

## Validação do modelo americano de avaliação da qualidade e melhoria do desempenho ao transplante brasileiro\*

Letícia de Fatima Lazarini<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-1377-8690>

Linda Ohler<sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-2360-7078>

Janine Schirmer<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-0783-2961>

Bartira de Aguiar Roza<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-6445-6846>

Objetivo: validar o instrumento de avaliação da qualidade e melhoria do desempenho dos programas de transplantes dos Estados Unidos à realidade brasileira. Método: estudo metodológico desenvolvido para a validação semântica e adaptação cultural do instrumento *Quality assessment and Performance Improvement* nas seguintes etapas: 1) tradução; 2) síntese; 3) retrotradução; 4) revisão por comitê de especialistas; 5) pré-teste e 6) validação de conteúdo. Para avaliar as concordâncias entre os cinco juízes, utilizou-se o coeficiente Kappa e para validação de conteúdo, o índice de validação de conteúdo. Resultado: o coeficiente Kappa mostrou a concordância dos juízes para as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual. Valores de índice de validação de conteúdo para relevância e sequência de itens de, pelo menos, 0,80 para todos os blocos. Conclusão: o instrumento de Avaliação da Qualidade e Melhoria do Desempenho dos Programas de Transplantes mostrou-se válido e confiável. Este instrumento irá contribuir para o desenvolvimento de programas de garantia de qualidade para equipes de transplante no Brasil.

Descritores: Transplante; Gestão em Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde; Estudos de Validação; Pesquisa em Enfermagem.

\* Artigo extraído da dissertação de mestrado "Adaptação do modelo de Avaliação da Qualidade e Melhoria do Desempenho Americano à Realidade Brasileira", apresentada à Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>1</sup> Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup> New York University, Langone Transplant Institute, New York, NY, Estados Unidos da América.

### Como citar este artigo

Lazarini LF, Ohler L, Schirmer J, Roza BA. Validation of the American Quality Assessment Model and Performance Improvement to the Brazilian transplant. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3252. [Access: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_]; Available in: \_\_\_\_\_. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3249.3252>.

mês dia ano

URL

## Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS), nos últimos anos, desenvolveu e estimulou o desenvolvimento de programas de qualidade nas instituições de saúde com o princípio de que cada pessoa tem o direito a receber o melhor atendimento possível, de forma igualitária<sup>(1-2)</sup>. Assim, a OMS tem assumido posição de liderança na facilitação e na ampliação de diferentes abordagens da qualidade no âmbito do sistema de saúde. Adicionalmente, na maioria dos países, a qualidade é considerada um componente estratégico, independentemente do nível de desenvolvimento econômico ou do tipo de sistema de saúde<sup>(1-2)</sup>. Logo, é preciso superar a concepção que considera o discurso da qualidade como prerrogativa dos países ricos e com um sistema de saúde avançado. Dessa forma, a qualidade na atenção à saúde compõe hoje agenda nacional e internacional e está presente nos debates sobre a reforma dos sistemas de saúde.

Apesar de tal fato, o Brasil não possui um programa ou política de qualidade para o processo de doação e transplante de órgãos e tecidos que possa determinar as causas das perdas por subnotificação, manutenção e recusa familiar, como resultado do processo assistencial, e ainda indicadores de resultado do pré e pós-transplante, para além da sobrevivência do paciente<sup>(3)</sup>. Mesmo assim, em 2017, o Brasil realizou 5.929 transplantes renais e 2.109 transplantes hepáticos<sup>(4)</sup>, enquanto os Estados Unidos realizaram 19.849 transplantes renais e 8.082 transplantes hepáticos no mesmo período, segundo o *United Network for Organ Sharing* (UNOS).

Um estudo publicado em 2015 sobre a validação de instrumentos do Modelo de Gestão de Qualidade da Organização Nacional de Transplantes (ONT)<sup>(5)</sup> catalisou a implementação do modelo de qualidade no Estado de São Paulo como política de gestão. Tal modelo visa a evitar a perda de doadores nos hospitais do Estado por meio do preenchimento de relatório eletrônico. Assim, há rastreamento das equipes de doação de órgãos com possibilidade de melhoria. Em 2017, o Estado de Santa Catarina alcançou o maior índice de doação efetiva do país, com 40,8 partes por milhão de população (pmp), seguido pelo Estado do Paraná, com 38,0 pmp<sup>(4)</sup>. Apesar dos avanços nacionais na doação e transplantes de órgãos, investimentos em pesquisa e auditoria do sistema de transplantes fazem-se necessários para a melhoria da qualidade nos processos envolvidos na doação e transplante de órgãos, aumento da qualidade de vida do paciente, redução de custos e aumento da segurança do paciente<sup>(6-7)</sup>.

