

Tradução e adaptação cultural do *Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006* para Portugal

Dora Maria Ricardo Fonseca Saraiva^a Anabela Antunes de Almeida^b

^aEscola de Saúde, Instituto Politécnico da Guarda, Guarda, Portugal; ^bNúcleo de Estudos em Ciências Empresariais da Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal

Palavras chave

Segurança do doente · Clima de segurança · Tradução · Adaptação cultural · *Safety Attitudes Questionnaire*

Resumo

Introdução: A segurança do doente é um parâmetro integrante da qualidade dos cuidados e uma prioridade dos sistemas de saúde. O *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) – *Short Form 2006* é o instrumento mais utilizado e rigorosamente validado para medir o clima de segurança do doente entre os prestadores de cuidados de saúde. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi traduzir e adaptar culturalmente este instrumento para Portugal originando a versão SAQ – *Short Form 2006* PT. **Material e métodos:** Para o processo de tradução e adaptação cultural realizou-se um estudo metodológico baseado nas recomendações de Beaton e colaboradores [Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of Health Status Measures, 2002] com as etapas: tradução,

síntese, retrotradução, avaliação por uma comissão de especialistas, pré-teste e submissão dos relatórios aos autores do instrumento. **Resultados:** O SAQ – *Short Form 2006* foi traduzido linguisticamente e adaptado culturalmente ao novo contexto mantendo a congruência com a versão original. A validade de conteúdo foi garantida através de uma comissão de especialistas, que assegurou a equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual entre o instrumento original e a versão portuguesa. **Conclusão:** O SAQ – *Short Form 2006* foi traduzido e adaptado para Portugal com sucesso, permitindo a sua aplicação em contexto cultural português.

© 2018 The Author(s). Published by S. Karger AG, Basel on behalf of NOVA National School of Public Health

Translation and Cultural Adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 for Portugal

Keywords

Patient safety · Safety climate · Translation · Cultural adaptation · *Safety Attitudes Questionnaire*

Os resultados deste estudo encontram-se publicados no âmbito de uma Dissertação de Mestrado no Repositório Digital da Universidade da Beira Interior (<http://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/3429>).

Abstract

Background: Patient safety is both a parameter embedded within the quality of care and a priority of health systems. The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) – Short Form 2006 is the most widely and rigorously validated instrument used to measure the patient’s safety environment among health care providers. The goal of this study was to translate and culturally adapt this instrument within the Portuguese context, thus creating the version SAQ – Short Form 2006 PT. **Materials and Methods:** For the translation and cultural adaptation process, a methodological study was carried out based on the recommendations of Beaton et al. [Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of Health Status Measures, 2002], with the following steps: translation, synthesis, back translation, assessment by a committee of experts, pre-test, and submission of reports to the instrument’s authors. **Results:** SAQ – Short Form 2006 was translated linguistically and culturally adapted to the new environment while maintaining consistency with the original version. The validity of its content was ensured by a committee of experts which ensured the semantic, idiomatic, experimental, and conceptual equivalence between the original instrument and the created version. **Conclusion:** The SAQ – Short Form 2006 was successfully translated and adapted to Portugal allowing its application in the Portuguese cultural context.

© 2018 The Author(s). Published by S. Karger AG, Basel on behalf of NOVA National School of Public Health

Introdução

Os sucessivos avanços científicos e tecnológicos na área da Saúde, a progressiva evolução nos procedimentos e complexidade dos equipamentos de diagnóstico e tratamento, assim como, o desenvolvimento farmacológico, estão associados a uma maior e melhor oferta de cuidados assistenciais. Porém, a crescente utilização destes recursos, assim como, a sua interação com diversos fatores pessoais, profissionais, organizacionais e clínicos introduz nas organizações de saúde fatores acrescidos de risco [1–3], com efeitos potencialmente prejudiciais para a segurança do doente [4].

A tomada de consciência da insuficiente segurança dos doentes e dos inevitáveis custos associados, assim como, a crescente limitação dos recursos, têm exigido das políticas de saúde e das instituições uma redefinição de estratégias eficazes, competitivas e inovadoras, de forma a promover a segurança na prestação de cuidados de saúde [5].

Na verdade, esta temática, tem-se tornado uma questão global a nível mundial no contexto da gestão em saúde, investigação e prática clínica [6–10].

Por conseguinte, as organizações científicas internacionais influentes na área da Saúde têm incentivado a medição de atitudes dos profissionais de saúde sobre o contexto de segurança [11, 12] através da aplicação de instrumentos que avaliam o clima de segurança [13, 14]. Trata-se de uma estratégia eficaz e sistemática para se introduzirem mudanças nos comportamentos dos profissionais e organizações prestadoras de cuidados de saúde, e alcançar melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados prestados aos doentes [15, 16].

A nível internacional é considerável a diversidade de estudos que concetualizam esta temática e conduziram à construção de instrumentos de avaliação, salientando-se o *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) – Short Form 2006* [17]. Considerando as potencialidades deste instrumento descritas em diversos estudos internacionais e admitindo a necessidade e relevância do uso de um instrumento de avaliação do clima de segurança com as suas propriedades na população portuguesa, idealizou-se o presente estudo, descrevendo-se neste artigo o processo de tradução e adaptação cultural deste instrumento.

