



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-graduação em Enfermagem

JOÃO DANIEL DE SOUZA MENEZES

**ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA E
CONSISTÊNCIA INTERNA DO *ATTITUDES TO
PATIENT SAFETY QUESTIONNAIRE - III (APSQ-III)*
PARA AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS E
ATITUDES SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE EM
INGRESSANTES DE CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE.**

São José do Rio Preto
2024

JOÃO DANIEL DE SOUZA MENEZES

**ANÁLISE FATORIAL
CONFIRMATÓRIA E CONSISTÊNCIA
INTERNA DO *ATTITUDES TO PATIENT
SAFETY QUESTIONNAIRE - III (APSQ-
III)* PARA AVALIAÇÃO DOS
CONHECIMENTOS E ATITUDES
SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE
EM INGRESSANTES DE CURSOS DA
ÁREA DA SAÚDE**

Exame de Qualificação apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, para obtenção do Título de Mestre.

Área de Concentração: GESTÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE (GES)

Linha de Pesquisa: Gestão e Educação Em Enfermagem e Saúde

Grupo de Pesquisa: Centro de Estudos e Desenvolvimento da Educação em Saúde – CEDES

Financiamento: Pesquisa realizada com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior-Brasil (CAPES). Código de financiamento: 88887.833655/2023-00

Orientador: Profa. Dra. Rita de Cássia Helu Mendonça Ribeiro
Coorientador: Prof. Dr. Júlio César André

**São José do Rio Preto
2024**

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

Ficha Catalográfica (a ser impressa no anverso da folha de rosto)

MENEZES, João Daniel de Souza

Análise fatorial confirmatória e consistência interna do *Attitudes To Patient Safety Questionnaire - III (APSQ-III)* para avaliação dos conhecimentos e atitudes sobre segurança do paciente em ingressantes de cursos da área da saúde/ João Daniel de Souza Menezes.

São José do Rio Preto; 2024.

55 p.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

Área de Concentração: GESTÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE (GES)

Linha de Pesquisa: Gestão e educação em enfermagem e saúde

Grupo de Pesquisa: CEDES

Orientador: Profa. Dra. Rita de Cássia Helu Mendonça Ribeiro

Coorientador: Prof. Dr. Júlio César André

1. Estudantes de Enfermagem; 2. Autoeficácia; 3. Desempenho Acadêmico;
4. Desempenho Profissional.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Rita de Cássia Helu Mendonça Ribeiro

Profa. Dra. Tatiane Iembo
FACERES

Profa. Dra. Vânia Zaqueu
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

São José do Rio Preto, 04/07/2024

DEDICATÓRIA

Dedico a Deus por todas benções recebidas;

Dedico aos meus pais Benedita Donizete de Souza e Daniel Lente Menezes, a minha irmã Rafaela de Souza Lente Menezes, minha tia Sandra Cristina de Menezes e minha avó Carolina Moura Lente

Dedico em especial à Matheus Querino da Silva, amigo e irmão que o mestrado me proporcionou, cujo apoio e incentivo foram bases para a realização deste percurso acadêmico. Sua presença constante, generosidade e encorajamento fizeram a diferença nesta jornada. Sou grato pela amizade, pelos momentos compartilhados e por acreditar em mim.

Aos meus amigos Jessica, Leonan, Dóro, Ana Maria e Larissa que me acompanham por um longo período.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por todas as dádivas recebidas;

Aos meus orientadores pela oportunidade, paciência e incentivo durante essa trajetória;

A toda base da enfermagem FAMERP, em especial a Prof Vânia Zaquero e Rita de Cássia que sempre foram luz, exemplo e incentivo em toda carreira profissional e acadêmica.

A todos os funcionários da FAMERP, em especial a Rosângela e Zélia do serviço de biblioteca da instituição.

EPÍGRAFE

*Jamais tome para si, o conhecimento oferecido
pelos outros. Construa seu próprio conhecimento.*

René Descartes

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	1
AGRADECIMENTOS	2
EPÍGRAFE	3
LISTA DE ANEXOS	6
LISTA DE APÊNDICES	7
LISTA DE FIGURAS	8
LISTA DE TABELAS E QUADROS	9
LISTA DE ABREVIATURAS E SIMBOLOS	10
RESUMO	11
<i>ABSTRACT</i>	12
<i>RESUMEN</i>	13
1 INTRODUÇÃO	
<i>1.1 Contexto</i>	14
<i>1.2 Justificativa</i>	15
<i>1.3 Relevância/ impacto do estudo</i>	15
2 OBJETIVOS	
<i>2.1 Objetivos gerais</i>	17
<i>2.2 Objetivos específicos</i>	17
3 MATERIAL E MÉTODOS	
<i>3.1 Desenho de estudo</i>	18
<i>3.2 Aspectos éticos</i>	18
<i>3.3 Participantes</i>	18
<i>3.4 Instrumento</i>	18
<i>3.5 Procedimentos</i>	19
<i>3.6 Análise de dados</i>	20
4 RESULTADOS	
4.1 Adaptação transcultural do <i>APSQ-III</i>	
<i>4.1.1 Fase I</i>	23
<i>4.1.2 Fase 2</i>	23
4.2 Análise de Validade do <i>APSQ-III</i>	
<i>4.2.1 Análise Fatorial Confirmatória do Attitudes to Patient Safety</i>	23

<i>Questionnaire (APSQ) com 30 itens</i>	
4.2.2 <i>Análise Fatorial Confirmatória do Attitudes to Patient Safety</i>	27
<i>Questionnaire (APSQ) com 26 itens</i>	
4.3 <i>Comparação do APSQ-III entre grupos</i>	32
4.3.1 <i>Análise comparativa dos fatores do APSQ-III por sexo</i>	32
5 DISCUSSÃO	35
6 FINANCIAMENTO	37
7 CONCLUSÃO	38
REFERÊNCIAS	39
ANEXOS	43
APÊNDICES	46

LISTA DE ANEXOS

Anexo I – Cópia aprovação comitê ética e pesquisa FAMERP	43
Anexo II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	44

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice I - Instrumento de Coleta de Dados, Autoaplicável, <i>On Line (Google Forms)</i>	46
- Questionário De Variáveis Sociodemográficos	
Apêndice II - Instrumento de Coleta de Dado, Autoaplicável, <i>On Line (Google Forms)</i>	48
- <i>Attitudes To Patient Safety Questionnaire - Version 3 (APSQ-3)</i>	

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1. Dimensões e número de itens do <i>APSQ-III</i> . FAMERP, São José do Rio Preto-SP, 2024.	18
Tabela 2. Critérios de ajuste dos modelos de análise fatorial confirmatória. FAMERP, São José do Rio Preto-SP, 2024	20
Tabela 3. Distribuição das Cargas Fatoriais por Itens do <i>APSQ</i> , com 30 itens. FAMERP, São José do Rio Preto-SP, 2024.	23
Tabela 4. Resumo das cargas fatoriais e índices de confiabilidade do <i>APSQ</i> , com 30 itens. FAMERP, São José do Rio Preto-SP, 2024.	26
Tabela 5. Distribuição das Cargas Fatoriais por Itens do <i>APSQ</i> , com 26 itens. FAMERP, São José do Rio Preto-SP, 2024	27
Tabela 6. Resumo das cargas fatoriais e índices de confiabilidade do <i>APSQ</i> , com 26 itens. FAMERP, São José do Rio Preto-SP, 2024.	29
Tabela 7. Correlação entre as variáveis latentes do modelo com 9 fatores e 26 itens. FAMERP, São José do Rio Preto-SP, 2024.	30
Tabela 8. Análise comparativa dos fatores do <i>APSQ-III</i> por sexo. FAMERP, São José do Rio Preto-SP, 2024.	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

<i>APSQ</i>	<i>Attitudes to Patient Safety Questionnaire</i>
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CFA	Análise Fatorial Confirmatória
<i>CFI</i>	<i>Comparative Fit Index</i>
EAS	Escala de Atitudes de Segurança
ICD	Instrumento de coleta de dados
MS	Ministério da Saúde
QVSD	Questionário de Variáveis Sociodemográficas e Profissionais
<i>RMSEA</i>	<i>Root Mean Square Error of Approximation</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<i>TLI</i>	<i>Tucker-Lewis Index</i>
<i>WLSMV</i>	<i>Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted</i>

RESUMO

MENEZES, João Daniel de Souza. Análise fatorial confirmatória e consistência interna do *Attitudes To Patient Safety Questionnaire - III (APSQ-III)* para avaliação dos conhecimentos e atitudes sobre segurança do paciente em ingressantes de cursos da área da saúde. xx f. Dissertação (Mestrado) – Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2024.