O transplante de órgãos e tecidos, financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que não possui restrição de teto orçamentário, também não é

submetido à avaliação regular e, quando avaliado, são utilizados indicadores de qualidade baseados apenas na sobrevida do paciente e enxerto, deixando-se de lado avaliações importantes, como o custo-benefício. O Decreto nº 9.175 da Casa Civil, de outubro de 2017, por exemplo, regulamenta, em seu artigo 8º, que as Centrais Estaduais de Transplante (CET) devem “definir, em conjunto com o órgão central do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), parâmetros e indicadores de qualidade para avaliação dos serviços transplantadores, laboratórios de histocompatibilidade, bancos de tecidos e organismos integrantes da rede de procura e doação de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano”.

Portanto, para a melhoria das políticas de transplante brasileiras, o Ministério da Saúde e os profissionais envolvidos nos processos de doação e transplantes devem repensar os indicadores de qualidade utilizados pelas equipes de transplante visando a indicadores que demonstrem a condição dos pacientes e o uso de processos assistenciais seguros, permitindo avaliações integrais futuras de custo-benefício, responsabilidade ética no processo e como forma de transparência do investimento público e social que este representa. Colaborações internacionais são benéficas para tal objetivo, pois contam com modelos de cuidado e avaliação que já foram utilizados em determinada população. A adaptação de tais modelos é uma prática comum que visa a utilizar a evidência científica gerada para a realidade brasileira, evitando a duplicação de estudos desnecessários e reduzindo os custos de pesquisa. Um modelo que poderia ser útil para a realidade brasileira é o instrumento de avaliação da qualidade e melhoria do desempenho dos programas de transplantes usado nos Estados Unidos da América (o modelo americano de avaliação e melhoria de qualidade<sup>(8)</sup>). Adaptá-lo à realidade brasileira contribuiria com a melhoria de desempenho do sistema brasileiro de transplantes. O instrumento *Quality Assessment and Performance Improvement - QAPI* é utilizado para determinar a conformidade dos programas de transplante com a legislação vigente e os regulamentos técnicos da área de transplante. Tal instrumento foi desenvolvido para verificar se as equipes de transplante compreendem a legislação e os regulamentos técnicos para alinhar as expectativas em relação aos órgãos nacionais às equipes de transplante e para fornecer ferramentas de avaliação da qualidade aos pesquisadores<sup>(8)</sup>.

A seleção de dados para a análise de resultados e o processo de cada equipe para a avaliação da qualidade e melhoria do desempenho são visíveis no instrumento QAPI. Cada equipe pode utilizar o método mais eficaz e mais adaptado para si, pois não há obrigatoriedade do uso de ferramentas específicas para cada item analisado, uma vez que o foco é o resultado<sup>(8)</sup>. Assim, este estudo

tem por objetivo validar o instrumento de avaliação da qualidade e melhoria do desempenho dos programas de transplantes dos Estados Unidos à realidade brasileira.

## Método

Trata-se de um estudo metodológico para a validade semântica e a adaptação cultural de um instrumento de medida por meio do processo de tradução, adaptação e validação de conteúdo do questionário. O instrumento utilizado para tradução foi o *Quality Assessment and Performance Improvement (QAPI)*<sup>(8)</sup>. Tal instrumento possui 64 questões abertas acerca dos indicadores utilizados pelas equipes transplantadoras divididas nas seguintes partes: Identificação da equipe; 1 - Políticas e procedimentos dos programas; 2 - Avaliação e monitoramento do programa; 3 - Revisão de indicadores; 4 - Ações/Atividades de melhoria de desempenho e resolução de não conformidades, reclamações e efeitos colaterais; 5 - Políticas/Procedimentos e análise de eventos adversos do programa de transplante e final e 6 - Tomada de decisão da Avaliação da Qualidade e Melhoria do Desempenho.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo sob o parecer 1571621 CEP 0570/2016. Em consulta ao *Center for Clinical Standards and Quality Survey & Certification Group*, a autorização formal para o uso do instrumento foi dispensada por se tratar de instrumento de domínio público.