Material e métodos

Tipo de estudo

O estudo é de carácter metodológico pois integra-se no âmbito da investigação de métodos de obtenção, organização e elaboração dos dados, tratando da construção, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa [18]. A meta de pesquisas com esta abordagem é a elaboração de um instrumento confiável que possa ser utilizado posteriormente por outros pesquisadores [19], em populações diferentes para as quais o instrumento foi concebido [18].

Objetivo

O objetivo deste estudo consiste em realizar a tradução e adaptação cultural do SAQ – *Short Form 2006* para Portugal garantindo a sua validade de conteúdo.

Instrumento de colheita de dados

O SAQ é um refinamento do *Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaire (ICUMAQ)* [20, 21] que foi derivado do *Flight Management Attitudes Questionnaire (FMAQ)* amplamente utilizado na aviação comercial [22]. Foi desenvolvido em 2006 por Bryan Sexton, Eric Thomas e Bob Helmreich da Universidade do Texas, com financiamento da Fundação *Robert Wood Johnson* e da *Agency for Healthcare Research and Quality* [17].

O SAQ permite avaliar as perceções de atitudes dos profissionais de saúde relacionadas com a segurança do doente em vários áreas clínicas e serviços de saúde e foi validado numa amostra de 10.843 prestadores de cuidados de saúde, em 203 áreas clínicas

(incluindo unidades de cuidados intensivos, salas de cirurgia, unidades de internamento e ambulatório), em três países (Estados Unidos da América [EUA], Reino Unido e Nova Zelândia) [17]. Ao contrário da maioria dos outros instrumentos, o SAQ foi rigorosamente validado [17, 23–26], sendo considerado psicometricamente válido e confiável (alfa de Cronbach = 0,90; $\chi^2[784] = 10.311,27$, $p < 0,0001$; CFI = 0,90; RMSE = 0,03) [17]. Desde então, este instrumento tem sido administrado numa variedade de configurações hospitalar e ambulatorial em mais de 1.300 hospitais dos EUA, Inglaterra, Austrália, Suíça, Itália, Espanha e Nova Zelândia [27] e a sua fidelidade e validade foram documentadas em vários países, estando disponível em mais de dez idiomas [28].

Na literatura consultada, são várias as vantagens da aplicação deste instrumento, salientando-se que:

- O SAQ é um instrumento genérico projetado para diagnósticos organizacionais e intervenções relevantes para a segurança do doente [17].
- Por manter a continuidade com o *Flight Management Attitudes Questionnaire* (FMAQ), que é utilizado há mais de 20 anos, permite comparações entre indústrias, bem como, a identificação de problemas comuns relacionados com os fatores humanos [22].
- Destina-se a todo o pessoal dentro de uma área clínica que tanto influencia como é influenciado pelo “ambiente de trabalho” (por exemplo, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, terapeutas e técnicos, entre outros) refletindo informação acerca do pessoal, da estrutura e dos processos da organização [17].
- Mede de forma confiável e significativa as atitudes e percepções relevantes do cuidador em relação à segurança de saúde, sendo considerado o instrumento mais sensível para avaliar as atitudes de segurança individuais. Permite comparações válidas (*benchmarks*) entre hospitais, áreas de atendimento ao doente e tipos de cuidadores [17, 29].
- Pode ser usado para medir o trabalho em equipa, identificar desconexões, pontos fortes e fraquezas de uma determinada organização, fornecendo uma base para sugerir intervenções de melhoria [25].
- É uma ferramenta importante de análise de falhas latentes e fatores contribuintes, ou seja, falhas que não são perceptíveis visualmente mas que podem contribuir para ocorrência de eventos adversos com o doente [26].
- Identifica as necessidades, barreiras de segurança e possíveis deficiências no ambiente clínico motivando intervenções de melhoria da qualidade e redução de erros médicos [30].
- Ajuda a detetar fraquezas percebidas de forma sistemática e diferenças de opinião ao longo do tempo ou entre grupos de profissionais (por exemplo, pessoal de enfermagem e médicos) [31].
- É relativamente curto, de preenchimento rápido (versão *Short Form 2006*) e pode ser usado para monitorizar as mudanças ao longo do tempo [32].
- Representa o único instrumento de medição do clima de segurança que evidencia associação direta com os resultados verificados nos doentes [33]. Em várias pesquisas, os resultados favoráveis do SAQ foram associados com menos eventos adversos, menos erros de medicação, menores taxas de infeção associadas aos cuidados de saúde, nomeadamente taxa de pneumonia associada à ventilação mecânica e taxa de infeção de corrente sanguínea associado a cateter venoso central

(CVC), assim como, tempo de internamento mais curto, menor mortalidade intra-hospitalar, menores índices de quedas de doentes, úlceras de pressão, sépsis pós-operatória e menores taxas de rotatividade do pessoal de enfermagem [17, 31, 33–35].

- Serve como medida de referência para a avaliação de programas de melhoria da qualidade que contribuem para otimizar as atitudes dos profissionais da saúde em relação à segurança do doente [21, 35].

A versão completa do questionário inclui 60 itens, dos quais apenas 30 são padrão e idênticos em todos os ambientes clínicos. Esses 30 itens básicos integram a versão curta (a que diz respeito este estudo) aos quais se acrescentam outros itens, obtendo-se um total de 36 (SAQ – *Short Form*) que completam a primeira parte do instrumento. Na segunda parte estão presentes informações adicionais relativas aos dados dos profissionais (género, função, área de atuação e tempo de atuação no serviço) [17].