Objetivo: Validar para o português Brasil o instrumento de coleta de dados *Attitudes to Patient Safety Questionnaire (APSQ)*. **Métodos:** O processo de adaptação transcultural seguiu as diretrizes recomendadas, incluindo tradução, síntese, retrotradução, avaliação por comitê de especialistas e pré-teste. A validação foi realizada com uma amostra de 292 estudantes de cursos da área da saúde. As propriedades psicométricas foram avaliadas por meio de análise fatorial confirmatória, confiabilidade e comparação entre grupos. **Resultados:** A versão adaptada apresentou boa equivalência semântica, idiomática, experimental e cultural em relação ao instrumento original. O modelo final com 26 itens e 9 fatores apresentou ajuste satisfatório e cargas fatoriais em média altas. No entanto, dois fatores apresentaram baixa confiabilidade. As correlações entre os fatores revelaram associações significativas, corroborando a importância do trabalho em equipe, da cultura de segurança e da comunicação de erros. A comparação entre grupos indicou uma diferença significativa apenas no fator "*Confiança ao reportar erro*", com os homens apresentando maior confiança do que as mulheres. **Conclusão:** A versão brasileira do *APSQ-III* demonstrou propriedades psicométricas satisfatórias, sendo uma ferramenta válida e confiável para avaliar as atitudes dos estudantes em relação à segurança do paciente. Sua aplicação pode contribuir para o aprimoramento da formação acadêmica e para a promoção de uma cultura de segurança nos serviços de saúde. A disponibilidade de um instrumento adaptado e validado para o contexto brasileiro permitirá a avaliação das atitudes e conhecimentos sobre segurança do paciente em estudantes da área da saúde. Os resultados obtidos poderão subsidiar o planejamento e a implementação de intervenções educacionais voltadas para a promoção da segurança do paciente, contribuindo para a formação de profissionais mais conscientes e comprometidos com a qualidade e segurança dos cuidados de saúde. Além disso, a aplicação do *APSQ-III* em diferentes contextos pode contribuir para a identificação de fatores associados às atitudes dos estudantes e para o desenvolvimento de estratégias de melhoria da qualidade da assistência em saúde, beneficiando a sociedade como um todo.

Descritores: Segurança do Paciente, Atitudes, Estudantes de Medicina, Estudantes de Enfermagem, Adaptação Transcultural, Validação Psicometria.

ABSTRACT

MENEZES, João Daniel de Souza. *Confirmatory factor analysis and internal consistency of the Attitudes To Patient Safety Questionnaire - III (APSQ-III) for assessing knowledge and attitudes about patient safety in new entrants to health courses.* xx f. Dissertation (Master's) - *Stricto Sensu Postgraduate Program in Nursing.* São José do Rio Preto Medical School, São José do Rio Preto, 2024.

Objective: *To validate the Attitudes to Patient Safety Questionnaire (APSQ) for Brazilian Portuguese.* **Methods:** *The cross-cultural adaptation process followed recommended guidelines, including translation, synthesis, back-translation, expert committee evaluation, and pre-testing. Validation was conducted with a sample of 292 students from health-related courses. Psychometric properties were assessed through confirmatory factor analysis, reliability, and group comparisons.* **Results:** *The adapted version showed good semantic, idiomatic, experiential, and cultural equivalence to the original instrument. The final model, with 26 items and 9 factors, exhibited satisfactory fit and generally high factor loadings. However, two factors demonstrated low reliability. Correlations between factors revealed significant associations, underscoring the importance of teamwork, safety culture, and error communication. Group comparisons indicated a significant difference only in the “Confidence in Reporting Errors” factor, with men showing greater confidence than women.* **Conclusion:** *The Brazilian version of the APSQ-III demonstrated satisfactory psychometric properties, making it a valid and reliable tool for assessing students’ attitudes towards patient safety. Its application can contribute to improving academic training and promoting a safety culture in health services. The availability of an adapted and validated instrument for the Brazilian context will allow for the assessment of attitudes and knowledge about patient safety among health students. The results obtained can support the planning and implementation of educational interventions aimed at promoting patient safety, contributing to the training of professionals who are more aware and committed to the quality and safety of healthcare. Additionally, the application of the APSQ-III in different contexts can help identify factors associated with students’ attitudes and the development of strategies to improve the quality of healthcare, benefiting society as a whole.*

Keywords: *Patient safety, Attitudes, Medical students, Nursing students, Cross-cultural adaptation, Psychometric validation.*

RESUMEN

MENEZES, João Daniel de Souza. *Análisis factorial confirmatorio y consistencia interna del Cuestionario de Actitudes para la Seguridad del Paciente - III (APSQ-III) para la evaluación de conocimientos y actitudes sobre seguridad del paciente en recién ingresados en cursos de atención a la salud.* xx f. *Disertación (Maestría) - Programa de Postgrado en Enfermería Stricto Sensu. Facultad de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2024.*

Objetivo: Validar el Cuestionario de Actitudes hacia la Seguridad del Paciente (APSQ) para el portugués de Brasil. **Métodos:** El proceso de adaptación transcultural siguió las directrices recomendadas, que incluyeron la traducción, síntesis, retrotraducción, evaluación por un comité de expertos y una prueba piloto. La validación se realizó con una muestra de 292 estudiantes de cursos relacionados con la salud. Las propiedades psicométricas se evaluaron mediante análisis factorial confirmatorio, confiabilidad y comparación entre grupos. **Resultados:** La versión adaptada mostró buena equivalencia semántica, idiomática, experimental y cultural con respecto al instrumento original. El modelo final con 26 ítems y 9 factores presentó un ajuste satisfactorio y cargas factoriales generalmente altas. Sin embargo, dos factores presentaron baja confiabilidad. Las correlaciones entre los factores revelaron asociaciones significativas, lo que respalda la importancia del trabajo en equipo, la cultura de seguridad y la comunicación de errores. La comparación entre grupos indicó una diferencia significativa solo en el factor “Confianza en reportar errores”, donde los hombres mostraron mayor confianza que las mujeres. **Conclusión:** La versión brasileña del APSQ-III demostró propiedades psicométricas satisfactorias, siendo una herramienta válida y confiable para evaluar las actitudes de los estudiantes hacia la seguridad del paciente. Su aplicación puede contribuir a la mejora de la formación académica y a la promoción de una cultura de seguridad en los servicios de salud. La disponibilidad de un instrumento adaptado y validado para el contexto brasileño permitirá evaluar las actitudes y conocimientos sobre seguridad del paciente en estudiantes del área de la salud. Los resultados obtenidos podrán apoyar la planificación e implementación de intervenciones educativas dirigidas a promover la seguridad del paciente, contribuyendo a la formación de profesionales más conscientes y comprometidos con la calidad y seguridad de la atención sanitaria. Además, la aplicación del APSQ-III en diferentes contextos puede contribuir a la identificación de factores asociados con las actitudes de los estudiantes y al desarrollo de estrategias para mejorar la calidad de la atención sanitaria, beneficiando a la sociedad en su conjunto.

Palabras clave: Seguridad del Paciente, Actitudes, Estudiantes de Medicina, Estudiantes de Enfermería, Adaptación Transcultural, Validación Psicométrica.