Para a validação desse instrumento, foi utilizada a proposta de Beaton et al., que prevê as seguintes etapas metodológicas<sup>(9)</sup>: tradução; síntese; retrotradução; revisão por comitê de especialistas; pré-teste e validação de conteúdo.

A tradução foi realizada a partir do instrumento original por dois profissionais com domínio do idioma português brasileiro, sendo um profissional em tradução e um profissional de saúde<sup>(9)</sup>. A partir das duas versões, foi gerada a síntese pelo pesquisador e juízes.

Após a síntese, foi realizada a versão do instrumento da língua portuguesa para a língua de origem por dois tradutores, sendo um profissional de saúde americano e um nativo da língua inglesa e, assim, a nova versão em inglês foi equiparada à versão original (retrotradução)<sup>(9)</sup>. Após o instrumento ter passado pela tradução, síntese e retrotradução, foi enviado por correio eletrônico e avaliado por um comitê de especialistas composto por cinco enfermeiros, referências nacionais na área de transplante e na área de avaliação de qualidade em saúde, para a realização da validação de conteúdo. Para serem considerados referências nacionais na área de transplante, foram selecionados profissionais com mais

de dois anos de experiência na gestão do transplante de órgãos, com experiência na área acadêmica e em validação de instrumentos de pesquisa e domínio do idioma inglês americano.

Uma primeira avaliação foi realizada pelos especialistas acerca do conteúdo do questionário de modo descritivo e a partir das considerações dos mesmos. Em um segundo momento, foi realizada a validação de conteúdo por meio uma escala *Likert*,<sup>(10)</sup> com gradação de "um" a "cinco", entre discordo totalmente a concordo totalmente, respectivamente. Avaliaram-se os itens: relevância quanto ao objetivo proposto; clareza na redação dos itens; precisão, ou seja, exatidão de cada questão; objetividade quanto à assertividade de cada item. A sequência de itens em que cada questão aparece no questionário também foi avaliada, além dos critérios de equivalência semântica, isto é, o significado das palavras e a equivalência idiomática no uso de expressões idiomáticas/coloquiais, equivalência cultural quanto a expressões utilizadas de forma coloquial próprias da cultura do lugar e, finalmente, a equivalência conceitual, ou seja, quanto ao conceito exigido no questionário<sup>(11-12)</sup>.

Para se realizar a validação de conteúdo, empregou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que avalia a proporção de concordância de juízes<sup>(12)</sup> sobre cada item e sobre cada parte do instrumento. O IVC de cada parte do instrumento (constituído, no mínimo, de dois itens e máximo de 26 itens) foi obtido via média dos valores de IVC de cada item. Analogamente, o IVC total corresponde à média dos IVCs de cada parte das equivalências representadas no instrumento. Para esta pesquisa, considerou-se como sendo relevantes as respostas acima de "quatro", com variabilidade de "um" a "cinco" e itens acima de 0,8<sup>(12)</sup>.

Após as avaliações do instrumento feitas pelos cinco juízes, foi gerada a versão final para o teste-piloto, adotando cada consideração feita, e realizada a análise estatística dos dados por meio do cálculo do coeficiente Kappa<sup>(13)</sup> para múltiplos juízes.

O questionário foi submetido a um teste-piloto<sup>(11)</sup> com dez profissionais de saúde especialistas e referências na área de transplante de diferentes Estados do Brasil (Brasília, Curitiba, Belém, Campo Grande, Botucatu, Sorocaba e São Paulo). Esse número de participantes é devido à complexidade da área e à dificuldade logística, considerando que o teste-piloto foi aplicado a pessoas com experiência comprovada na área e atuação decisiva na doação e transplantes no país. A escolha dos profissionais baseou-se, além da experiência de trabalho em transplante nas diferentes regiões brasileiras, no número de transplantes realizados pelas instituições nas quais os profissionais trabalhavam.

Os dez profissionais selecionados responderam ao instrumento QAPI e, ao final do teste-piloto, tendo como base todas as considerações feitas pelos especialistas, obteve-se a versão final do Instrumento de Avaliação da Qualidade e Melhoria do Desempenho dos Programas de Transplante para o Brasil.

