$ ⁽²³⁾. Afirmativas com valores inferiores a 90% foram reescritas conforme as sugestões qualitativas propostas pelos especialistas. Em uma planilha do *Microsoft Excel*, os pesquisadores compilaram as sugestões apontadas para cada item que não atingiu a porcentagem mínima, o que facilitou a visualização dos apontamentos mais frequentes e posterior reformulação do item.

Na etapa de pré-teste, os estudantes avaliaram se o conteúdo de cada item da versão traduzida apresentava fácil entendimento, por meio de três opções de respostas: “não”, “em parte” e “sim”, sendo que as opções “não” e “em parte” requeriam justificativas e sugestões de alterações. Optou-se por analisar a concordância entre as respostas mediante cálculo referente ao número de respostas “sim” obtidas para o item, dividido pelo total de participantes, sendo que itens com valores inferiores a 90% foram reformulados com base nas sugestões dos estudantes⁽²³⁾. Os dados, exportados da plataforma *web e-Surv*, foram organizados em planilha de dados eletrônica do *Microsoft Excel*. Todas as análises descritivas dos dados referentes à caracterização dos participantes também foram realizadas na plataforma *web e-Surv*.

RESULTADOS

O instrumento LSPSQ foi adaptado culturalmente para o português brasileiro. As duas versões da tradução inicial do LSPSQ (T1 e T2) apresentaram resultados próximos, com necessidade de ajustes referentes aos termos clínicos. A tradução realizada por T1 apresentou maior equivalência quanto aos termos da área da saúde em relação à T2. Uma versão síntese T12 foi definida após duas rodadas entre tradutores, pesquisadores e observador.

Na retrotradução, as duas traduções realizadas de forma independente foram comparadas à versão original pelo observador, e ambas consideradas semelhantes à versão original quanto ao conteúdo e contexto, apresentando somente alguns termos distintos entre as versões, sem diferenças quanto ao significado.

Quanto aos 20 participantes do comitê de especialistas, 80% (n = 16) eram do sexo feminino, todos declararam que compreendiam o espanhol com habilidade em leitura de textos e que já haviam participado de comitê de especialistas de adaptação transcultural de instrumentos. Dos 10 profissionais da área de linguística, 40% (n = 4) cursavam doutorado; 20% (n = 2), mestrado; 30% (n = 3) tinham doutorado concluído; e 10% (n = 1) tinham pós-doutorado concluído. Em relação aos 10 profissionais da área da saúde, todos eram enfermeiros, quatro (40%) tinham publicação em segurança do paciente, quatro (40%) desenvolveram trabalho de conclusão de curso na temática, sendo um (10%), especialização; um (10%), especialização e mestrado; e dois (20%), especialização, mestrado e doutorado. Cinco destes participantes (50%) atuavam como docente na área de segurança do paciente ou já haviam ministrado algum treinamento envolvendo a temática; dois (20%) já atuaram em núcleos de segurança do paciente em instituição de saúde. Ressalta-se que 50% (n = 5) dos profissionais de saúde desenvolviam estudos de adaptação transcultural e validação de instrumentos na área da saúde.

Na primeira rodada, 26 itens, sendo 5 títulos das dimensões e 21 afirmativas, foram cadastrados na plataforma *web e-Surv* para avaliação da tradução pelo comitê de especialistas, sendo que 21 (81%) itens do LSPSQ obtiveram um índice de concordância menor que 90% para as análises de equivalências, necessitando de adequação ortográfica e linguística. Quatro afirmativas (19%) — FCP3, CE2, CE3 e CFH3 — necessitaram de correções ortográficas e gramaticais. Observou-se ausência de equivalências cultural e de itens e para as afirmativas FCP1, FCP4 a FCP6, CFH1 e CFH2. Em relação às oito (31%) afirmativas contempladas na dimensão “Franqueza na comunicação com paciente (FCP)”, todas apresentaram concordância abaixo de 90%, necessitando de correções ortográficas e de ajustes culturais no tocante à temática “segurança do paciente”. Todas as quatro (15,4%) afirmativas da dimensão “Atitude proativa para evitar risco à segurança (AP)” passaram por correções de linguística e padronização de termos. As três (11,5%) afirmativas da dimensão “Consciência do erro (CE)” tiveram correção ortográfica e padronização de terminologia. Quatro (15,4%) afirmativas da dimensão “Compreensão do fator humano (CFH)” foram alteradas para ajustes à língua portuguesa. Por fim, as duas (7,7%) afirmativas da dimensão “A complexidade dos sistemas e sua inter-relações (CS)” necessitaram de adequação de termos para atender à equivalência cultural.

