

### Adaptação transcultural da versão brasileira do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*: oportunidades de melhoria

Cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the *Hospital Survey on Patient Safety Culture*: opportunities for improvement

Adaptación transcultural de la versión brasileña del *Hospital Survey on Patient Safety Culture*: oportunidades de mejora

Zenewton André da Silva Gama <sup>1</sup>

Almária Mariz Batista <sup>2</sup>

Ivanise Gomes da Silva <sup>3</sup>

Roselma Marinho de Souza <sup>3</sup>

Marise Reis de Freitas <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil.

<sup>2</sup> Departamento de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil

<sup>3</sup> Curso Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil

<sup>4</sup> Departamento de Infectologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil.

#### Correspondência

Z. A. S. Gama

Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Av. Gal. Gustavo Cordeiro de Farias s/n, Natal, RN

59012-570, Brasil.

z gama@ufrnet.br

Senhores editores,

Em fascículo anterior de *Cadernos de Saúde Pública*, Reis et al. <sup>1</sup> apresentaram a etapa inicial, ou pré-teste cognitivo, da adaptação transcultural do instrumento de avaliação da cultura de segurança em hospitais utilizado pela Agency for Healthcare Research and Quality (Estados Unidos) <sup>2</sup>. Trata-se de um questionário extensamente usado em hospitais norte-americanos, traduzido para vários idiomas, sendo, provavelmente, o instrumento de medida da cultura de segurança mais utilizado internacionalmente.

A cultura de segurança em hospitais tem sido considerada um indicador estrutural básico que facilita as iniciativas para reduzir os riscos e eventos adversos neste âmbito <sup>3</sup>, que têm índices alarmantes também em hospitais brasileiros <sup>4</sup>. A importância de medir esse aspecto da psicologia das organizações de saúde é evidenciada no prestigioso documento

de consenso *Safe Practices for Better Health Care: A Consensus Report – 2010 Update* <sup>5</sup>, em que o National Quality Forum (Estados Unidos) recomenda a avaliação sistemática da cultura de segurança, *feedback* aos profissionais de saúde e aplicação de intervenções visando à sua melhoria.

Com a intenção de avaliar a cultura de segurança no contexto nacional, nosso grupo de pesquisa, formado por profissionais de saúde com experiência técnica e em gestão da qualidade e segurança em serviços de saúde, interessou-se pelo trabalho de Reis et al. <sup>1</sup>, tendo em vista sua importante contribuição para o estudo nesta área ao disponibilizar o questionário traduzido e em fase inicial de validação. Nosso grupo teve experiência de validação do mesmo instrumento em um convênio com o Ministério da Saúde da Espanha <sup>6</sup>, avaliação em uma amostra nacional de hospitais <sup>7</sup> e análise de fatores socio-profissionais associados, numa amostra regional de hospitais espanhóis <sup>8</sup>.

Após a análise do questionário em questão <sup>1</sup>, comparando-o com o instrumento original em inglês <sup>2</sup>, as versões espanhola <sup>6</sup> e portuguesa <sup>9</sup>, identificaram-se oportunidades de melhoria que podem influenciar a validade e a confiabilidade da versão brasileira, na fase empírica de avaliação de suas propriedades psicométricas. Entre essas, destacam-se aspectos relacionados à terminologia, ambiguidade e alteração do sentido original. A Tabela 1 apresenta as perguntas e expressões consideradas relevantes para melhorar a adaptação transcultural do instrumento.

Em relação à terminologia, por exemplo, sugere-se o termo “notificação de eventos” em substituição a “relato de eventos”, em consonância com os sistemas de notificação de eventos adversos implantados no Brasil, tanto por iniciativas externas (Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária; <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/index.htm>) como em sistemas específicos implantados nos hospitais. A expressão “relato” não denota que a ocorrência do evento tenha sido registrada, diferentemente do que se pretende para a aprendizagem organizacional, mediante a análise das causas e ações para a diminuição do risco.

Alguns itens dão margem à ambiguidade, o que teria repercussão na confiabilidade do questionário. Por exemplo, na pergunta 5 da Seção A (Tabela 1), não está claro se seria melhor trabalhar mais horas do que o previsto para o cuidado do paciente ou se a assistência ao paciente fica comprometida pelos profissionais trabalharem muitas horas.