## Resultados

Na fase de tradução e síntese do questionário, não foram feitas grandes mudanças, pois se respeitou o *layout* original do questionário. Na fase de síntese, privilegiou-se a opção que se encaixava culturalmente aos padrões brasileiros das equipes de transplante, que apresentava uma linguagem mais clara e adaptada às equipes de transplante brasileiras.

O perfil dos juizes selecionados para esta pesquisa teve a média de idade de 35 anos, com tempo aproximado de experiência no processo de transplantes de cinco anos, sendo que 20% dos juizes trabalhavam diretamente no processo de transplantes e 40% atuavam também no ensino e pesquisa. Desses profissionais, 60% possuíam mestrado ou doutorado e 40% já haviam participado de trabalhos de validação de questionários/instrumento/escalas.

Durante a avaliação dos juizes, o uso da palavra "apenas" na identificação dos tipos de transplante realizados pelas equipes transplantadoras gerou dúvida e, por unanimidade, optou-se por retirar essa palavra, sem prejuízo de sentido na questão. A comissão de juizes também retirou "coração/pulmão" por ser a única opção de transplante duplo no questionário, e tais opções já apareciam individualmente em outros itens. Houve a substituição da palavra "advogado" por "apoiador", termo já utilizado no Brasil pelas equipes transplantadoras.

A adaptação do instrumento QAPI apresentou 0,97 de equivalência semântica e idiomática e 0,99 de equivalência cultural e conceitual correspondentes à Identificação; Políticas e procedimentos dos programas;

Avaliação e monitoramento do programa; Revisão de indicadores; Ações/Atividades de melhoria de desempenho e resolução de não conformidades, reclamações e efeitos colaterais; Políticas/ Procedimentos e análise de eventos adversos do programa de transplante e final.

Nenhum item relacionado à equivalência ficou abaixo de 80%, entretanto, foram respeitadas as considerações feitas pelos juizes na adequação do questionário. Embora o IVC atingisse acima de 80% para as equivalências, as considerações dos juizes foram sobre o *layout* dos quadros e espaços para responder aos apontamentos.

Para os blocos nos quais foi possível realizar o cálculo do Coeficiente de Kappa, as concordâncias mostraram que não houve variação na nota dos juizes, conforme a tabela 1. Entretanto, as concordâncias observadas entre os juizes sobre as adequações da equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual dos blocos de Identificação, Políticas e procedimentos dos programas, Avaliação e monitoramento do programa e final, bem como as adequações cultural e conceitual das partes Políticas e procedimentos dos programas, Avaliação e monitoramento do programa e Revisão de indicadores foram de 100,0%.

Para os itens considerados equivalentes, segundo o IVC, com equivalência significativa igual ou acima de 0,8 de aprovação, não foi necessária nenhuma mudança, porém, para os itens abaixo de 0,8 de aprovação, foi necessária mudança, segundo as considerações feitas pelos juizes. Assim, os quadros dos indicadores de processo de transplante, resultados de transplantes, processo de doador vivo e resultado de doador vivo, ações e atividades do programa de transplante e resolução de não conformidade foram modificados, adicionando-se mais espaço para responder e os termos nome do coordenador médico e enfermeiro do Programa de Transplantes da Instituição, apoiador do doador vivo e notificação à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Tabela 1 – Coeficiente Kappa para múltiplos juizes segundo a equivalência. São Paulo, SP, Brasil, 2017.

Item	Equivalência				Itens
	Semântica	Idiomática	Cultural	Conceitual	
Identificação	_*	_*	_*	_*	6
Políticas e procedimentos	_*	_*	_*	_*	14
Avaliação e monitoramento	_*	_*	_*	_*	2
Revisão de indicadores	-0,091	-0,091	_*	_*	12
Ações/Atividades de melhoria de desempenho	-0,25	-0,25	-0,25	-0,25	2
Políticas/ Procedimentos e análise de eventos adversos	-0,008	-0,008	-0,008	-0,008	26
Final	_*	_*	_*	_*	2
Total	-0,026	-0,026	-0,01	-0,01	64

\*Não foi possível calcular o coeficiente de Kappa - todos apontaram como sendo um item importante

Os valores de IVC para relevância, precisão, clareza, objetividade e sequência de itens foram de 0,97, 0,85, 0,82, 0,86, 0,93, respectivamente, para todos os blocos. O IVC total foi de 0,89 para todos os itens, demonstrando um índice de validade de itens do questionário de, pelo menos, 0,80 em cada bloco.