Para as afirmativas FCP1, FCP4, FCP5, FCP6, AP1, AP2, AP4, CE1, CE2, CE3, CFH3, CS1 e CS2, foi necessário padronizar expressões visando ao melhor compreensão do público-alvo. A expressão “informar corretamente” foi modificada por “a forma correta de relatar”, pois não alcançou concordância nas equivalências semântica e conceitual. As expressões “ao longo da minha formação”, “durante meu período de estágio” e “ao longo do período dos meus estudos” sofreram, respectivamente, alterações por “durante minha formação”, “durante meu estágio” e “durante meus estudos” visto que não apresentaram concordância na equivalência idiomática.

Quanto à afirmativa FCP6, foi necessário trocar o verbo “experimentar” por “vivenciar”, por não ter alcançado a equivalência cultural. Na afirmativa FCP7, o comitê de especialistas optou por utilizar o verbo na primeira pessoa do singular “aprendi”, com padronização para todo o instrumento, pois as afirmativas da versão original foram redigidas no singular, e esta era a única no plural (“*Hemos aprendido*”).

Na afirmativa FCP8, houve necessidade de padronização das expressões “caso ocorresse” e “se repetisse”. A justificativa para a alteração se pautou na compreensão mais clara para os estudantes e se deu como forma de evitar redundância da palavra “ocorrência” na afirmativa e por não ter atingido as equivalências idiomática e semântica. Na afirmativa AP1, a expressão “me explicaram” foi alterada para “recebi explicações” por ter sido considerada com melhor conotação gramatical e por não ter tido equivalência idiomática.

Relativamente às afirmativas AP2, AP3, AP4, CFH1, CFH2, CS1 e CS2, foram propostas mudanças nas expressões gramaticais e nos verbos, respectivamente por não terem alcançado as equivalências semântica, conceitual, idiomática e de itens: “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”. Na afirmativa CFH2, foi sugerida adequação cultural do termo “assistência médica” para “assistência à saúde”.

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 e de itens. Os itens FCP3, CE2, CE3 e CFH3 apresentaram necessidade de adequação gramatical, como inserção de vírgulas e crase.

A etapa V (pré-teste) teve a participação de 19 (50%) estudantes do curso de Enfermagem, sendo 12 (32%) do 8º período e 7 (18%) do 9º período. Dos 19 (50%) estudantes do curso de Medicina, 11 (29%) eram do 10º período; 6 (15,8%), do 12º período; 1 (2,6%), do 9º; e 1 (2,6%), do 11º período. No momento da coleta de dados, 20 (52,5%) estavam inseridos em hospitais; 12 (31,5%), na Atenção Primária à Saúde (APS); e 6 (16%), em outros campos de estágio supervisionado. Em relação ao acompanhamento direto do preceptor de estágio no campo de prática, 29 (76,3%) afirmaram ter supervisão direta, 8 (21%) disseram que eram acompanhados “em parte” e apenas 1 (2,7%) afirmou não ter acompanhamento por um profissional referenciado pela universidade.