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTO

A segurança do paciente tem se tornado uma preocupação crescente em todo o mundo, especialmente no contexto da educação em saúde.¹ Avaliar os conhecimentos e atitudes dos estudantes da área da saúde em relação à segurança do paciente é fundamental para identificar lacunas na formação e promover uma cultura de segurança desde o início da trajetória profissional.^{2,3} Nesse sentido, o *Attitudes to Patient Safety Questionnaire (APSQ)* tem se destacado como um instrumento amplamente utilizado para mensurar as atitudes em relação à segurança do paciente entre estudantes de medicina e tutores.²

O *APSQ* passou por diversas revisões ao longo dos anos, sendo a versão mais recente o *APSQ-III*, composto por 26 itens distribuídos em nove fatores.² Essa versão tem sido utilizada em diferentes países, como Reino Unido, Austrália e Arábia Saudita, demonstrando sua aplicabilidade em diversos contextos culturais.^{2,4-5} No entanto, para que um instrumento seja utilizado em um novo contexto, é necessário realizar sua adaptação transcultural e validação, a fim de garantir sua adequação e relevância.^{1,6}

A adaptação transcultural de instrumentos psicológicos envolve não apenas a tradução literal dos itens, mas também a consideração das diferenças culturais e a realização de ajustes necessários para manter a validade do instrumento.⁶ Esse processo é essencial para assegurar que o instrumento seja compreensível e apropriado para a população-alvo, levando em conta aspectos linguísticos, conceituais e culturais.⁷ Além disso, a validação do instrumento adaptado é fundamental para verificar suas propriedades psicométricas, como confiabilidade e validade, garantindo sua adequação para uso na nova população.¹

No Brasil, a segurança do paciente tem ganhado destaque nos últimos anos, com a implementação de políticas públicas e iniciativas educacionais voltadas para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de saúde.⁸ A Política Nacional de Segurança do Paciente, instituída em 2013, estabeleceu diretrizes e estratégias para promover a segurança do paciente em todos os níveis de atenção à saúde.⁸ Além disso, a inclusão da segurança do paciente como tema transversal nos currículos dos cursos da área da saúde tem sido recomendada por órgãos reguladores e associações profissionais.^{3,9}

Nesse contexto, a avaliação das atitudes e conhecimentos dos estudantes da área da saúde sobre segurança do paciente torna-se crucial para direcionar esforços educacionais e promover uma cultura de segurança desde o início da formação profissional.³ Estudos recentes têm demonstrado a importância de abordar a segurança do paciente de forma

integrada e longitudinal nos currículos, utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem e proporcionando oportunidades de aplicação prática dos conhecimentos adquiridos.^{10,11}

Considerando a relevância do *APSQ-III* e a necessidade de instrumentos validados para avaliar as atitudes em relação à segurança do paciente no contexto brasileiro, este estudo tem como objetivo realizar a adaptação transcultural e validação do *APSQ-III* para a língua portuguesa e para a cultura brasileira. A disponibilidade de uma versão adaptada e validada do *APSQ-III* permitirá a avaliação das atitudes e conhecimentos sobre segurança do paciente em estudantes ingressantes de cursos da área da saúde no Brasil, fornecendo subsídios para o aprimoramento da educação em segurança do paciente e para o monitoramento de mudanças nas atitudes ao longo da formação profissional.

1.2 JUSTIFICATIVAS

Existem diferenças significativas na forma como a educação sobre segurança do paciente é fornecida para estudantes de enfermagem e medicina em relação ao desenho do curso e ao conteúdo, o momento em que é apresentado no currículo, os processos de avaliação e aos resultados. Assim, com base no conhecimento atual, a segurança do paciente continua a oferecer grandes desafios para a integração nos currículos de educação em saúde, de modo que o presente estudo pretende contribuir com a validação para o português Brasil do instrumento *Attitudes to Patient Safety Questionnaire III (APSQ-III)* com intuito de verificar quantitativamente a formação dos graduandos e o impacto do currículo formal no que tange os preceitos de segurança do paciente.

1.3 RELEVÂNCIA/ IMPACTO DO ESTUDO

Nas últimas décadas, cresceu significativamente a importância atribuída à avaliação de programas educacionais, devido ao crescimento do número de instituições que formam profissionais da saúde e, conseqüentemente, um número de egressos muito maior. Isso tem significado maiores investimentos e mais atenção tem sido dada à eficiência destes programas.

Outra razão é a responsabilidade que a instituição formadora tem frente às necessidades da sociedade, o que aumenta muito o empenho dos interessados em conhecer/demonstrar a qualidade dos programas educacionais na área da saúde.

Dessa forma, a realização deste trabalho tem como impacto oferecer subsídios para realização de trabalhos e implementações de melhorias nas lacunas encontradas com a realização deste estudo, visando adequações no ensino de segurança do paciente nos cursos em saúde.

Considerando que a abordagem sobre segurança do paciente durante a graduação desempenha papel fundamental na redução de taxas de erro em saúde, para avaliar e complementar a formação de profissionais da saúde.

A adaptação transcultural e validação do *APSQ-III* para o contexto brasileiro contribuirá para o avanço das pesquisas em segurança do paciente no país, possibilitando comparações com estudos internacionais e fornecendo um instrumento confiável e válido para a avaliação das atitudes e conhecimentos dos estudantes da área da saúde. Além disso, os resultados obtidos poderão subsidiar o planejamento e a implementação de intervenções educacionais voltadas para a promoção da segurança do paciente, contribuindo para a formação de profissionais mais conscientes e comprometidos com a qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS (Primário)

Validar para o português Brasil o instrumento de coleta de dados *Attitudes to Patient Safety Questionnaire III (APSQ III)*.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS (Secundários)

a) Traduzir e adaptar culturalmente o instrumento *Attitudes to Patient Safety Questionnaire III (APSQ III)* para o português Brasil, considerando as especificidades do contexto acadêmico dos graduandos em enfermagem, psicologia e medicina;

b) Avaliar as propriedades psicométricas da versão brasileira do instrumento *Attitudes to Patient Safety Questionnaire III (APSQ III)* em acadêmicos de medicina, psicologia e enfermagem, incluindo: a) validade de conteúdo; b) validade de construto (análise fatorial exploratória e confirmatória); c) consistência interna; d) confiabilidade teste-reteste;

c) Caracterizar o perfil sociodemográfico e acadêmico dos estudantes participantes do estudo;

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Desenho de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, não randomizado, não controlado, prospectivo e transversal.

3.2 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (Parecer 4.543.158, de 17/02/2021 - Anexo I) e todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II).

3.3 Participantes

O estudo contou com uma amostra de conveniência composta por estudantes ingressantes de cursos de graduação da área da saúde, incluindo medicina, enfermagem e psicologia, de uma universidade pública brasileira. O tamanho amostral foi determinado com base em diretrizes para estudos de validação e considerou um mínimo de 10 participantes por item do instrumento¹²⁻¹³, resultando em uma amostra mínima de 260 participantes, considerando os 26 itens do *APSQ-III*. No entanto, para garantir uma margem de segurança e maior representatividade, optou-se por um tamanho amostral com 20% de perda esperada, totalizando 292 participantes. Foram incluídos todos os alunos da instituição, com exceção dos graduandos menores de 18 anos ou que não consentiram em participar do estudo.

Foram incluídos estudantes regularmente matriculados nos cursos selecionados e que aceitaram participar voluntariamente do estudo. Não houve exclusões dentre os que aceitaram participar e maiores de 18 anos, já que o formulário online não permitia o envio sem o preenchimento completo dos instrumentos. Essa abordagem está em consonância com estudos recentes de validação de instrumentos na área da saúde¹⁰⁻¹¹.

3.4 Instrumentos

O instrumento a ser adaptado e validado é o *Attitudes to Patient Safety Questionnaire III (APSQ-III)*, desenvolvido por Carruthers *et al.*² O *APSQ-III* é composto por 26 itens, distribuídos em nove dimensões, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Dimensões e número de itens do *APSQ-III*. FAMERP, São José do Rio Preto-SP, 2024.

Dimensão	Número de itens
1. Trabalho em equipe	3
2. Erro e responsabilidade	3
3. Confiança	3
4. Treinamento e habilidades	3
5. Notificação de erros	3
6. Fatores organizacionais	3
7. Fatores individuais	3
8. Fatores do paciente	3
9. Divulgação e discussão do erro	2
Total	26

Os itens são respondidos em uma escala *Likert* de 5 pontos, variando de "*discordo totalmente*" a "*concordo totalmente*".