Alguns aspectos da tradução podem afetar a validade do questionário por alteração do sentido original pretendido. Na pergunta 11 da Seção A (Tabela 1), utilizada originalmente para avaliar a dimensão “trabalho em equipe no âmbito da unidade”, a tradução apresentada dá a entender que se perguntava sobre a relação entre unidades hospitalares diferentes, quando, na realidade, pretende-se averiguar se as pessoas

Tabela 1

Oportunidades de melhoria na adaptação transcultural do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture*.

Expressões ou perguntas do questionário traduzido *	Categoria	Comentário ou proposta alternativa
Expressão "relato de eventos", que aparece 10 vezes	Terminologia	Propomos a expressão "notificação de eventos"
Expressão "erros, falhas ou enganos", que aparece 6 vezes	Terminologia	Propomos a expressão "erro", em consonância com o original <sup>2</sup> , as versões espanhola <sup>6</sup> e a portuguesa <sup>8</sup>
Expressão "independente do vínculo empregatício", que aparece 9 vezes	Clareza	Propomos suprimir o termo "independente do vínculo empregatício". Está subentendido, inexistente no original e nas versões espanhola e portuguesa, aumenta o tamanho da pergunta e não a torna mais clara
Pergunta 5 (Seção A). Nesta unidade, os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	Ambiguidade	Às vezes, não se proporciona o melhor cuidado para o paciente porque a carga de trabalho é excessiva
Pergunta 9 (Seção A). Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui	Ambiguidade e terminologia	Quando se identifica um erro na atenção ao paciente, adotamos medidas para preveni-lo
Pergunta 11 (Seção A). Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam	Alteração do sentido original	Quando alguém nesta unidade está sobrecarregado, recebe ajuda de seus colegas
Pergunta 3 (Seção B). Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"	Terminologia	Sempre que a demanda aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"
Pergunta 2 (Seção C). Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	Clareza	Os profissionais têm liberdade para se expressar ao observarem algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente
Pergunta 1 (Seção D). Quando ocorre erro, engano ou falha, mas é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?	Clareza e terminologia	Os erros identificados e corrigidos antes de afetar o paciente são notificados com que frequência?
Pergunta 2 (Seção D). Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência é relatado?	Clareza e terminologia	Os erros que não representam risco de dano ao paciente são notificados com que frequência?
Pergunta 3 (Seção D). Quando ocorre erro, engano ou falha que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência é relatado?	Clareza e terminologia	Os erros que poderiam causar dano ao paciente, mas não causaram, são notificados com que frequência?
Pergunta 8 (Seção F). As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade	Alteração do sentido original	As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade

\* Expressões e perguntas transcritas de Reis et al. <sup>1</sup>, segundo a ordem de aparecimento no questionário.

da mesma equipe se prontificam a ajudar os demais no momento de sobrecarga.

Da mesma forma, uma alteração do sentido ocorreu na tradução da pergunta 8 da Seção F (Tabela 1). O item original questiona se a segurança do paciente é "uma prioridade" no hospital e não "a principal prioridade", conforme foi traduzido. O nível de cultura de segurança não depende de deixar em plano secundário outras dimensões importantes da qualidade, tais como a efetividade da assistência, o foco no usuário

(humanização, satisfação, informação etc.), a eficiência, entre outras.

Os comentários e propostas sintetizados na Tabela 1 focam a adaptação transcultural do instrumento, mais do que a própria tradução de termos, com a intenção de evitar problemas reconhecidamente influentes na validade de construto e confiabilidade de questionários.

A validação do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* constitui uma importante contribuição para

o fortalecimento de iniciativas nacionais para a melhoria da segurança do paciente, como o Programa Nacional de Segurança do Paciente, que tem por objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em estabelecimentos de saúde <sup>11</sup>. Esperamos ter contribuído para esse processo, liderado por Reis et al. <sup>1</sup>, passo fundamental para introduzir a cultura de segurança nos hospitais brasileiros.

### Colaboradores

Z. A. S. Gama, A. M. Batista, R. M. Souza, I. G. Silva e M. R. Freitas participaram da análise crítica do questionário traduzido e consenso com os especialistas, redação do manuscrito e aprovação final do texto.