Prevaleram 27 (71%) estudantes do sexo feminino, com média de idade de 25 anos. Quanto ao perfil acadêmico, oito (21%) estudantes já haviam concluído outro curso na área de saúde (nível técnico e superior). Ao serem questionados sobre a discussão e contextualização da temática nas aulas e estágios, 19 (50%) afirmaram que o assunto “sempre” foi abordado pelos professores, 16 (42%) disseram que o assunto foi abordado “poucas vezes”, e 3 (8%) disseram que “não foi abordado”. Nessa etapa, o LSPSQ apresentou boa aceitação entre os estudantes. Das 21 afirmativas da versão pré-final, somente 3 (FCP1, FCP2, FCP8) da dimensão “Franqueza na comunicação com paciente (FCP)” tiveram concordância abaixo de 90%, necessitando revisão no concernente à compreensão das afirmativas. 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 alterada para “avaliar os riscos que podem comprometer a segurança do paciente”. A afirmativa FCP8, embora tenha apresentado concordância abaixo de

90%, não teve sugestões para reescrita. Os estudantes registraram que a temática “cultura de segurança” não foi abordada na graduação e, pelo desconhecimento do significado do termo, não foram capazes de propor mudanças. Optou-se por manter a afirmativa FCP8 sem alterações já que o termo “cultura de segurança” refere-se a um conhecimento clássico no âmbito da segurança do paciente. O conteúdo da versão final adaptada do LSPSQ é apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Versão final adaptada transculturalmente do instrumento *Latino Students Patient Safety Questionnaire* para o português brasileiro, Divinópolis. Minas Gerais, Brasil, 2017

Dimensões	Código	Itens
Franqueza na comunicação com paciente (FCP)	FCP1	Aprendi a forma correta de fornecer informações aos pacientes que sofreram algum dano ou lesão por causa de um erro.
	FCP2	Durante o estágio, aprendi a avaliar os riscos que podem comprometer a segurança do paciente.
	FCP3	No estágio, aprendi o que devo fazer se eu cometer um erro.
	FCP4	Durante o estágio, tive a oportunidade de discutir com meus tutores ou preceptores qualquer condição de insegurança que eu pudesse ter observado.
	FCP5	Durante minha formação, adquiri competências sobre como relatar corretamente um erro aos meus colegas e aos meus superiores.
	FCP6	Durante minha formação, fui trabalhando os sentimentos que posso vir a vivenciar se eu cometer um erro.
	FCP7	Aprendi como me comunicar melhor com os pacientes para evitar erros de medicação.
	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.
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.
	AP2	Durante o estágio, aprendi que, quando acontece um erro, devem ser tomadas medidas para que não ocorra novamente.
	AP3	Os professores discutem em sala de aula os erros mais comuns de serem cometidos e nos apontam formas de evitá-los.
	AP4	Durante minha formação, os professores nos explicaram os objetivos e as prioridades para tornar a assistência à saúde mais segura.
Consciência do erro (CE)	CE1	Durante meu estágio, pelo menos em uma ocasião, fiz algo que não era seguro para o paciente.
	CE2	Durante meu estágio, vi um colega fazer algo que não era seguro para o paciente.
	CE3	Durante meu estágio, vi profissionais fazerem algo que não era seguro para o paciente.

Continua

Continuação do Quadro 1

Dimensões	Código	Itens
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.
	CFH2	Os professores enfatizaram a importância de seguir os protocolos para uma melhor assistência à saúde.
	CFH3	Durante o estágio, foi enfatizada a importância, para a segurança do paciente, de se fazer uso adequado dos recursos terapêuticos.
	CFH4	Os professores enfatizaram a importância de se lavar as mãos.
A complexidade dos sistemas e sua inter-relação (CS)	CS1	No estágio, observei que é impossível evitar a maioria dos erros clínicos.
	CS2	Durante meu estágio, observei que os protocolos aplicados para garantir a segurança dos pacientes estão desatualizados (obsoletos).