Foi incluído também um questionário de variáveis sociodemográficas construído pelos pesquisadores, contendo informações como idade, sexo, curso de graduação, período do curso e outros dados (Apêndice I). Essas variáveis foram selecionadas com base em estudos anteriores que indicaram seu potencial influência nas atitudes de segurança do paciente.^{3,5}

3.5 Procedimentos

O processo de adaptação transcultural do *APSQ-III* seguiu as diretrizes propostas por Beaton *et al.* e Epstein *et al.*, sendo realizado em duas fases.^{7,14} Na Fase 1, foram conduzidos os estágios de tradução, síntese, retrotradução e avaliação pelo comitê de especialistas. Três traduções independentes foram realizadas por tradutores nativos de língua portuguesa do Brasil, seguidas da produção de uma síntese pelos pesquisadores. Posteriormente, três retrotraduções foram feitas por tradutores nativos de língua inglesa, sem contato prévio com o questionário original. Um comitê de especialistas, composto por 5 professores de cursos de graduação da área da saúde e 3 especialistas em adaptação transcultural, avaliou a síntese proposta quanto à equivalência semântica, idiomática, experimental e cultural, alcançando um consenso superior a 90% para a versão pré-final.

Na Fase 2, foi realizado o pré-teste com 50 estudantes do segundo e terceiro ano dos cursos selecionados. Os participantes responderam à versão pré-final do *APSQ-III* e foram

entrevistados para identificar problemas e sugestões de mudanças antes da validação. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (Parecer 4.543.158, de 17/02/2021 - Anexo I) e todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II).

Após o processo de adaptação transcultural seguiu-se a validação para o contexto brasileiro da versão em português do *APSQ-III*. Os participantes dessa etapa do estudo foram 292 estudantes acadêmicos ingressantes, do segundo e do terceiro ano dos cursos de Enfermagem, Medicina e Psicologia, excluindo-se aqueles que responderam o pré-teste. O tamanho amostral foi definido segundo o critério de no mínimo 10 indivíduos para cada item da escala, resultando em $26 \text{ itens} \times 10 = 260$ respondentes, acrescido de 20% de perda amostral esperada, totalizando 292 respondentes.² A amostra foi estratificada por curso e semestre, com 86,7 participantes por curso e 28,9 por série. Para essa etapa a coleta de dados foi realizada por meio de um formulário online, utilizando a plataforma *Google Forms*. Os estudantes foram convidados a participar do estudo por meio de e-mail institucional e redes sociais dos cursos. O formulário continha informações sobre os objetivos do estudo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o questionário sociodemográfico e o *APSQ-III* adaptado (Apêndice II).

3.6 Análise de Dados

As propriedades psicométricas do *APSQ-III* adaptado foram avaliadas por meio de análises estatísticas. A estrutura fatorial foi verificada por meio de análise fatorial confirmatória (CFA), utilizando uma matriz de correlação policórica e o método de estimação *Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted (WLSMV)*, considerado ideal para dados ordinais.^{15,16} Esse procedimento está em consonância com os estudos de Green *et al.* e Stefanek *et al.*, que utilizaram abordagens semelhantes na validação de instrumentos de segurança do paciente.^{17,18}

O ajuste dos modelos foi avaliado por meio de três índices: *Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)*, *Comparative Fit Index (CFI)* e *Tucker-Lewis Index (TLI)*. Seguindo as recomendações da literatura psicométrica⁽²⁰⁻²³⁾, valores de *RMSEA* < 0,08, com intervalo de confiança não o atingindo 0,10, e valores de *CFI* e *TLI* $\geq 0,90$ foram considerados aceitáveis para a não rejeição do modelo.^{16,19-21} A Tabela 2 apresenta os critérios de ajuste utilizados.

Tabela 2. Critérios de ajuste dos modelos de análise fatorial confirmatória. FAMERP, São José do Rio Preto-SP, 2024.

Índice	Critério de ajuste aceitável
<i>RMSEA</i>	< 0,08 (IC não atingindo 0,10)
<i>CFI</i>	≥ 0,90
<i>TLI</i>	≥ 0,90

Para os modelos considerados aceitáveis, foram calculados o alfa de *Cronbach*, o ômega de *McDonald* e a confiabilidade composta, a fim de verificar a confiabilidade das variáveis latentes. Uma variável latente foi considerada confiável se apresentasse um valor mínimo de .60 no ômega de *McDonald* ou na confiabilidade composta.^{22,23}

As análises fatoriais confirmatórias foram realizadas utilizando o pacote *lavaan* 0.6-8 da linguagem *R Statistical* (versão 4.3.2). Os índices de confiabilidade foram calculados por meio do pacote *semTools*.²⁴⁻²⁶

Na comparação entre os grupos, de acordo com a literatura psicométrica, a mesma deve ser efetuada mediante análise de invariância.²⁷ Esta análise se desdobra em três etapas principais. Inicialmente, na etapa configural, examina-se se a estrutura fatorial se mantém consistente entre os grupos investigados. Subsequentemente, na etapa métrica, investiga-se a presença de diferenças significativas nas cargas fatoriais entre os grupos. Por fim, na etapa escalar, avalia-se a equivalência dos limiares dos itens entre os grupos. Os limiares dos itens representam as distâncias entre categorias ordenadas.

Dada a impossibilidade material de se verificar a invariância da medida na amostra deste estudo (respostas faltantes para pelo menos uma das categorias de resposta para um dos grupos), procedeu-se a comparação dos grupos assumindo que haja invariância escalar entre os sexos. Esse foi um pressuposto assumido sem respaldo empírico, como ocorre em muitos estudos da área da saúde e educação. No entanto, para realizar essa análise foram utilizados escores fatoriais ao invés de escores brutos, estimados pelo método de *tenBerge*, pois este método preserva as correlações entre os fatores.²⁸ O escore fatorial calculado pelo método de *tenBerge* é um escore fatorial do tipo refinado.²⁹ Esse tipo de escore fatorial usa informações padronizadas para criar pontuações fatoriais, produzindo pontuações padronizadas semelhantes a uma métrica de pontuação *Z*, onde os valores variam de aproximadamente -3,0 a +3,0.²⁹ No entanto, foi realizada uma normatização desses valores para que eles estivessem entre 1 e 7, conforme valores da escala. Embora a utilização do escore fatorial seja mais

adequada do que a de escores não refinados, como o somatório, ele ainda é pouco utilizado.²⁸⁻

31

Antes de comparar as diferenças dos escores entre os sexos, foi verificado se os escores possuíam distribuição normal ou não. Caso a hipótese da distribuição normal não fosse rejeitada, utilizaríamos o teste t de *Student*. Caso contrário, realizaríamos o teste de *Mann-Whitney*. Adotamos como indicativo de normalidade o p-valor maior do que 0,05 no *Shapiro-Wilk*. Todas essas análises foram realizadas com o *software* estatístico R.²⁵ Os testes estatísticos t de *Student* e *Mann-Whitney* foram computados com funções nativas do R. Os tamanhos de efeitos foram calculados pelo pacote *ggstatsplot*.³² As análises gráficas foram realizadas com o pacote *ggplot2*.³³

4 RESULTADOS

4.1 Adaptação transcultural do *APSQ-III*

4.1.1 Fase 1

Na Fase 1, foram conduzidos os estágios de tradução, síntese, retrotradução e avaliação pelo comitê de especialistas. Três traduções independentes foram realizadas por tradutores nativos de língua portuguesa do Brasil, resultando em versões com 92%, 95% e 94% de equivalência semântica em relação ao instrumento original. A partir dessas traduções, os pesquisadores produziram uma síntese, a qual apresentou 96% de equivalência semântica com o questionário original.

Posteriormente, três retrotraduções foram feitas por tradutores nativos de língua inglesa, sem contato prévio com o questionário original. As retrotraduções apresentaram 93%, 91% e 94% de equivalência semântica com a versão original do instrumento.

Um comitê de especialistas, composto por 5 professores de cursos de graduação da área da saúde e 3 especialistas em adaptação transcultural, avaliou a síntese proposta quanto à equivalência semântica, idiomática, experimental e cultural. O comitê alcançou um consenso de 97% para a equivalência semântica, 95% para a equivalência idiomática, 98% para a equivalência experimental e 96% para a equivalência cultural, resultando em uma média de 96,5% de consenso para a versão pré-final do instrumento adaptado.

4.1.2 Fase 2

Na Fase 2, foi realizado o pré-teste com 50 estudantes do segundo e terceiro ano dos cursos de Enfermagem, Medicina e Psicologia. Os participantes responderam à versão pré-final do *APSQ-III* e foram entrevistados para identificar problemas e sugestões de mudanças antes da validação.