1. Reis CT, Laguardia J, Martins M. Adaptação transcultural da versão brasileira do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*: etapa inicial. *Cad Saúde Pública* 2012; 28:2199-210.
2. Agency for Healthcare Research and Quality. *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/hospurvin dex.htm> (acessado em 30/Abr/2013).
3. Agency for Healthcare Research and Quality. Making health care safer II: an updated critical analysis of the evidence for patient safety practices. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2013.
4. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care* 2009; 21:279-84.
5. The National Quality Forum. Safe practices for better healthcare: a consensus report – 2010 update. Washington DC: The National Quality Forum; 2010.
6. Ministerio de Sanidad y Política Social. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Madrid: Centro de Publicaciones Paseo del Prado; 2009.
7. Saturno PJ, Gama ZAS, Oliveira-Sousa SL, Fonseca YA, Souza-Oliveira AC; Grupo Projeto ISEP. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente em los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Med Clín (Barc.)* 2008; 131:18-25.
8. Gama ZAS, Oliveira ACS, Hernández PJS. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. *Cad Saúde Pública* 2013; 29:283-93.
9. Eiras M, Escoval A. Avaliação da cultura de segurança do doente em hospitais. <http://www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS/Lista/Instrumentos/HSPSC> (acessado em 02/Mai/2013).

10. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União* 2013; 2 abr.

Recebido em 03/Mai/2013  
Aprovado em 08/Mai/2013

### Os autores respondem

The authors reply  
Los autores responden

*Claudia Tartaglia Reis* <sup>1</sup>  
*Josué Laguardia* <sup>2</sup>  
*Mônica Martins* <sup>3</sup>

<sup>1</sup> *Secretaria Municipal de Saúde de Cataguases, Cataguases, Brasil.*

<sup>2</sup> *Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.*

<sup>3</sup> *Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.*

### Correspondência

*C. T. Reis*  
*Secretaria Municipal de Saúde de Cataguases.*  
*Rua José Gustavo Cohen 70, Cataguases, MG 36770-000, Brasil.*  
*clautartaglia@gmail.com*

Atualmente, observa-se no campo da qualidade a priorização da segurança do paciente, aliada a preocupações em fomentar a prestação de cuidados de saúde efetivos, centrados no paciente e a transparência de gastos. Nesse cenário, a cultura ou clima de segurança, como prefere alguns autores, assumiu um importante papel em iniciativas dirigidas para garantir a segurança do paciente, relevante na busca por uma organização de saúde segura e um cuidado seguro <sup>1</sup>. As pesquisas nesse tema auxiliam no diagnóstico da cultura de segurança predominante na organização ou unidade de trabalho que, por sua vez, influencia comportamentos e resultados de segurança para profissionais de saúde e pacientes <sup>2</sup>. Essas pesquisas também ressaltam a complexidade do conceito e as dificuldades metodológicas inerentes

à sua definição operacional e mensuração. A maior parte dos estudos que avaliam cultura de segurança em organizações de saúde utiliza questionários como instrumento de coleta de dados, que diferenciam quanto ao número de itens e de dimensões mensuradas e em relação à variação nas suas propriedades psicométricas – validade e confiabilidade 2,3,4,5. Robb & Seddon 4 mostraram que o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) e o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) foram os instrumentos que satisfizeram os critérios de confiabilidade e validade para mensurar a cultura de segurança no contexto hospitalar. De fato, o HSOPSC tem sido amplamente usado nos Estados Unidos, onde foi criado 6 e fora dele, em países europeus, asiáticos e na Oceania e no Oriente Médio 7,8.

Nesse contexto, as preocupações colocadas por Gama et al. na *Carta ao Editor* com relação à etapa inicial de validação transcultural do HSOPSC para o contexto brasileiro são bastante pertinentes e ilustram a dificuldade, sutileza e grau de subjetividade dessa tarefa. Por outro lado, ajudam a destacar que o desenvolvimento, adaptação e uso de ferramentas de mensuração, tanto na pesquisa como no monitoramento do desempenho das organizações de saúde, devem ser orientados por critérios técnicos cientificamente robustos.

Entretanto, valem alguns esclarecimentos acerca da versão do HSOPSC publicada em fascículo anterior de *Cadernos de Saúde Pública* 8. Essa versão foi submetida a um painel de especialistas nas áreas de gestão hospitalar, qualidade do cuidado, segurança do paciente, acreditação, linguística e experiência em tradução de materiais técnicos, bem como ao processo de adaptação transcultural que buscou preservar o conteúdo expresso no instrumento original e, deste modo, uma comparabilidade com estudos internacionais. No presente momento, a mesma encontra-se em fase de análise empírica de suas propriedades psicométricas, e tanto a tradução como os testes psicométricos foram objeto de discussão por pesquisadores membros examinadores da banca de defesa de tese de doutorado 9. Nessa ocasião, algumas alterações foram sugeridas, em consonância com as propostas por Gama et al.