Nota: FCP - Afirmativas da dimensão "Franqueza na comunicação com paciente"; AP - Afirmativas da dimensão "Atitude proativa para evitar risco à segurança"; CE - Afirmativas da dimensão "Consciência do erro"; CFH - Afirmativas da dimensão "Compreensão do fator humano"; CS - Afirmativas da dimensão "A complexidade dos sistemas e sua inter-relação".

DISCUSSÃO

O LSPSQ avalia um conjunto de competências adquiridas durante a formação de estudantes de Enfermagem e de Medicina. Os itens do instrumento referem-se tanto às atitudes quanto ao conhecimento do estudante desenvolvidos durante a vivência clínica hospitalar; remetem também à sua percepção sobre os erros, ocorrência de eventos adversos, comunicação efetiva, relacionamento interdisciplinar, atitudes proativas e compreensão do fator humano^(5,21). Visto a sua abrangência, esse questionário pode ser considerado mais completo que outros instrumentos internacionais similares⁽¹³⁻¹⁶⁾, como o *Medical Students' Patient Safety Questionnaire (Year 1)*⁽¹⁴⁾, que avalia principalmente atitudes de estudantes de Medicina.

Utilizar instrumentos que possibilitem analisar e discutir falhas no processo de formação acadêmica nessas temáticas é relevante tanto para direcionar reestruturações curriculares quanto para alertar o estudante sobre a importância de adquirir conhecimentos e atitudes para uma atuação segura na prática clínica^(5,10).

No entanto, como ainda não foram identificados instrumentos validados com essa finalidade no Brasil, a utilização do LSPSQ adaptado transculturalmente se mostra oportuno. Isso porque sua aplicação aos estudantes revela se um curso de graduação em Enfermagem ou Medicina alcança seus objetivos de formação no contexto da segurança do paciente e, dessa maneira, impacta a redução das barreiras para a inclusão dessa temática nos currículos. Trata-se de um instrumento em que os itens avaliados evidenciam competências imprescindíveis no processo de formação destes futuros profissionais, as quais estão em consonância com as diretrizes dispostas pela OMS no guia *Multiprofessional Patient Safety Curriculum Guide*⁽²⁾.

Para a realização da adaptação transcultural, devem ser considerados aspectos técnicos, linguísticos e semânticos. Neste estudo, foi realizado um rigoroso processo de adaptação transcultural do LSPSQ para a língua portuguesa, atendendo a todas as exigências metodológicas^(17-19,22). A fase de avaliação da versão-síntese (T12) do LSPSQ pelo comitê de especialistas refinou o instrumento, pois a acurácia e a expertise metodológica dos membros possibilitaram

a formulação de uma versão pré-final mais próxima da original. Isso foi possível devido à formação do comitê de especialistas interdisciplinar, que permitiu identificar e avaliar de forma aprofundada todos os problemas na versão adaptada bem como viabilizou a troca de experiências entre as áreas de atuação.

Dentre os resultados relevantes da validação de conteúdo, ressalta-se a alteração solicitada nas afirmativas FCP1 e FCP5, em que o termo "informar corretamente" foi modificado para "a forma correta de relatar" com intuito de expressar o relato de erros tanto para os colegas e superiores do estudante quanto para os pacientes. A notificação de erros deve ser realizada por qualquer profissional que atue direta ou indiretamente na assistência ao paciente. Entretanto, uma comunicação não efetiva pode resultar diretamente em danos ou morte do paciente⁽²⁴⁾.

A comunicação entre profissionais da saúde ocorre em diferentes lugares e situações na assistência. Por isso, é importante padronizá-la e sistematizá-la em todos os níveis hierárquicos e organizacionais de uma instituição⁽²⁵⁾. Estudos apontam que falhas no processo de trabalho e na comunicação não efetiva entre os profissionais da área da saúde têm sido alguns dos principais fatores que convergem para os erros e eventos adversos, afetando a qualidade do cuidado prestado⁽²⁵⁻²⁶⁾.