Com base nas sugestões dos participantes do pré-teste, o comitê de especialistas realizou pequenos ajustes na redação dos três itens mencionados, visando aprimorar a clareza e a compreensão do instrumento. Após essas modificações, a versão final do *APSQ-III* foi considerada adequada para a validação.

4.2 Análise de Validade do *APSQ-III*

4.2.1 Análise Fatorial Confirmatória do *Attitudes to Patient Safety Questionnaire (APSQ)* com 30 itens

Neste estudo, o modelo do *APSQ* com 30 itens apresentou ajuste aceitável (χ^2 [369] = 653,262, *CFI* = ,983, *TLI* = ,981, *RMSEA* = ,043 [,037 – ,048]), permitindo concluir que as variáveis latentes mensuradas pelo modelo são válidas. A Tabela 3 apresenta as cargas fatoriais dos itens neste modelo.

Tabela 3. Distribuição das Cargas Fatoriais por Itens do *APSQ*, com 30 itens. FAMERP, São José do Rio Preto-SP, 2024.

Fator	Item	CF	CF
			Invertido
F1	1. Meu treinamento está me preparando para entender as causas dos erros médicos.	0,801	0,801
F1	2. Tenho um bom entendimento das questões de segurança do paciente como resultado do meu treinamento de graduação.	0,602	0,602
F1	3. Meu treinamento está me preparando para prevenir erros médicos.	0,935	0,935
F2	4. Eu me sentiria a vontade para relatar quaisquer erros que tivesse cometido, não importa o quão sério o resultado tenha sido para o paciente.	0,922	0,922
F2	5. Eu me sentiria confortável em relatar quaisquer erros que outras pessoas tivessem cometido, não importa o quão sério o resultado tenha sido para o paciente.	0,714	0,714
F2	6. Estou confiante de que poderia falar abertamente com meu supervisor sobre um erro que cometi se tivesse resultado em dano potencial ou real ao meu paciente.	0,760	0,760
F2	7. Sinto-me confiante de que poderia relatar um erro que cometi sem sentir que seria culpado.	0,506	0,506
F3	8. Turnos mais curtos para os profissionais de saúde médicos reduzirão os erros em saúde	0,792	0,792
F3	9. Por não fazer pausas regulares durante os turnos, os	0,932	0,932

profissionais de saúde correm um risco maior de cometer erros em saúde.

F3	10. O número de horas de trabalho dos profissionais de saúde aumenta a probabilidade de cometer erros em saúde	0,893	0,893
F4	11. Mesmo os profissionais de saúde mais experientes e competentes cometem erros	0,765	0,765
F4	12i. Um verdadeiro profissional não comete erro ou erros.	-0,769	0,769
F4	13. O erro humano é inevitável.	0,291	0,291
F4	14. Não acho que cometerei erros uma vez que for um profissional de saúde qualificado.	-0,702	0,702
F5	15. A maioria dos erros em saúde resulta de enfermeiras descuidadas.	0,547	0,547
F5	16i. Se as pessoas prestassem mais atenção no trabalho, erros em saúde seriam evitados.	0,652	0,652
F5	17i. A maioria dos erros em saúde resulta de profissionais de saúde descuidados.	0,793	0,793
F5	18i. Erros em saúde são um sinal de incompetência.	0,699	0,699
F6	19i. Não é necessário relatar erros que não resultem em resultados adversos para o paciente	0,684	0,684
F6	20. Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de divulgar os erros aos pacientes apenas se eles resultarem em danos aos pacientes.	0,633	0,633
F6	21. Todos os erros em saúde devem ser relatados.	-0,933	0,933
F6	22. É responsabilidade de todos os profissionais de saúde relatar formalmente todos os erros em saúde que ocorram.	-0,804	0,804
F7	23. Um melhor trabalho em equipe multidisciplinar reduzirá os erros em saúde.	0,845	0,845
F7	24. O ensino de habilidades de trabalho em equipe reduzirá os erros em saúde.	0,964	0,964

F8	25. Os pacientes têm um papel importante na prevenção de erros em saúde	0,738	0,738
F8	26. Incentivar os pacientes a se envolverem mais em seus cuidados pode ajudar a reduzir o risco de ocorrência de erros em saúde.	0,942	0,942
F9	27. Ensinar os alunos sobre a segurança do paciente deve ser uma prioridade importante no treinamento dos alunos das áreas da saúde.	0,737	0,737
F9	28i. As questões de segurança do paciente não podem ser ensinadas e só podem ser aprendidas pela experiência clínica quando qualificado.	-0,509	0,509
F9	29. Aprender sobre questões de segurança do paciente antes de me qualificar permitirá que eu me torne um profissional de saúde mais eficaz.	0,825	0,825
F9	30. Aprender sobre questões de segurança do paciente não é tão importante quanto aprender outros aspectos mais baseados em habilidades de ser um profissional de saúde.	-0,615	0,615

Nota. F1: Treinamento sobre segurança do paciente recebido; F2: Confiança ao reportar erro; F3: Horas de trabalho como causa do erro; F4: Inevitabilidade do erro; F5: Incompetência profissional como causa do erro; F6: Responsabilidade de divulgação; F7: Funcionamento da equipe; F8: Envolvimento do paciente na redução do erro; F9: Importância da segurança do paciente no currículo; CF: Carga Fatorial; i: Invertido.

Conforme podemos observar na Tabela 3, era esperado que os itens 12, 16, 17, 18, 19 e 28 fossem itens inversos. No entanto, os resultados indicam que dos itens propostos, apenas os itens 12 e 28 apresentaram esse comportamento. Além desses, os resultados mostram que os itens 14, 21, 22 e 30 apresentaram comportamento inverso. Os resultados também apresentaram quatro itens (7, 13, 15, 28) com cargas fatoriais baixas.

A Tabela 4 apresenta um resumo das cargas fatoriais e os índices de confiabilidade dos fatores.

Tabela 4. Resumo das cargas fatoriais e índices de confiabilidade do *APSQ*, com 30 itens. FAMERP, São José do Rio Preto-SP, 2024.

Fator	N	Média	DP	Min	Máx	<i>Alpha de Cronbach</i>	<i>Ômega McDonald</i>	Confiabilidade composta
F1	3	0,779	0,167	0,602	0,935	0,770	0,810	0,619
F2	4	0,726	0,171	0,506	0,922	0,770	0,780	0,609
F3	3	0,872	0,072	0,792	0,932	0,830	0,850	0,763
F4	4	0,632	0,229	0,291	0,769	0,500	0,520	0,487
F5	4	0,673	0,102	0,547	0,793	0,720	0,740	0,528
F6	4	0,763	0,134	0,633	0,933	0,750	0,800	0,658
F7	2	0,905	0,084	0,845	0,964	0,800	0,830	0,754
F8	2	0,840	0,144	0,738	0,942	0,750	0,780	0,624
F9	4	0,672	0,138	0,509	0,825	0,520	0,590	0,529

Nota. N: Número de itens por fator; DP: Desvio padrão; Min: mínimo; Máx: Máximo. Negrito: Valores abaixo de .60. F1: Treinamento sobre segurança do paciente recebido; F2: Confiança ao reportar erro; F3: Horas de trabalho como causa do erro; F4: Inevitabilidade do erro; F5: Incompetência profissional como causa do erro; F6: Responsabilidade de divulgação; F7: Funcionamento da equipe; F8: Envolvimento do paciente na redução do erro; F9: Importância da segurança do paciente no currículo.

A Tabela 4 apresenta informações psicométricas sobre os instrumentos. Os fatores 4 e 9 não apresentaram confiabilidade no ômega de *McDonald* ou na confiabilidade composta acima de 0,60, não nos permitindo concluir que suas medidas são confiáveis.

4.2.2 Análise Fatorial Confirmatória do *Attitudes to Patient Safety Questionnaire (APSQ)* com 26 itens

Neste estudo, o modelo do *APSQ* com 26 itens apresentou ajuste aceitável (χ^2 [263] = 407,602, *CFI* = ,990, *TLI* = ,987, *RMSEA* = ,036 [,029 – ,043]), permitindo concluir que as variáveis latentes mensuradas pelo modelo são válidas. Nesse modelo, foram utilizados os itens 12, 21 e 28 de modo inverso. A Tabela 5 apresenta as cargas fatoriais dos itens neste modelo.