O SAQ – *Short Form 2006* possui 6 dimensões que abrangem fatores organizacionais, fatores do ambiente de trabalho e fatores de equipa [17]:

- Clima de trabalho em equipa: percepção da qualidade da colaboração entre os profissionais da equipa;
- Clima de segurança: percepção de um forte e proativo compromisso organizacional com a segurança;
- Satisfação no trabalho: sentimento agradável ou estado emocionalmente positivo resultante da percepção da experiência de trabalho;
- Reconhecimento do *stress*: reconhecimento de como o desempenho é influenciado por fatores *stressores*;
- Perceção da gestão: aprovação das ações da administração quanto às questões de segurança, sendo que cada um destes itens é medido em dois níveis (perceção da gestão do serviço e perceção da gestão hospitalar);
- Condições de trabalho: percepção da qualidade do suporte ambiental e logístico no local de trabalho (por exemplo: equipamentos e profissionais).

As respostas a cada um dos itens seguem uma escala Likert de cinco pontos: discordo totalmente, discordo parcialmente, indiferente, concordo parcialmente e concordo totalmente. A pontuação final do instrumento varia de 0 a 100, onde 0 representa a pior perceção e 100 a melhor perceção do clima de segurança.

O SAQ foi originalmente criado na língua inglesa e, devido às diferenças culturais entre o país de origem e Portugal, é essencial realizar a tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa e posteriormente avaliar a sua fidelidade e validade, ficando desta forma disponível para utilização pela comunidade clínica e científica portuguesa.

Procedimentos

A tradução e adaptação cultural para português da versão original do SAQ – *Short Form 2006* foi iniciada após se ter obtido a autorização formal dos autores.

O estudo seguiu a metodologia científica proposta por Beaton e colaboradores [36] que, neste domínio assume particular relevância e protagonismo [26, 37] e que foi aceite pelos autores do instrumento original. O processo compreende seis etapas, conforme exposto na Figura 1.

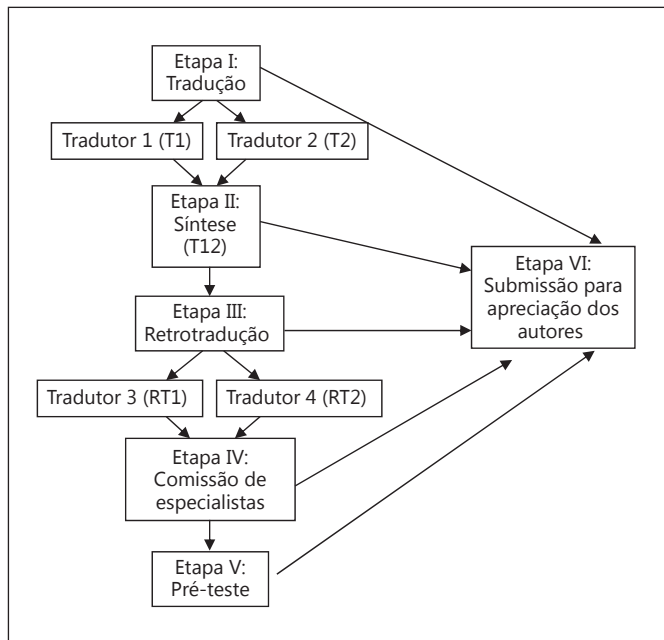


Fig. 1. Esquemática das etapas recomendadas para tradução e adaptação cultural de um instrumento de colheita de dados [32].

Resultados

Etapa I: Tradução

Nesta etapa inicial, Beaton e colaboradores [36] sugerem que sejam realizadas duas traduções do instrumento de forma independente. As traduções devem ocorrer do idioma de origem do instrumento para o idioma alvo por dois tradutores bilíngues, cujo idioma alvo seja a sua língua materna. Desta forma, os tradutores, devidamente certificados, foram contactados através de correio eletrónico, de forma intencional e, tal como recomendado, possuíam perfis diferentes:

- O tradutor 1 teve conhecimento dos objetivos do estudo e dos conceitos investigados, possibilitando uma tradução numa perspetiva mais clínica e direcionada para o fenómeno em estudo, oferecendo uma equivalência mais fiável a partir de uma perspetiva de medição (T1).
- O tradutor 2 não teve conhecimento sobre os termos a ser investigados, nem sobre os objetivos do estudo e não tinha formação médica ou clínica. De acordo com a literatura, este tradutor, também chamado de tradutor ingénuo, tem maior probabilidade de detetar diferenças subtis de significado, proporcionando uma tradução que reflete a linguagem utilizada pela população-alvo (T2) [36].

Durante o período de tradução foram realizados alguns contactos com os tradutores a fim de se esclarecerem questões relacionadas com a equivalência da tradução dos itens, ou seja, se a tradução mantém o mesmo significado da versão original (equivalência do item).

Etapa II: Síntese das traduções

Na segunda etapa, as duas traduções anteriores (T1 e T2) foram comparadas, com o objetivo de chegar a uma versão de consenso ou versão síntese, denominada T12. Este processo é considerado complexo, exigindo uma série de cuidados a fim de obter uma versão adequada ao novo contexto, mas também congruente com a versão original [38].