Na afirmativa FCP4, foi necessária a troca do verbo "comentar" por "discutir", pois remete melhor ao compromisso dos professores ou preceptores de estágio com os estudantes, uma vez que "comentar" denota a não obrigatoriedade de discutir e ensinar algo relevante para o processo de formação. Nesse aspecto, o professor ou preceptor de estágio tem o papel de ser agente transformador do processo de ensino-aprendizagem, ou seja, auxiliar os estudantes a compreenderem o processo assistencial, permitindo liberdade de expressão e propiciando condições de mudanças⁽¹⁰⁾.

Outra alteração na afirmativa FCP4 foi a substituição da palavra "supervisor" por "preceptor de estágio". A palavra "supervisor" remete a um profissional que ocupa um cargo administrativo, de gestão de um setor, e a linguagem cultural mais utilizada nas universidades brasileiras é "tutor" ou "preceptor", referente àquele que acompanha o estágio. O preceptor é compreendido como um profissional da rede assistencial à saúde de extrema importância na inserção de estudantes e de recém-graduados na prática profissional e clínica. Tem como função desenvolver habilidades clínicas e avaliar o estudante em período de formação. Já a função do tutor é guiar, facilitar o processo de ensino-aprendizagem do estudante de forma a orientar sua prática profissional⁽²⁷⁾.

Ressalta-se que o objetivo desse refinamento foi assegurar a adaptação transcultural do instrumento LSPSQ para o contexto brasileiro, sem perda de sua originalidade. Portanto, 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, os especialistas sugeriram adequação gramatical do termo "normas de segurança" em relação aos estudantes 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) adquiridos pelo estudante ao longo dos estágios supervisionados^(5,21).

É importante ressaltar os comentários apresentados pelos estudantes sobre a afirmativa FCP8, em que foi apontado o desconhecimento sobre o significado do termo "cultura de segurança"

e, portanto, a dificuldade em propor alterações para o item. Os pesquisadores optaram por manter a afirmativa, por ser um dos domínios contemplados no guia curricular⁽²⁾ para formação acadêmica dos estudantes de Enfermagem e de Medicina em relação à segurança do paciente. A ausência da temática na formação dificulta a compreensão da cultura de segurança, prevalecendo a “cultura punitiva” como forma de lidar com falhas e erros nos cuidados em saúde, pautada em uma abordagem pessoal, com responsabilização e punição de indivíduos pelo incidente⁽²⁾.

Ainda na fase do pré-teste, quando os estudantes responderam um dos itens de caracterização do perfil acadêmico, o qual questiona se o tema é abordado e contextualizado com frequência pelos professores e supervisores de estágio ao longo do curso, eles afirmaram que a temática não é amplamente discutida durante a formação. A introdução da temática nas universidades tem sido priorizada no ensino de pós-graduação⁽⁸⁾. Além disso, o aprendizado ocorre com poucas possibilidades de troca interdisciplinar, demonstrando a necessidade crescente da inserção do tema nos currículos para formação profissional^(4,7,10,21).

Estudo brasileiro que avaliou os projetos pedagógicos de cursos de graduação em Enfermagem e Medicina identificou que o ensino sobre segurança do paciente carece de aprofundamento e de amplitude conceitual⁽⁸⁾. Portanto, é necessário que haja um movimento para revisão dos modelos pedagógicos adotados nas universidades no que tange às abordagens clínicas, promoção de conceitos, demonstração de melhores práticas e habilidades no âmbito do erro (falibilidade humana) e da segurança do paciente^(1,4,8,10).

Diante dessa necessidade, espera-se que a ampla utilização do LSPSQ no Brasil contribua para o fortalecimento do tema no ensino, na pesquisa e na extensão, ao instigar reflexões importantes sobre as competências que precisam ser desenvolvidas durante a formação acadêmica, a fim de promover uma assistência à saúde mais segura.