Tabela 5. Distribuição das Cargas Fatoriais por Itens do *APSQ*, com 26 itens. FAMERP, São José do Rio Preto-SP, 2024.

Fator	Item	CF
F1	1. Meu treinamento está me preparando para entender as causas dos erros médicos.	0,806
F1	2. Tenho um bom entendimento das questões de segurança do paciente como resultado do meu treinamento de graduação.	0,601
F1	3. Meu treinamento está me preparando para prevenir erros médicos.	0,932
F2	4. Eu me sentiria a vontade para relatar quaisquer erros que tivesse cometido, não importa o quão sério o resultado tenha sido para o paciente.	0,933
F2	5. Eu me sentiria confortável em relatar quaisquer erros que outras pessoas tivessem cometido, não importa o quão sério o resultado tenha sido para o paciente.	0,705
F2	6. Estou confiante de que poderia falar abertamente com meu supervisor sobre um erro que cometi se tivesse resultado em dano potencial ou real ao meu paciente.	0,742
F3	8. Turnos mais curtos para os profissionais de saúde médicos reduzirão os erros em saúde	0,785
F3	9. Por não fazer pausas regulares durante os turnos, os profissionais de saúde correm um risco maior de cometer erros em saúde.	0,931
F3	10. O número de horas de trabalho dos profissionais de saúde aumenta a probabilidade de cometer erros em saúde	0,895
F4	11. Mesmo os profissionais de saúde mais experientes e competentes cometem erros	0,867
F4	12i. Um verdadeiro profissional não comete erro ou erros.	0,689
F4	13. O erro humano é inevitável.	0,231
F5	15. A maioria dos erros em saúde resulta de enfermeiras descuidadas.	0,533
F5	16. Se as pessoas prestassem mais atenção no trabalho, erros em saúde seriam evitados.	0,670
F5	17. A maioria dos erros em saúde resulta de profissionais de saúde descuidados.	0,826
F5	18. Erros em saúde são um sinal de incompetência.	0,645
F6	19. Não é necessário relatar erros que não resultem em resultados adversos para o paciente	0,743
F6	20. Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de divulgar os erros aos pacientes	0,688

apenas se eles resultarem em danos aos pacientes.

F6	21i. Todos os erros em saúde devem ser relatados.	0,852
F7	23. Um melhor trabalho em equipe multidisciplinar reduzira os erros em saúde.	0,840
F7	24. O ensino de habilidades de trabalho em equipe reduzira os erros em saúde.	0,970
F8	25. Os pacientes têm um papel importante na prevenção de erros em saúde	0,747
F8	26. Incentivar os pacientes a se envolverem mais em seus cuidados pode ajudar a reduzir o risco de ocorrência de erros em saúde.	0,932
F9	27. Ensinar os alunos sobre a segurança do paciente deve ser uma prioridade importante no treinamento dos alunos das áreas da saúde.	0,760
F9	28i. As questões de segurança do paciente não podem ser ensinadas e só podem ser aprendidas pela experiência clínica quando qualificado.	0,451
F9	29. Aprender sobre questões de segurança do paciente antes de me qualificar permitirá que eu me torne um profissional de saúde mais eficaz.	0,819

Nota. F1: Treinamento sobre segurança do paciente recebido; F2: Confiança ao reportar erro; F3: Horas de trabalho como causa do erro; F4: Inevitabilidade do erro; F5: Incompetência profissional como causa do erro; F6: Responsabilidade de divulgação; F7: Funcionamento da equipe; F8: Envolvimento do paciente na redução do erro; F9: Importância da segurança do paciente no currículo; CF: Carga Fatorial; i: invertido.

Conforme observa-se na Tabela 5, as cargas fatoriais foram em média altas, mas três itens apresentaram cargas fatoriais baixas (13, 15 e 28). Esse resultado sugere que o modelo convergiu bem, embora possa haver alguns itens que necessitem de alguma adaptação ou reformulação para a amostra brasileira.

A Tabela 6 apresenta um resumo das cargas fatoriais e os índices de confiabilidade dos fatores.

Tabela 6. Resumo das cargas fatoriais e índices de confiabilidade do *APSQ*, com 26 itens. FAMERP, São José do Rio Preto-SP, 2024

Fator	N	Média	DP	Min	Máx	<i>Alpha de Cronbach</i>	<i>Ômega McDonald</i>	Confiabilidade composta
F1	3	0,780	0,167	0,601	0,932	0,770	0,800	0,619
F2	3	0,793	0,122	0,705	0,933	0,790	0,820	0,636
F3	3	0,871	0,076	0,785	0,931	0,830	0,850	0,761
F4	3	0,596	0,328	0,231	0,867	0,310	0,330	0,382
F5	4	0,669	0,121	0,533	0,826	0,720	0,740	0,524
F6	3	0,761	0,083	0,688	0,852	0,700	0,740	0,582
F7	2	0,905	0,092	0,840	0,970	0,800	0,840	0,756
F8	2	0,840	0,131	0,747	0,932	0,750	0,780	0,621
F9	3	0,676	0,198	0,451	0,819	0,420	0,480	0,470

Nota. N: Número de itens por fator; DP: Desvio padrão; Min: mínimo; Máx: Máximo. Negrito: Valores abaixo de .60. F1: Treinamento sobre segurança do paciente recebido; F2: Confiança ao reportar erro; F3: Horas de trabalho como causa do erro; F4: Inevitabilidade do erro; F5: Incompetência profissional como causa do erro; F6: Responsabilidade de divulgação; F7: Funcionamento da equipe; F8: Envolvimento do paciente na redução do erro; F9: Importância da segurança do paciente no currículo.

Assim como no modelo com 30 itens e 9 fatores, no modelo com 9 fatores e 26 itens os fatores 4 e 9 apresentaram confiabilidade muito baixa.

A Tabela 7 apresenta as correlações entre as variáveis latentes estimadas via análise fatorial confirmatória.

Tabela 7. Correlação entre as variáveis latentes do modelo com 9 fatores e 26 itens. FAMERP, São José do Rio Preto-SP, 2024.

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9
F1	1,00								
F2	0,46	1,00							
F3	0,05	0,00	1,00						
F4	0,09	0,11	0,34	1,00					
F5	0,08	-0,03	0,02	-0,38	1,00				
F6	-0,06	-0,29	-0,18	-0,21	0,08	1,00			
F7	0,14	0,15	0,50	0,30	0,06	-0,26	1,00		
F8	0,27	0,12	0,20	0,13	-0,04	-0,01	0,36	1,00	
F9	0,26	0,23	0,41	0,38	0,03	-0,36	0,66	0,35	1,00

Nota. Negrito: p-valor < .05; F1: Treinamento sobre segurança do paciente recebido; F2: Confiança ao reportar erro; F3: Horas de trabalho como causa do erro; F4: Inevitabilidade do erro; F5: Incompetência profissional como causa do erro; F6: Responsabilidade de divulgação; F7: Funcionamento da equipe; F8: Envolvimento do paciente na redução do erro; F9: Importância da segurança do paciente no currículo.

A Tabela 5 apresenta as correlações entre variáveis latentes do modelo com 9 fatores (F1 a F9) e 26 itens do *APSQ-III*. As correlações variam de -1 (*correlação perfeita negativa*) a 1 (*correlação perfeita positiva*), onde valores próximos de 0 indicam ausência de correlação. Conforme observa-se na tabela, a maior parte das correlações significativas entre os fatores são correlações entre baixas e moderadas, adotando o critério de Cohen (1988), em que correlações entre 0,10 à 0,29 são baixas e entre 0,30 à 0,49 são consideradas moderadas.

Observam-se correlações positivas fortes entre vários fatores, o que indica uma relação positiva significativa entre eles. Por exemplo: F7 (*Funcionamento da equipe*) e F9 (*Importância da segurança do paciente no currículo*) têm uma correlação de 0,66, sugerindo que percepções positivas sobre o funcionamento da equipe estão fortemente associadas a uma maior valorização da segurança do paciente no currículo. F7 e F3 (*Horas de trabalho como causa do erro*) têm uma correlação de 0,50, indicando que problemas no funcionamento da equipe podem estar relacionados a percepções de que as horas de trabalho contribuem para erros.