Uma concordância moderada ( $k=0,422$ ;  $p<0,001$ ) para a objetividade da parte um é observada na tabela 2, bem como a objetividade nas partes dois e cinco e boa

sequência de tópicos para a identificação, parte dois e parte cinco.

Quanto às considerações dos dez profissionais que preencheram o instrumento *Quality assessment and Performance Improvement (QAPI)*, foi mencionado o tamanho do questionário, pois 30% o classificaram como muito extenso para ser preenchido mensalmente e, como justificativa, atribuíram o grande número de atribuições que o enfermeiro coordenador de cada equipe precisa desenvolver.

Tabela 2 – Coeficiente Kappa para múltiplos juízes segundo a relevância, precisão, clareza, objetividade e sequência de itens por bloco. São Paulo, SP, Brasil, 2017.

Item	Relevância	Precisão	Clareza	Objetividade	Sequência de Itens	Itens
Identificação	-*	-0,01	-0,108	-0,08	-*	6
Políticas e procedimentos	-0,015	0,109	0,242 <sup>†</sup>	0,422 <sup>‡</sup>	0,358 <sup>‡</sup>	14
Avaliação e monitoramento	-0,25	0,063	0,063	-*	-*	2
Revisão de indicadores	-*	0,008	0,025	-0,071	-0,154	12
Ações/ Atividades de melhoria de desempenho	-0,25	-0,2	-0,2	-0,042	-0,25	2
Políticas/ Procedimentos e análise de eventos adversos	-*	-*	-*	-*	-*	26
Final	-0,25	-0,25	-0,25	-0,25	-0,25	2
Total	-0,011	0,165	0,210 <sup>‡</sup>	0,249 <sup>‡</sup>	0,146 <sup>†</sup>	64

\*Não foi possível calcular o coeficiente de Kappa - todos apontaram como sendo um item importante. <sup>†</sup>valor de  $p<0,010$ . <sup>‡</sup>valor de  $p<0,001$

Ainda se observou que 20% dos profissionais classificaram o instrumento como difícil de ser respondido no teste-piloto, porém, o objetivo do instrumento é fornecer indicadores para os programas de transplante realizarem a gestão da qualidade para a melhoria dos processos de transplante. Percebeu-se, também, nessa fase, a dificuldade das equipes em agrupar os dados de que dispunham. Algumas equipes estavam em fase de implantação de indicadores e outras não os tinham. Os profissionais do município de São Paulo e interior apresentaram maior facilidade em responder ao instrumento sem dúvidas. Entretanto, 20% dos profissionais não responderam às questões relacionadas a eventos adversos, pois o programa não dispunha dos dados.

## Discussão

A gestão da qualidade é discutida na área da saúde atualmente como peça chave para resultados no transplante e começa a integrar as pesquisas e a agregar valor para o cuidado dos pacientes. Espera-se promover cuidado de qualidade na rotina dos centros transplantadores com práticas definidas pelo modelo de gestão da qualidade<sup>(14-15)</sup>. Exemplos americanos são tidos como eficazes e favorecem a gestão para as equipes de transplantes<sup>(16)</sup>.

Este estudo contou com profissionais qualificados para colaborar com a validação do instrumento QAPI,

sendo que 80% dos profissionais opinaram que o instrumento é de grande relevância para o transplante no Brasil. Assim como outros estudos de validação de instrumentos internacionais<sup>(17-18)</sup>, este estudo teve que adaptar a linguagem do instrumento para a realidade brasileira em doação e transplantes. Nos Estados Unidos da América, é comum que os pacientes tenham "advogados" que dão suporte ao paciente doador vivo em sua trajetória de doação<sup>(19)</sup>. No Brasil, apesar de não existir essa nomenclatura, os doadores vivos contam com apoiadores das redes de saúde, tais como assistentes sociais e psicólogos, durante sua tomada de decisão para a doação. Então, os juízes sugeriram a alteração do termo de "advogado" para "apoiador". Apesar de tais modificações terem sido necessárias, o questionário, de um modo geral, apresentou alta concordância, quando comparado a outros estudos similares<sup>(18,20)</sup> nas adequações de equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual dos blocos de identificação, Políticas e procedimentos dos programas, Avaliação e monitoramento do programa e final, bem como as adequações cultural e conceitual.