Etapa III: Retrotradução

Trabalhando a partir da versão síntese T12, o instrumento foi traduzido de volta para o idioma original por dois tradutores bilíngues independentes. Estes tradutores têm o idioma de origem do documento como língua materna, não tiveram conhecimento prévio do instrumento original e, tal como recomendado pelo referencial metodológico, não possuíam formação médica, evitando o viés de informação. O contacto processou-se por correio eletrónico. Desta etapa resultaram as retrotraduções RT1 e RT2, salientando-se que apenas um dos tradutores fez comentários sobre as suas escolhas em relação aos termos enviados. As retrotraduções apresentaram uma aproximação muito satisfatória com a versão original, refletindo com precisão o seu conteúdo.

Etapa IV: Comissão de especialistas (validade de conteúdo)

Nesta etapa, a validade teórica de conteúdo é avaliada por uma comissão de especialistas (*experts* na área que o instrumento se propõe avaliar), que analisam todos os documentos anteriores (T1, T2, T12, RT1, RT2 e o instrumento original) para chegar a um consenso e desenvolver a versão pré-final do instrumento (pré-teste).

Dando cumprimento ao recomendado por Beaton e colaboradores [39], a comissão foi formada por especialistas bilíngues, contendo vários profissionais da saúde, um metodologista, um linguista, os tradutores envolvidos no processo e a investigadora.

Os especialistas foram convidados de forma intencional por meio de correio eletrónico, perfazendo um total de 9 profissionais com conhecimentos nas áreas da qualidade de cuidados, cultura de segurança do doente, acreditação, linguística e experiência na tradução, adaptação cultural e validação de instrumentos. Durante duas semanas, os es-

Table 1. Resultados da análise feita pelos membros da comissão de especialistas

| | Membros da comissão de especialistas | | | | | | | | | TC | TM | Taxa, % |
|------------|--------------------------------------|----|----|----|----|----|----|---|---|----|----|---------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | |
| Título | C | C | C | C | C | NC | C | C | C | 8 | 9 | 88,8 |
| Instruções | NC | NC | C | C | NC | NC | NC | C | C | 4 | 9 | 44,4 |
| 1 | C | C | C | C | C | NC | C | C | C | 8 | 9 | 88,8 |
| 2 | C | NC | C | C | C | NC | C | C | C | 7 | 9 | 77,7 |
| 3 | C | C | C | C | C | NC | C | C | C | 8 | 9 | 88,8 |
| 4 | C | NC | NC | NC | C | NC | C | C | C | 5 | 9 | 55,5 |
| 5 | C | C | C | C | C | C | C | C | C | 9 | 9 | 100,0 |
| 6 | C | C | C | NC | C | C | C | C | C | 8 | 9 | 88,8 |
| 7 | C | C | C | C | C | NC | C | C | C | 8 | 9 | 88,8 |
| 8 | C | C | C | C | C | NC | C | C | C | 8 | 9 | 88,8 |
| 9 | C | C | C | C | C | NC | C | C | C | 8 | 9 | 88,8 |
| 10 | C | C | C | C | C | NC | C | C | C | 8 | 9 | 88,8 |
| 11 | C | C | C | C | C | NC | C | C | C | 8 | 9 | 88,8 |
| 12 | C | C | C | C | C | C | C | C | C | 9 | 9 | 100,0 |
| 13 | C | C | C | C | C | NC | C | C | C | 8 | 9 | 88,8 |
| 14 | NC | C | NC | C | NC | NC | C | C | C | 5 | 9 | 55,5 |
| 15 | C | C | C | C | C | C | C | C | C | 9 | 9 | 100,0 |
| 16 | C | C | C | C | C | C | C | C | C | 9 | 9 | 100,0 |
| 17 | C | C | C | C | C | C | C | C | C | 9 | 9 | 100,0 |
| 18 | C | C | C | C | C | NC | C | C | C | 8 | 9 | 88,8 |
| 19 | C | C | C | NC | C | NC | C | C | C | 7 | 9 | 77,7 |
| 20 | C | C | C | C | C | NC | C | C | C | 8 | 9 | 88,8 |
| 21 | C | C | C | C | C | C | C | C | C | 9 | 9 | 100,0 |
| 22 | C | C | C | C | C | NC | C | C | C | 8 | 9 | 88,8 |
| 23 | C | C | C | C | C | C | C | C | C | 9 | 9 | 100,0 |
| 24 | C | C | C | C | C | C | C | C | C | 9 | 9 | 100,0 |
| 25 | C | C | C | C | C | C | C | C | C | 9 | 9 | 100,0 |
| 26 | C | C | C | C | C | C | C | C | C | 9 | 9 | 100,0 |
| 27 | C | NC | C | C | C | C | C | C | C | 8 | 9 | 88,8 |
| 28 | C | C | C | C | C | C | C | C | C | 9 | 9 | 100,0 |
| 29 | C | C | C | C | C | NC | C | C | C | 8 | 9 | 88,8 |
| 30 | C | C | C | C | C | C | C | C | C | 9 | 9 | 100,0 |
| 31 | C | C | NC | C | NC | NC | C | C | C | 6 | 9 | 66,6 |
| 32 | C | C | C | C | C | C | C | C | C | 9 | 9 | 100,0 |
| 33 | C | C | NC | C | C | NC | C | C | C | 7 | 9 | 77,7 |
| 34 | C | C | NC | C | C | C | C | C | C | 8 | 9 | 88,8 |
| 35 | C | C | NC | C | C | C | C | C | C | 8 | 9 | 88,8 |
| 36 | C | C | C | C | C | C | C | C | C | 9 | 9 | 100,0 |
| Inf. Adic. | C | C | C | C | NC | NC | C | C | C | 7 | 9 | 77,7 |