As correlações negativas, embora em sua maioria fracas, revelam uma relação inversa entre alguns fatores. Por exemplo, F6 (*Responsabilidade de divulgação*) tem correlações negativas leves com vários outros fatores, como F2 (*Confiança ao reportar erro*) com -0,29, sugerindo que quanto maior a percepção da responsabilidade de divulgar erros, menor a confiança em reportá-los.

Alguns pares de fatores apresentam correlações muito baixas ou próximas de zero (ex: F3 e F2 com 0,00), indicando que não há relação linear significativa entre essas variáveis. Isso pode sugerir que essas dimensões da segurança do paciente operam independentemente uma da outra dentro deste contexto.

Esses resultados são importantes, pois ressaltam as relações entre os fatores. Por exemplo, Treinamento sobre Segurança do Paciente (F1) tem correlações positivas moderadas com F2 (*Confiança ao reportar erro*), sugerindo que o treinamento recebido está relacionado positivamente com a confiança ao reportar erro. Destacar esses achados é importante para se pensar em potenciais para intervenções focadas em melhorias. Por outro lado, as correlações não significativas e ausentes ressaltam a necessidade de abordagens diferenciadas para tratar diversos aspectos da segurança do paciente, reconhecendo que melhorias em uma área não necessariamente se traduzem em melhorias em outra.

4.3 Comparação do *APSQ-III* entre grupos

4.3.1 Análise comparativa dos fatores do *APSQ-III* por sexo

A Tabela 8 apresenta os resultados do teste de *Mann-Whitney* entre os sexos. Conforme podemos observar, houve diferença estatisticamente significativa apenas no fator *Confiança ao reportar erro*. Os homens apresentaram uma maior confiança em reportar os seus erros do que as mulheres.

O teste de *Mann-Whitney* foi utilizado para comparar as medianas entre os grupos, uma vez que os dados não apresentaram distribuição normal.

Tabela 8. Análise comparativa dos fatores do *APSQ-III* por sexo. FAMERP, São José do Rio Preto-SP, 2024.

Fator	Grupo	N	Mediana [min, max]	W	p-valor	r-bisserial [IC 95%]
F1	Feminino	281	5,20 [1,00; 6,84]	18531,00	0,23	-0,07 [-0,19; 0,05]
	Masculino	142	5,28 [1,69; 7,00]			
F2	Feminino	281	5,03 [1,00; 7,00]	17495,00	0,04	-0,12 [-0,24; -0,01]
	Masculino	142	5,17 [2,23; 6,82]			
F3	Feminino	281	5,98 [1,33; 7,00]	19317,00	0,59	-0,03 [-0,15; 0,08]
	Masculino	142	6,05 [1,37; 6,81]			
F4	Feminino	281	6,10 [3,00; 7,00]	18738,00	0,31	-0,06 [-0,18; 0,06]
	Masculino	142	6,12 [3,54; 6,68]			
F5	Feminino	281	3,25 [1,14; 6,66]	19595,00	0,76	-0,02 [-0,13; 0,10]
	Masculino	142	3,31 [1,00; 6,75]			
F6	Feminino	281	2,49 [1,00; 6,33]	20350,00	0,74	0,02 [-0,10; 0,14]
	Masculino	142	2,54 [1,05; 5,95]			
F7	Feminino	281	6,32 [2,50; 6,89]	18054,00	0,11	-0,10 [-0,21; 0,02]
	Masculino	142	6,35 [2,68; 7,00]			
F8	Feminino	281	5,38 [1,00; 6,84]	18721,00	0,30	-0,06 [-0,18; 0,05]
	Masculino	142	5,47 [1,85; 7,00]			
F9	Feminino	281	6,30 [1,25; 6,87]	18322,00	0,17	-0,08 [-0,20; 0,03]
	Masculino	142	6,38 [3,09; 7,00]			

Nota. min: Mínimo; max: Máximo; N: Tamanho da Amostra; F1: Treinamento sobre segurança do paciente recebido; F2: Confiança ao reportar erro; F3: Horas de trabalho como causa do erro; F4: Inevitabilidade do erro; F5: Incompetência profissional como causa do erro; F6: Responsabilidade de divulgação; F7: Funcionamento da equipe; F8: Envolvimento do paciente na redução do erro; F9: Importância da segurança do paciente no currículo.

Apenas no fator F2 (*Confiança ao reportar erro*) houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($p = 0,04$), com os homens apresentando uma mediana maior (5,33) do que as mulheres (5,03). Isso sugere que os homens têm maior confiança em reportar

erros do que as mulheres nesta amostra. O tamanho de efeito (r-bisserial) para essa diferença foi de -0,12, indicando um efeito pequeno.

Para os demais fatores, não houve diferenças significativas entre os sexos, com valores de p variando de 0,23 a 0,96. As medianas foram iguais ou muito próximas entre homens e mulheres nesses fatores. Os tamanhos de efeito também foram muito pequenos, próximos de zero, reforçando a ausência de diferenças relevantes.

Esses resultados sugerem que, de modo geral, as atitudes em relação à segurança do paciente são similares entre estudantes do sexo masculino e feminino nesta amostra, com exceção da confiança em reportar erros, que foi ligeiramente maior nos homens. É importante ressaltar que, mesmo sendo estatisticamente significativa, a diferença no fator F2 teve um tamanho de efeito pequeno, indicando que a magnitude dessa diferença é limitada.

5 DISCUSSÃO

A adaptação transcultural e a validação do *APSQ-III* para o contexto brasileiro são fundamentais para disponibilizar um instrumento confiável e válido para avaliar as atitudes dos estudantes da área da saúde em relação à segurança do paciente. O processo de adaptação seguiu as diretrizes recomendadas na literatura, incluindo tradução, síntese, retrotradução, avaliação por comitê de especialistas e pré-teste.^{14,33-40} Os resultados indicaram uma boa equivalência semântica, idiomática, experimental e cultural entre a versão adaptada e o instrumento original, corroborando estudos anteriores de adaptação transcultural de instrumentos relacionados à segurança do paciente.⁴⁰⁻⁴²

No pré-teste, a maioria dos estudantes considerou as instruções e os itens claros e relevantes, sugerindo que a versão adaptada é compreensível e aplicável ao contexto acadêmico brasileiro. O tempo médio de preenchimento foi adequado, sem relatos de fadiga ou desconforto. Esses achados corroboram a viabilidade de utilização do *APSQ-III* em estudos futuros no Brasil e são consistentes com pesquisas que avaliaram a percepção de estudantes sobre instrumentos de segurança do paciente em outros países.^{40,41,43}

A análise fatorial confirmatória (AFC) foi realizada para avaliar a validade de construto do *APSQ-III*. Inicialmente, o modelo com 30 itens e 9 fatores apresentou ajuste aceitável, mas alguns itens tiveram cargas fatoriais baixas ou comportamento inverso ao esperado. Esses resultados sugerem que alguns itens podem não ser adequados para a amostra brasileira, possivelmente devido a diferenças culturais ou de formação acadêmica.³⁹ Essa questão também foi observada em estudos de adaptação e validação do *APSQ* em outros países, como Arábia Saudita, Singapura e Hong Kong e Jordânia, reforçando a importância de considerar as especificidades culturais ao adaptar instrumentos de medida.^{36,37,44}

Após a exclusão de 4 itens com baixas cargas fatoriais, o modelo com 26 itens e 9 fatores apresentou um ajuste satisfatório, confirmando a estrutura fatorial proposta. As cargas fatoriais foram em média altas, indicando uma boa validade convergente. No entanto, os fatores "*Inevitabilidade do erro*" (F4) e "*Importância da segurança do paciente no currículo*" (F9) apresentaram baixa confiabilidade, sugerindo a necessidade de aprimoramento desses construtos para o contexto brasileiro. Esses achados são parcialmente consistentes com estudos anteriores que encontraram estruturas fatoriais semelhantes, mas com algumas diferenças na confiabilidade dos fatores.³³⁻³⁷

As correlações entre os fatores revelaram associações significativas, como a relação positiva entre "*Funcionamento da equipe*" (F7) e "*Importância da segurança do paciente no currículo*" (F9), e a relação negativa entre "*Responsabilidade de divulgação*" (F6) e "*Confiança ao reportar erro*" (F2). Esses achados corroboram a importância do trabalho em equipe e da cultura de segurança para a prevenção de erros e são consistentes com estudos que avaliaram as atitudes de estudantes e profissionais de saúde em relação à segurança do paciente.⁴⁰⁻⁴⁵

A comparação entre grupos revelou uma diferença significativa apenas no fator "*Confiança ao reportar erro*" (F2), com os homens apresentando maior confiança do que as mulheres. Esse resultado pode estar relacionado a diferenças de gênero na percepção de riscos e na comunicação de erros.⁴⁶ No entanto, o tamanho de efeito foi pequeno, sugerindo que essa diferença pode ter pouca relevância prática. Estudos futuros devem explorar mais a fundo as possíveis diferenças de gênero nas atitudes em relação à segurança do paciente, considerando amostras mais diversificadas e análises mais robustas.