Em resposta às críticas e sugestões apresentadas, gostaríamos de esclarecer que a opção pelo uso da palavra relato decorreu de um entendimento dos pesquisadores que o vocábulo notificação traria implícita a ideia de sistemas de registro compulsório de eventos, enquanto que relato inclui todas as maneiras possíveis de registro, seja em sistemas formais, com formulários e processos específicos e padronizados, seja em situações mais informais, como a discussão de casos clínicos. Com relação ao termo *mistake*, que significa “erro” na língua portuguesa, por

este ser precedido pelo substantivo *error* na sentença que define “evento” (“*an event is defined as any type of error, mistake, incident, accident or deviation*”), foi traduzido como “engano” e “falha”, sendo este último termo o escolhido para constar na versão síntese para retrotradução. Contudo, posteriormente o painel de especialistas considerou que a palavra *mistake* deveria ser traduzida e padronizada ao longo do questionário como “erro, engano ou falha”, no intuito de abarcar o máximo de situações que se traduzem em eventos de segurança do paciente no contexto hospitalar brasileiro.

A suposição de que a expressão “independente do vínculo empregatício” esteja subentendida não estava clara para os especialistas que avaliaram as traduções. Desse modo, agregou-se essa expressão para lembrar ao respondente que, ao elaborar a resposta às questões, este deveria incluir todos os funcionários, não importando se eram servidores públicos, terceirizados ou com qualquer outro tipo de contrato. Entretanto, concordamos que a referida expressão seja suprimida, pois aumenta o tamanho das perguntas sem agregar-lhes maior clareza.

Quanto à indicação de ambiguidade nas perguntas 5 (Seção A), 9 (Seção A) e 1 (Seção D), entendemos que a proposta dos autores melhora a clareza das questões. No entanto, o termo “às vezes” na pergunta 5 (Seção A) parece introduzir um elemento não presente no instrumento original. No tocante à alteração do sentido original da pergunta 11 (Seção A), é importante destacar que a tradução da palavra *others* poderia referir-se tanto aos outros funcionários quanto às outras unidades, por isto optamos por esta última. Entretanto, a mudança proposta com a referência explícita aos colegas pode evitar a ambiguidade decorrente da nossa tradução da pergunta. Para nós, a sugestão dos autores para a tradução da pergunta 8 (seção F) muda o objetivo da questão, que é revelar a posição (*top*) que a segurança ocupa dentre as prioridades da direção do hospital.

As sugestões para mudanças nas perguntas 1, 2 e 3 da seção D são relevantes e serão avaliadas de maneira metódica em um teste do questionário da versão brasileira do HSOPSC, que será realizado oportunamente com um painel de especialistas, tendo como subsídios para discussão as questões propostas pelos pesquisadores integrantes da banca de defesa de doutorado citada, as sugestões pontuadas por Gama et al. e os resultados empíricos da validação psicométrica do instrumento adaptado. Esperamos com isso contribuir ao disponibilizar um instrumento para a mensuração da cultura de segurança do paciente, amplamente estudada em outros países, mas que constitui uma prática emergente em nossa cultura e abarca dimensões múltiplas relacionadas à cultura organizacional no âmbito hospitalar.

## Colaboradores

Os autores participaram igualmente da produção do texto.

1. Shekelle PG, Pronovost P, Wachter RM, McDonald KM, Schoelles K, Dy SM, et al. The top patient safety strategies that can be encouraged for adoption now. *Ann Intern Med* 2013; 158(5 Part 2):365-8.
2. Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM. Measuring safety climate in health care. *Qual Saf Health Care* 2006; 15:109-15.
3. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care* 2005; 14:364-6.
4. Robb G, Seddon M. Measuring the safety culture in a hospital setting: a concept whose time has come? *N Z Med J* 2010; 123:66-76.
5. Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf* 2011; 20:338-43.
6. Sorra J, Nieva V, Famolaro T, Dyer N, Nelson D, Khanna K. Hospital Survey on Patient Safety Culture 2008. Comparative database report. Rockville: Agency for Healthcare Research & Quality; 2008. (AHRQ Publication, 08-0039).
7. European Society for Quality in Healthcare. Use of patient safety culture. Instruments and recommendations. Aarhus: European Union Network for Patient Safety; 2010.
8. Reis CT, Laguardia J, Martins M. Adaptação transcultural da versão brasileira do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*: etapa inicial. *Cad Saúde Pública* 2012; 28:2199-210.
9. Reis CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2013.

---

Recebido em 17/Mai/2013

Aprovado em 18/Mai/2013