Observou-se, no pré-teste do estudo, uma discrepância entre o Estado de São Paulo e os demais Estados sobre a criação de indicadores e notificação de eventos adversos, o que caracteriza um ponto crítico para a educação e qualificação das equipes de transplante. Estudos neste sentido tendem a nortear o

profissional enfermeiro a notificar e a organizar ações de prevenção a eventos adversos<sup>(21-22)</sup>.

Os indicadores têm a finalidade de medir aspectos qualitativos e/ou quantitativos relacionados ao meio ambiente, à estrutura, aos processos e aos resultados. O indicador, por si só, não representa medida direta de qualidade, mas indica atenção para assuntos específicos de resultados dentro de uma organização de saúde<sup>(23)</sup>. A gestão do processo de doação e transplante de órgãos no país é definida pelas Portarias nº 1.262, que aprovou o regulamento técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOOT), e a Portaria nº 2.600, de 2009, que aprovou o regulamento técnico do SNT. Entretanto, a não exigência da apresentação de resultados, por meio de indicadores, pelas equipes transplantadoras no Brasil, pelos gestores públicos, para emitir e manter seus cadastros, pode explicar a baixa adesão a programas de qualidade nesta área da saúde.

A recente publicação do Decreto nº 9.175, de 18 de outubro de 2017, poderá mudar a história da doação e transplante no país, pela exigência de um processo de gestão da qualidade, que precisará ser incorporado pelos centros transplantadores, no qual instrumentos de avaliação de qualidade serão necessários para compilar informações dos processos assistenciais com a obrigatoriedade de transparência à sociedade que os financia.

Este estudo deixa como contribuição, ao avanço do conhecimento científico, um instrumento validado que visa a facilitar, aos profissionais de saúde, a gestão dos dados de suas equipes transplantadoras, de modo uniforme e eficaz, beneficiando pacientes e profissionais de saúde. Ainda possibilitará dar visibilidade à sociedade com a divulgação de resultados de um processo assistencial garantido pelo SUS.

Como limitação do estudo, o instrumento apresenta questões abertas sem escore, o que dificultou a análise estatística. Outra dificuldade encontrada, em função da organização das equipes transplantadoras, foi a de que nem todas as regiões do país participaram do estudo na fase do estudo piloto por não usarem de indicadores de avaliação de qualidade no período do estudo.

## Conclusão

Este estudo concluiu a validação para a língua portuguesa do instrumento *Quality assessment and Performance Improvement* (QAPI) com sucesso. O instrumento mostrou-se eficaz ao propósito de compilar os dados dos programas de transplante à realidade brasileira. Futuros esforços para a aplicação de tal

instrumento na realidade brasileira terão o potencial efeito regulatório do transplante na qualidade dos cuidados, incluindo o trabalho nas áreas de ajuste de risco, relatórios de resultados, acesso a cuidados e economia de saúde.

## Referências

1. Barriquello CA, Correio JMS. Contemporary settings for the guarantee of access to fundamental health rights: preventive and promotional dimensions. *Cad Ibero-Am Dir Sanit*. 2018;(1):83-95. doi: 10.17566/ciads.v7i1.431.
2. Leatherman S, Tawfik L, Jaff D, Jaworski G, Neilson M, Syed SB, Letaief M. Quality health care in extreme adversity—an action framework. *Int J Qual Health Care*. 2019. doi:10.1093/intqhc/mzz066
3. Siqueira MM, Araujo CA, Roza BA, Schirmer J. Indicadores de eficiência no processo de doação e transplante de órgãos: revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Publica*. [Internet]. 2016 Ago [cited Jan 21, 2019];40(2):90-7. Available from: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rpsp/v40n2/1020-4989-RPSP-40-02-090.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v40n2/1020-4989-RPSP-40-02-090.pdf)
4. Registro Brasileiro de Transplantes Ano XX- nº4. [Internet]. Jan-dez 2016. [Acesso 21 jan 2019]. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2017/rbt-imprensa-leitura-compressed.pdf>
5. Knih NS, Roza BA, Schirmer J, Ferraz AS. Application of Spanish quality instruments about organ donation and transplants validated in pilot hospitals in Santa Catarina. *J Bras Nefrol*. 2015 Apr 23; 37(3): 323-32. doi: 10.5935/0101-2800.20150052
6. Ohler L. Quality assessment for organ transplantation. [editorial]. *Acta Paul Enferm*. 2017 Abr;30(2). doi: 10.1590/1982-0194201700018
7. Stavropoulou C, Doherty C, Tosey P. How Effective Are Incident-Reporting Systems for Improving Patient Safety? A Systematic Literature Review. *Milbank Q*. 2015 Dec 2; 93(4):826-66. doi: 10.1111/1468-0009.12166
8. Centers for medicare and medicaid services. QAPI description and background. [Internet]. [cited Jan 21 2019]. Available from: <https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/QAPI/qapidefinition.html>
9. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2001 Jan; 25(24):3186-91. doi:10.1097/00007632-200012150-00014
10. Almeida MA, Silva MB, Panato BP, Siqueira APO, Silva MP, Engelman B, et al. Clinical indicators to monitor patients with risk for ineffective cerebral tissue perfusion. *Invest Educ Enferm*. 2015; 33(1): 155-63. doi: 10.17533/udea.iee.v33n1a18.