NC, não concorda; C, concorda; TC, total de membros que concordam; TM, total de membros da comissão de especialistas.

especialistas analisaram os documentos submetidos com o objetivo de confirmar a adequação dos itens aos constructos teóricos que se pretende avaliar com o instrumento, indicando quais as características que devem ser consideradas na versão para pré-teste. Todas as decisões foram anotadas num documento orientador tendo em conside-

ração a equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual entre o instrumento original e a versão criada, garantindo a adequação da tradução, a validade de conteúdo e preservando a reprodutibilidade do mesmo [36].

Nesta fase, a validade de conteúdo foi obtida quando existiu concordância de pelo menos 90.0% dos mem-

bros da comissão de especialista relativamente a cada um dos itens do instrumento, segundo a fórmula [39]: % concordância (taxa) = número de especialistas que concordaram/número total de especialistas ×100 (Tabela 1).

Tendo em conta, as sugestões feitas pelos especialistas, foi necessário rever alguns itens e foram efetivadas algumas modificações, preservando, no entanto, o conceito, a estrutura e a propriedade de base do instrumento. Os itens 5, 12, 15–17, 21, 23–26, 28, 30, 32 e 36 tiveram uma taxa de concordância de 100,0% e não foi necessária nenhuma modificação. Os restantes itens passaram pela substituição de algumas palavras por sinónimos, nalguns casos para adequar os termos à cultura portuguesa e, noutros, para assegurar a uniformidade dos termos utilizados ao longo do questionário.

Foi sugerido que a expressão “área clínica” fosse substituída e padronizada ao longo do questionário pelo termo “serviço” com intuito de incluir o máximo de unidades do contexto hospitalar onde existe contacto com doentes (além das unidades médicas e cirúrgicas pretendendo-se incluir outras áreas, como farmácia, fisioterapia, exames especiais, etc.). Esta alteração foi aceite pelos autores originais.

O termo “marca” utilizado no cabeçalho que contém as orientações para preenchimento do questionário, foi alterado para “marcação”. Culturalmente a expressão “marca” é frequentemente usada como referência a uma determinada empresa (um nome, uma marca verbal ou imagens) ou a conceitos que distinguem um produto ou serviço; enquanto “marcação” se refere a efeito de marcar ou ato de assinalar, sendo, portanto, mais adequada ao conteúdo pretendido.

O termo “funcionários” do item 4 foi substituído por “profissionais” de forma a existir coerência com os itens 5, 8, 27, 29 e 30, onde esse termo também surge. Da mesma forma o termo “direção” do item 14 foi substituído por “administração” utilizado nos itens 24, 25 e 26.

A expressão inglesa “*acted upon*” utilizada no item 14 implica ação, pelo que em vez de “As minhas sugestões acerca da segurança seriam consideradas...”, os especialistas sugeriram “As minhas sugestões acerca da segurança seriam postas em prática.”

Por gerarem dúvidas em relação à validade teórica de conteúdo, os itens 1, 8, 9 e 27 foram discutidos com os autores da versão original.

Relativamente ao item 1 não existiu consenso entre os especialistas quanto à tradução da expressão “*input*”. As possibilidades apontadas foram: opiniões, contributos e sugestões. Os autores do questionário consideraram que

o termo mais adequado seria “sugestões”, pelo que se optou por este termo na versão portuguesa.

No item 8, os autores esclareceram que “*medical errors*” deveria refletir erros dos vários profissionais e não apenas do pessoal médico, motivo pelo qual se alterou este item.

O termo “canais” do item 9 foi substituído por “meios” após sugestão da comissão de especialistas e consenso com autores.

No item 27 existiram dúvidas quanto à tradução da expressão “*problem personnel*”, podendo significar problemas pessoais ou profissionais problemáticos. Os autores esclareceram que o termo se refere a pessoas que se comportam de maneira problemática, tendo-se mantido a expressão “profissionais problemáticos”.

As “funções dos profissionais” no campo relativo à formação adicional foram ajustadas para as classes e categorias profissionais atualmente existentes na realidade portuguesa.

As alterações descritas foram consideradas pertinentes e relevantes e, de modo consensual, resultaram na sua inclusão, obtendo-se a versão preliminar do SAQ – *Short Form* 2006 PT ou versão para pré-teste.

Relativamente à sua aplicabilidade, os especialistas foram unânimes quanto ao valor e utilidade do instrumento, salientando a sua pertinência no contexto da Saúde em Portugal.

Etapa V: Pré-teste

Para confirmação da equivalência/validade de conteúdo numa situação aplicada é importante que o instrumento seja avaliado pelos julgamentos de profissionais ou pessoas comuns sobre a clareza das perguntas, inclusão de conceitos, redundância de itens e escalas [36], denominando-se esta etapa de Teste de compreensão ou Pré-teste.