Limitações do estudo

Foram limitações do estudo: tradutor R1 ser de nacionalidade brasileira e não de um país de língua espanhola conforme proposto

pelo referencial metodológico⁽¹⁷⁾, pois houve dificuldade dos pesquisadores em ter acesso a um profissional com esse perfil; estudantes que participaram do pré-teste terem sido selecionados em uma única instituição de ensino; e ausência de profissionais médicos na composição do grupo de especialistas.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Considera-se que o LSPSQ seja uma ferramenta útil e adequada para fornecer às instituições de ensino, gestores e docentes parâmetros para o desenvolvimento de competências específicas na área da segurança do paciente. Além disso, pode contribuir com o processo de reflexão dos estudantes, modificação de atitudes (comportamentos), avaliação do processo de trabalho, gerenciamento do erro e construção de uma cultura de segurança positiva durante a sua formação.

CONCLUSÕES

O instrumento atingiu evidências de validade de conteúdo para avaliação do conhecimento e atitude sobre segurança do paciente dos estudantes de Enfermagem e Medicina inseridos em campos de prática hospitalar. Ressalta-se a escassez de estudos que aplicam instrumentos validados, para avaliar o conhecimento de estudantes de enfermagem e de medicina na área de segurança do paciente, adotando índices para mensuração da qualidade.

Recomenda-se a realização de novos estudos com vistas a desenvolver o processo de validade psicométrica do instrumento com o público-alvo. Além disso, sugerem-se também novos estudos que ampliem a aplicabilidade do instrumento para outros estudantes da área da saúde, haja vista a transversalidade da temática no processo de formação e atuação de profissionais de saúde. Assim, o instrumento poderá favorecer o processo de ensino-aprendizagem sobre segurança do paciente, identificando lacunas a serem trabalhadas ainda na instituição de ensino, a fim de que o futuro profissional de saúde preste uma assistência mais segura ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. Mansour MJ, Al Shadafan SF, Abu-Sneineh FT, Al Amer MM. Integrating patient safety education in the undergraduate nursing curriculum: a discussion paper. *Open Nurs J*. 2018;29(12):125-32. doi: 10.2174/1874434601812010125
2. World Health Organization. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition. Genebra: WHO [Internet]. 2011 [cited 2020 May 23]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44641/1/9789241501958_eng.pdf?ua
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 529 de 1º de abril de 2013: institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília (DF); 2013[cited 23 May 2020]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
4. 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;7:e016110. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016110
5. 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*[Internet]. 2015 [cited 2020 May 23];38(2):110-9. Available from: <https://scielosp.org/article/rpsp/2015.v38n2/110-119/>
6. Yoshikawa JM, Sousa BEC, Peterlini MAS, Kusahara DM, Pedreira MLG, Avelar AFM. Comprehension of undergraduate students in nursing and medicine on patient safety. *Acta Paul. Enferm*. 2013;6(1):21-29. doi: 10.1590/S0103-21002013000100005
7. Bohomol E, Cunha ICKO. Teaching patient safety in the medical undergraduate program at the Universidade Federal de São Paulo. *Einstein*. 2015;13(1):7-13. doi: 10.1590/S1679-45082015AO3089