11. Guillemin F, Bombardier C, Beaton. Cross-cultural Adaptation of health-related quality of life measures literature review a proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993 Dez; 46(12):1417-32. doi: 10.1016/0895-4356(93)90142-n
12. Polit DF, Beck CT. The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health*. 2006 Set 14; 29(5): 489-97. doi: 10.1002/nur.20147
13. Fonseca R, Silva P, Silva R. Acordo inter-juízes: O caso do coeficiente kappa. *Lab Psicol*. 2007 Jan; 75(1):81-90. doi: 10.14417/lp.759
14. Zeidan JH, Levi DM, Pierce R, Russo MW. Strategies that reduce 90-day readmissions and inpatient costs after liver transplantation. *Liver Transplant*. 2018. doi:10.1002/lt.25186
15. Getz KD, He C, Li Y, Huang YV, Burstein DS, Rossano J, et al. Successful merging of data from the United Network for Organ Sharing and the Pediatric Health Information Systems databases *Pediatr Transplant*. 2018 Aug ; 22(5): e13168. doi:10.1111/petr.13168.
16. Schold JD, Buccini LD, Phelan MP, Jay CL, Goldfarb DA, et al. Building an Ideal Quality Metric for ESRD Health Care Delivery. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2017. doi: <https://doi.org/10.2215/CJN.01020117>
17. Borges TAP, Vannuchi MTO, Grosseman S, González AD. Brazilian cross-cultural adaptation of the DocCom online module: communication for teamwork. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2924. doi: 10.1590/1518-8345.1554.2924
18. Almeida ML, Peres AM, Ferreira MMF, Mantovani MF. Translation and adaptation of the Competencias Esenciales en Salud Pública para los recursos humanos en salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017 Jun 5; 25:e2896. doi: 10.1590/1518-8345.1684.2896
19. Rudow DL, Swartz K, Phillips C, Hollenberger J, Smith T, Steel JL. The Psychosocial and Independent Living Donor Advocate Evaluation and Post-Surgery Care of Living Donors. *J Clin Psychol Med Settings*. 2015 September; 22(0): 136-49. doi:10.1007/s10880-015-9426-7
20. Martinez MC, Iwamoto VE, Latorre MRDO, Noronha AM, Oliveira APS, Cardoso CEA, et al. Transcultural adaptation of the Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016 Ago 29; 24:e2783. doi: 10.1590/1518-8345.1158.2783
21. Maia CS, Freitas DRC, Gallo LG, Araujo WN. Registry of adverse events related to health care that results in deaths in Brazil, 2014-2016. *Epidemiol Serv Saude*. 2018;27(2):e2017320. doi: 10.5123/S1679-49742018000200004
22. Meneguetti MG, Garbin LM, Oliveira MP. Errors in the medication process: proposal of an educational strategy based on notified errors. *Rev Enferm UFPE on line.*; 2017; 11(supl.5): 2046-55. doi: 10.5205/reuol.9302-81402-1-RV.1105sup201709.
23. Ferraz AS, Santos LGM, Roza BA, Schirmer J, Knihns NS, Erbs JL. Integrative review: indicators of result process of organ donation and transplants. *J Bras Nefrol* 2013;25; 35(3):220-8. doi: 10.5935/0101-2800.20130035

Recebido: 19.09.2018

Aceito: 01.11.2019

Autor correspondente:

Letícia de Fatima Lazarini

E-mail: [leftazarini@gmail.com](mailto:leftazarini@gmail.com) <https://orcid.org/0000-0003-1377-8690>**Copyright © 2020 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.