Desta forma, a versão para pré-teste foi aplicada a uma amostra da população-alvo constituída por vinte profissionais dos serviços de cirurgia do Centro Hospitalar Cova da Beira (hospital público do Serviço Nacional de Saúde Português), dos quais, dez enfermeiros e dez assistentes operacionais, de forma a incluir pessoas com níveis de escolaridade diferenciados. A amostragem foi por conveniência e o convite foi realizado por meio de contacto pessoal.

A cada profissional foi entregue um questionário tendo sido explicado os objetivos do pré-teste e esclarecido que a sua estrutura não podia ser alterada (o número de perguntas ou a sua organização, bem como, as opções de respostas). O objetivo era que analisassem a forma como

estavam formuladas as questões (clareza e grau de compreensão), a aceitabilidade das palavras utilizadas, bem como, a sua relevância cultural e não, propriamente, o que iriam responder.

O tempo de resposta ao questionário variou entre cinco e quinze minutos, salientando-se que os assistentes operacionais obtiveram os tempos mais elevados.

Após o preenchimento, os profissionais foram questionados acerca da compreensão e pertinência das questões e facilidade de preenchimento, permitindo aferir se os termos utilizados eram facilmente compreendidos e aceitáveis. Este procedimento permitiu avaliar a denominada validade aparente (ou de face) do instrumento [39].

Uma vez que não foram observadas dificuldades na compreensão dos enunciados apresentados, nem foram demonstradas quaisquer dúvidas relativas ao formato e conteúdo dos mesmos, a versão pré-final não necessitou de ser reformulada passando, deste modo, a ser designada de versão final em português: SAQ – *Short Form 2006 PT* (Fig. 2).

Etapa VI: Submissão dos documentos para apreciação dos autores do instrumento

A etapa final é a submissão de todas as traduções, retrotraduções, relatórios de especialistas e anotações aos autores do instrumento original. Ao receberem essa informação, os autores têm a possibilidade de verificar se todas as etapas foram realizadas de forma correta para a validação da versão final do instrumento [36].

Neste sentido, os documentos resultantes das diferentes etapas deste processo metodológico foram enviados por correio eletrónico para o Professor Eric Thomas, o qual aprovou a versão final do instrumento, salientando o rigor da abordagem metodológica aplicada em todo o processo. Uma vez terminada esta etapa, concluiu-se o processo de tradução e adaptação cultural do instrumento [36] que teve por objetivo produzir um instrumento equivalente numa cultura diferente [38].

Discussão

A tradução e adaptação cultural de um instrumento para uso num novo país, cultura, e/ou língua requer o uso de um método, para atingir a equivalência entre o original (versão de origem) e a versão de destino. Os itens devem ser traduzidos linguisticamente, assim como, adaptados culturalmente de forma a manter a validade das propriedades psicométricas do instrumento [40] e permitir a partilha de dados e comparações a nível nacional e internacional [39].

Para que as traduções alcancem um alto nível de qualidade, devem ser feitas por pelo menos dois tradutores independentes, reduzindo assim a probabilidade de erros, de interpretações divergentes e de itens ambíguos relativamente ao original [40]. Assim, o recurso a dois tradutores revelou-se muito útil, dado que permitiu confrontar e discutir duas versões diferentes, que se desconheciam mutuamente, resultando na elaboração de uma versão única, depois de ultrapassadas as discrepâncias iniciais.

Uma vez obtida a versão síntese realizou-se a retrotradução, considerada um recurso fundamental que potencializa a qualidade da versão final. Este procedimento deve ser levado a cabo por retrotradutores fluentes nos idiomas (de origem e de destino) e com conhecimentos das formas coloquiais [40], tal como aconteceu no presente estudo.

Comparando a versão obtida com a tradução e adaptação cultural brasileira do SAQ-Short Form 2006 [26] constata-se que existe equivalência entre as versões, assim como, com a versão original.

Além de uma tradução confiável, é necessária a adaptação cultural para o país ou região em que o instrumento será utilizado, já que existem diferenças entre as definições, crenças e comportamentos [40]. Fatores culturais tais como hábitos e atividades de uma população devem ser considerados, porque uma atividade não habitual numa determinada população pode tornar a adaptação de um instrumento invalidada.

A adaptação cultural do instrumento foi realizada por meio de uma metodologia rigorosa, que permitiu a organização crítica e a operacionalização das práticas de investigação adotadas, possibilitando um processo de adaptação completo projetado para maximizar a obtenção semântica, idiomática, equivalência experimental e conceitual entre a fonte e o questionário alvo. O processo envolveu a adaptação dos itens individuais, as instruções do questionário e as opções de resposta.

A equivalência semântica assegurou a equivalência do significado das palavras, expressões gramaticais e de vocabulário; a equivalência idiomática verificou a equivalência de expressões idiomáticas e coloquialismos, na sua maioria difíceis de traduzir, que devem ser congruentes com a cultura-alvo; a equivalência experiencial avaliou se a tradução utiliza termos coerentes com a experiência de vida da população e com o contexto cultural para o qual o instrumento será traduzido e, por fim, a equivalência conceitual que averiguou a manutenção dos conceitos propostos no instrumento original, com a finalidade máxima de explorar se as diferentes dimensões incluídas no

instrumento original seriam relevantes e pertinentes no novo contexto [38].