8. Bohomol E, Freitas MAO, Cunha ICKO. Patient safety teaching in undergraduate health programs: reflections on knowledge and practice. *Interface*. 2016;20(58):727-41. doi: 10.1590/1807-57622015.0699
9. Ilha P, Radünz V, Tourinho FSV, Marinho MM. Patient safety from the perspective of nursing students. *Cogitare Enferm*[Internet]. 2016 [cited 2020 May 23];21(n.esp):01-10. Available from: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43620/pdf_1
10. Cauduro GMR, Magnago TSBS, Andolhe R, Lanes TC, Dal Ongaro J. Patient safety in the understanding of health care students. *Rev Gaúch Enferm*. 2017;38(2):e64818. doi:10.1590/1983-1447.2017.02.64818
11. Bim LL, Bim FL, Silva AMB, Sousa AFL, Hermann PRS, Andrade D, Hass VJ. Theoretical-practical acquisition of topics relevant to patient safety: dilemmas in the training of nurses. *Esc Anna Nery*.2017;21(4):e20170127. doi: 10.1590/2177-9465-ean-2017-0127
12. Ginsburg LR, Tregunno D, Norton PG, Smme S, Vries I, Sebok SS, et al. Development and testing of an objective structured clinical exam (OSCE) to assess socio-cultural dimensions of patient safety competency. *BMJ Qual Saf*. 2015;24(3):188-94. doi: 10.1136/bmjqs-2014-003277
13. Madigosky WS, Headrick La, Nelson K, Cox KR, Anderson T. Changing and sustaining medical student's Knowledge skills, and attitudes about patient safety and medical fallibility. *Acad Med*. 2006;81(1):94-101. doi: 10.1097/00001888-200601000-00022
14. Flin R, Patey R, Jackson J, Mearns K, Dissanayaka U. Year 1 medical undergraduates' knowledge of and attitudes to medical error. *Med Educ*. 2009;43(12):1147-55. doi: 10.1111/j.1365-2923.2009.03499.x
15. Ginsburg L, Castel E, Tregunno D, Norton PG. The H-PEPSS: an instrument to measure health professionals' perceptions of patient safety competence at entry into practice. *BMJ Qual Saf*. 2012;21(8):676-84. doi: 10.1136/bmjqs-2011-000601
16. Lee N-J, Jang H, Park S-Y. Patient safety education and baccalaureate nursing students' patient safety competency: a cross-sectional study. *Nurs Health Sci*. 2016;18(2):163-71. doi: 10.1111/nhs.12237
17. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH. *Outcome Measures, Institute for Work & Health* [Internet]. 2007[cited 2020 Apr 01];1-45. Available from: http://www.dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf
18. 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;7(4):323-35. doi: 10.1023/a:102498593053
19. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993;46(12):1417-32. doi: 10.1016/0895-4356(93)90142-n
20. Grant JS, Davis LL. Selection and use of content experts for instrument development. *Res Nurs Health*. 1997;20(3):269-74. doi: 10.1002/(sici)1098-240x(199706)20:3<269::aid-nur9>3.0.co;2-g
21. Mira JJ, Guilabert M, Vitaller J, Ignacio E. Formación em seguridade del paciente em las escuelas de medicina y enfermeira em España. *Rev Calid Asis*. 2016;31(3):141-5. doi:10.1016/j.cali.2015.08.008
22. Epstein J, Santo RM, Guillemin F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *J Clin Epidemiol*. 2015;68(4):435-41. doi: 10.1016/j.jclinepi.2014.11.02
23. Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(3):649-59. doi: 10.5123/s1679-49742017000300022
24. Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016;353:i2139. doi: 10.1136/bmj.i2139
25. Lee JY. Effective communication for patient safety. *J Korean Med Assoc*. 2015;58(2):100-4. doi: 10.5124/jkma.2015.58.2.100
26. Lawson S, Reid J, Morrow M, Gardiner K. Simulation-based Education and Human Factors Training in Postgraduate Medical Education: a Northern Ireland perspective. *Ulster Med J* [Internet]. 2018[cited 2020 Apr 01];87(3):163-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6169420/>
27. Oliveira SF, Cunha AJLA, Trajman A, Teixeira C, Gomes MK, Halfoun V. Perception about the Medical Internship at Federal University of Rio de Janeiro by the Service Preceptors in Primary Health Care: a case study. *Rev Bras Educ Méd*. 2017;41(2):320-6. doi: 10.1590/1981-52712015v41n2rb20160031