No sentido de enriquecer este processo, assegurou-se a inclusão de especialistas de várias zonas do país de forma a incorporar eventuais nuances culturais e de profissionais de diferentes áreas permitindo confrontar várias opiniões e experiências. As discussões geradas devido às discrepâncias encontradas e a busca de soluções consensuais revelaram-se fundamentais para todo o processo que assegurou a validade de conteúdo.

A modificação mais significativa foi em relação às funções dos profissionais de saúde, pois algumas delas, previstas no questionário original, não se aplicam à realidade portuguesa.

A troca de informações com o autor do instrumento permitiu que as modificações fossem realizadas mantendo o sentido original do mesmo.

A etapa do pré-teste permitiu avaliar a denominada validade aparente (ou de face) do instrumento [39] concluindo-se que o instrumento de medida traduzido não apresenta termos ou itens problemáticos, conceitos ambíguos ou de difícil compreensão. O tempo médio de resposta esteve em conformidade com o que está descrito pelos autores, revelando-se um instrumento simples, breve e compreensível.

A submissão de todo o processo aos autores do SAQ – *Short Form* 2006 e respetivo parecer favorável, finalizou os procedimentos de tradução e adaptação cultural, os quais se revelaram bem sucedidos, assegurando que a versão portuguesa mantém o significado e a intenção dos itens originais. Optou-se por adotar a mesma designação (*Safety Attitudes Questionnaire*) e sigla (SAQ), tendo em conta que este instrumento é assim conhecido no universo científico internacional.

Após a definição da versão final do SAQ – *Short Form* 2006 PT, torna-se fundamental a sua aplicação numa amostra para avaliação das propriedades psicométricas (fidelidade e validade).

References

- 1 Nieva VF, Sorra J: Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in health-care organizations. *Qual Saf Health Care* 2003;12(suppl 2):17–23.
- 2 Fragata J: Gestão de risco; in Campos L, Borges M, Portugal R (eds): *Governança dos hospitais*. Lisboa, Casa das Letras, 2009, pp 75–105.
- 3 Portugal, Ministério da Saúde: *A organização interna e a governação dos hospitais*. Lisboa, Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais, 2010.
- 4 Hansez I, Chmiel N: Safety behavior: job demands, job resources, and perceived management commitment to safety. *J Occup Health Psychol* 2010;15:267–278.
- 5 Recomendação 2009/C. A segurança dos doentes incluindo a prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde. *Jornal Oficial da União Europeia* 2009;151:1–6.
- 6 Gomes MJ: *Cultura de segurança do doente no bloco operatório*. Coimbra, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Área de Especialização Gestão de Unidades de Cuidados.

Conclusão

Este estudo fornece um valioso contributo para a mensuração do clima de segurança do doente em Portugal. Todo o trabalho foi desenvolvido com rigor, quer em termos científicos, quer ao nível da utilidade que pode ter no contexto da qualidade e da segurança em saúde.

Ao determinar a consolidação de um instrumento de medição do clima de segurança para a população portuguesa, contribuímos para a legitimidade e desenvolvimento deste campo de pesquisa. Trata-se de um marco importante para o progresso da ciência em Portugal, que tem implicações tanto no domínio da prática, como do ensino, investigação e gestão dos cuidados. Através da utilização deste questionário é possível contribuir para a construção de ambientes de trabalho positivos e éticos, aprimorar o processo de cuidar e seus interfaces, minimizar os riscos e promover uma atuação ainda mais segura e confiável rumo à excelência.

Na sequência deste estudo, realizar-se-á a avaliação das propriedades psicométricas do SAQ – *Short Form* 2006 numa amostra significativa da população portuguesa, ficando este instrumento de colheita de dados posteriormente disponível para o contexto cultural português. Perspetivando que a sua aplicação alcance o seu máximo potencial na contribuição para a melhoria dos cuidados de saúde em Portugal, sugere-se que, uma vez validado, se realizem e divulguem novas investigações com este instrumento nos mais diversos contextos da área da Saúde.

Agradecimentos

À Professora Doutora Helena Alves, Professor Doutor António João Rodrigues, Professora Doutora Isabel Fernandes, Professora Doutora Teresa Lopes, Doutora Catarina Cruto, Mestre Patrícia Eirinha e Responsável da Qualidade Catarina Mateus, pela disponibilidade e por todo o profissionalismo demonstrado enquanto elementos da comissão de especialistas no processo de adaptação cultural.

- 7 Costa IM: Adaptação e validação para português do questionário Nursing Home Survey on Patient Safety Culture (NHSPSC). Coimbra, Faculdade de Economia. Universidade de Coimbra, 2013. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde.
- 8 Inchauspe JÁ, Moura GM, Carvalho C, Costa RS: Segurança do paciente no contexto hospitalar: revisão integrativa. *Rev Saúde Dom Alberto* 2013;1:29–40.
- 9 Reis CT, Martins M, Laguardia J: A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013;18:2029–2036.
- 10 Sousa P, Uva AS, Serranheira F: Livro de Proceedings do 3º Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, 2013.
- 11 Sexton JB, Thomas EJ: The context of care and the patient care team: the Safety Attitudes Questionnaire; in Reid PP, Compton WD, Grossman JH, Fanjiang G (eds): *Building a Better Delivery System: A New Engineering/Health Care Partnership*. Washington, National Academy of Engineering, Institute of Medicine, Committee on Engineering and the Health Care System, The National Academies Press, 2005, pp 119–123.
- 12 Sexton J, Thomas E, Grillo S: The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) guidelines for administration. Austin, The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice, 2003 (Technical Report 03/02/2008).
- 13 Scott T, Mannion R, Davies H, Marshall M: The quantitative measurement of organizational culture in healthcare: a review of the available instruments. *Health Serv Res* 2003;38:923–945.
- 14 Gershon R, Stone P, Bakken S, Larson E: Measurement of organizational culture and climate in health-care. *J Nurs Adm* 2004;34:33–40.
- 15 Portugal, Ministério da Saúde: Avaliação da cultura de segurança do doente numa amostra de hospitais portugueses: resultados do estudo piloto. Lisboa, Departamento da Qualidade em Saúde, Direcção-Geral da Saúde, Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, 2011.
- 16 Portugal, Ministério da Saúde: Avaliação da cultura de segurança dos doentes em hospitais: norma 025/2013 de 20 de janeiro de 2014. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, Ministério da Saúde, 2014.
- 17 Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al: The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res* 2006;6:1–10.
- 18 Fortin M: Fundamentos e etapas no processo de investigação. Loures, Lusodidacta, 2009.
- 19 Polit DF, Beck CT, Hungler BP: Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5ª ed. Porto Alegre, Artmed, 2004.
- 20 Thomas EJ, Sexton JB, Helmreich RL: Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit Care Med* 2003;31:956–959.
- 21 Pronovost PJ, Berenholtz SM, Goeschel C, Thom I, Watson SR, Holzmueller CG, et al: Improving patient safety in intensive care units in Michigan. *J Crit Care* 2008;23:207–221.
- 22 Helmreich RL, Merritt AC, Sherman PJ: Research project evaluates the effect of national culture on flight crew behaviour. *ICAO J* 1996;51:14–16.
- 23 Pronovost PJ, Goeschel CA, Marsteller JÁ, Sexton JB, Pham JC, Berenholtz SM: Framework for patient safety research and improvement. *Circulation* 2009;119:330–337.
- 24 Lee W, Wung H, Liao H, Lo C, Chang F, Wang P, et al: Hospital safety culture in Taiwan: a nationwide survey using Chinese version Safety Attitude Questionnaire. *BMC Health Serv Res* 2010;10:1–8.
- 25 Makary MA, Sexton JB, Freischlag JA, Holzmueller CG, Millman A, Rowen L, et al: Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. *J Am Coll Surg* 2006;202:746–752.
- 26 Carvalho R: Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil: questionário de atitudes de segurança. São Paulo, Universidade de São Paulo. Tese de Doutorado em Ciências, 2011.
- 27 Deilkås ET, Hofoss D: Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ): generic version (Short Form 2006). *BMC Health Serv Res* 2008;8:1–10.
- 28 Kar C, Hamid H: Adaptation of Safety Attitude Questionnaire (SAQ) in Malaysia health-care setting; in: 10th Biennial Conference of Asian Association of Social Psychology, 21–24 August 2013, Yogyakarta, Indonesia. Riverton, Asian Association of Social Psychology, 2013.
- 29 Nordén-Hägg A, Sexton JB, Källemark-Sporrong S, Ring L, Kettis-Lindblad A: Assessing safety culture in pharmacies: the psychometric validation of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in a national sample of community pharmacies in Sweden. *BMC Clin Pharmacol* 2010;10:1–12.
- 30 McGuire MJ, Noronha G, Samal L, Yeh H, Crocetti S, Kravet S: Patient safety perceptions of primary care providers after implementation of an electronic medical record system. *J Gen Intern Med* 2012;28:184–192.
- 31 Pettker CM, Thung SF, Norwitz ER, Buhimschi CS, Raab CA, Copel JA, et al: Impact of a comprehensive patient safety strategy on obstetric adverse events. *Am J Obstet Gynecol* 2009;200:492.
- 32 The Health Foundation: *Measuring Safety Culture*. London, The Health Foundation, 2011.
- 33 Robb G, Seddon M: Measuring the safety culture in a hospital setting: a concept whose time has come? *NZ Med J* 2010;123:68–78.
- 34 Abstoss KM, Shae BE, Owens TA, Juno JL, Commiskey EL, Niedner MF: Increasing medication error reporting rates while reducing harm through simultaneous cultural and system-level interventions in an intensive care unit. *BMJ Qual Saf* 2011;20:914–922.
- 35 Vigorito MC, McNicoll L, Adams L, Sexton B: Improving safety culture results in Rhode Island ICUs: lessons learned from the development of action-oriented plans. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2011;37:509–514.
- 36 Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB: Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* 2000;25:3186–3191.
- 37 Coluci MZ, Alexandre NM: Adaptação cultural de instrumento que avalia atividades do trabalho e sua relação com sintomas osteomusculares. *Acta Paul Enferm* 2009;22:149–154.
- 38 Borsari JC, Damásio BF, Bandeira DR: Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia* 2012;22:423–432.
- 39 Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB: Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of Health Status Measures. New York, American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2002.
- 40 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;46:1417–1432.