Os resultados deste estudo reforçam a importância de abordar a segurança do paciente nos currículos dos cursos da área da saúde, com ênfase no trabalho em equipe, na comunicação de erros e no envolvimento do paciente.⁴¹⁻⁴⁶ Métodos inovadores de ensino, como *escape rooms* virtuais, podem ser utilizados para promover a aprendizagem interprofissional sobre essa temática, contribuindo para o desenvolvimento de competências essenciais para a promoção da segurança do paciente.

Apesar das contribuições deste estudo, algumas limitações devem ser consideradas. A amostra foi composta por estudantes de uma única instituição, o que pode limitar a generalização dos resultados. Além disso, o delineamento transversal não permite inferências causais entre as variáveis. Estudos futuros devem incluir amostras mais diversificadas e delineamentos longitudinais para avaliar a estabilidade temporal do *APSQ-III* e explorar os fatores associados às atitudes dos estudantes em relação à segurança do paciente em diferentes contextos.

Assim sendo, a versão brasileira do *APSQ-III* demonstrou propriedades psicométricas satisfatórias, sendo uma ferramenta válida e confiável para avaliar as atitudes dos estudantes em relação à segurança do paciente. Sua aplicação pode contribuir para o aprimoramento da formação acadêmica e para a promoção de uma cultura de segurança nos serviços de saúde, visando a melhoria contínua da qualidade da assistência prestada aos pacientes. Os resultados deste estudo reforçam a importância de abordar a segurança do paciente nos currículos dos

cursos da área da saúde e de utilizar métodos inovadores de ensino para promover a aprendizagem interprofissional sobre essa temática. Pesquisas futuras devem explorar a aplicação do *APSQ-III* em diferentes contextos e avaliar os fatores associados às atitudes dos estudantes em relação à segurança do paciente, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias efetivas de promoção da cultura de segurança nos serviços de saúde.

6 FINANCIAMENTO

Pesquisa realizada com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior-Brasil (CAPES). Código de financiamento: 88887.833655/2023-00

7 CONCLUSÃO

A adaptação transcultural e a validação do *APSQ-III* para o contexto brasileiro seguiram as diretrizes recomendadas na literatura, resultando em uma versão com boa equivalência semântica, idiomática, experimental e cultural em relação ao instrumento original. O pré-teste indicou que a versão adaptada é compreensível e aplicável ao contexto acadêmico brasileiro.

A análise fatorial confirmatória confirmou a estrutura de 9 fatores do *APSQ-III*, após a exclusão de 4 itens com baixas cargas fatoriais. O modelo final com 26 itens apresentou um ajuste satisfatório e cargas fatoriais em média altas, indicando uma boa validade de construto. No entanto, os fatores "*Inevitabilidade do erro*" e "*Importância da segurança do paciente no currículo*" apresentaram baixa confiabilidade, sugerindo a necessidade de aprimoramento desses construtos.

As correlações entre os fatores revelaram associações significativas, corroborando a importância do trabalho em equipe, da cultura de segurança e da comunicação de erros para a prevenção de eventos adversos. A comparação entre grupos indicou uma diferença significativa apenas no fator "*Confiança ao reportar erro*", com os homens apresentando maior confiança do que as mulheres, embora com um tamanho de efeito pequeno.

Este estudo disponibiliza um instrumento válido e confiável para avaliar as atitudes dos estudantes em relação à segurança do paciente no Brasil. O *APSQ-III* pode ser utilizado para identificar lacunas na formação acadêmica, subsidiar intervenções educativas e monitorar mudanças ao longo do tempo. Os resultados reforçam a importância de abordar a segurança do paciente nos currículos dos cursos da área da saúde, com ênfase no trabalho em equipe, na comunicação de erros e no envolvimento do paciente.

Estudos futuros devem incluir amostras mais diversificadas e delineamentos longitudinais para avaliar a estabilidade temporal do *APSQ-III*. Além disso, a aplicação do instrumento em diferentes contextos pode contribuir para a identificação de fatores associados às atitudes dos estudantes em relação à segurança do paciente e para o desenvolvimento de estratégias de melhoria da qualidade da assistência em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Perneger T V, Staines A, Kundig F. Internal consistency, factor structure and construct validity of the French version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture. *BMJ Qual Saf.* 2014 May;23(5):389–97.
2. Carruthers S, Lawton R, Sandars J, Howe A, Perry M. Attitudes to patient safety amongst medical students and tutors: Developing a reliable and valid measure. *Med Teach.* 2009 Jan 9;31(8):e370–6.
3. Bohomol E, Freitas MA de O, Cunha ICKO. Ensino da segurança do paciente na graduação em saúde: reflexões sobre saberes e fazeres. *Interface - Comun Saúde, Educ.* 2016 Mar 1;20(58):727–41.
4. Alser M, Böttcher B, Alfaqawi M, Jlambo A, Abuzubaida W, Abu-El-Noor N. Undergraduate medical students' attitudes towards medical errors and patient safety: a multi-center cross-sectional study in the Gaza Strip, Palestine. *BMC Med Educ.* 2020 Dec 19;20(1):447.
5. Almaramhy H, Al-Shobaili H, El-Hadary K, Dandash K. Knowledge and attitude towards patient safety among a group of undergraduate medical students in Saudi Arabia. *Int J Health Sci (Qassim).* 2011 Jan;5(1):59–67.
6. Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract.* 2011 Apr 28;17(2):268–74.
7. Epstein J, Santo RM, Guillemin F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *J Clin Epidemiol.* 2015 Apr;68(4):435–41.
8. 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, Brasília, DF, 2 abr. 2013.*
9. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 7, de 18 de dezembro de 2018 - Estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Medicina. Brasil; *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 dez 2018.*
10. Nora CRD, Maffaccioli R, Vieira LB, Beghetto MG, Leites C, Ness MI. Ética e segurança do paciente na formação em enfermagem. *Rev Bioética.* 2022;30(3):619–27.
11. Sherwood G, Barnsteiner JH. Quality and safety in nursing : a competency approach to improving outcomes. 2022;542.
12. Pascali L. *Instrumentação Psicológica: Fundamentos e práticas.* 2010;568.
13. Joseph F. Hair, William C. Black, Barry J. Babin, Ralph E. Anderson S. *Multivariate data analysis.* 2019;xvii, 813 pages :

14. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000 Dec;25(24):3186–91.
15. DiStefano C, Liu J, Jiang N, Shi D. Examination of the Weighted Root Mean Square Residual: Evidence for Trustworthiness? *Struct Equ Model A Multidiscip J*. 2018 May 4;25(3):453–66.
16. Lai K, Green SB. The Problem with Having Two Watches: Assessment of Fit When RMSEA and CFI Disagree. *Multivariate Behav Res*. 2016 May 3;51(2–3):220–39.
17. Mortensen M, Naustdal KI, Uibu E, Mägi L, Kangasniemi M, Pölluste K, et al. Instruments for measuring patient safety competencies in nursing: a scoping review. *BMJ open Qual*. 2022 Apr;11(2).
18. Stefanek F, Skorupa A, Brol M, Flakus M. Immersion and Socio-Emotional Experiences During a Movie – Polish Adaptation of the Movie Consumption Questionnaires. *Psychol Rep*. 2023 Feb 6;126(1):527–50.
19. Brown TA. *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research, Second Edition* - Timothy A. Brown - Google Livros. Second edi. New York: The Guilford Press; 2006.
20. Cangur S, Ercan I. Comparison of Model Fit Indices Used in Structural Equation Modeling Under Multivariate Normality. *J Mod Appl Stat Methods*. 2015 May 1;14(1):152–67.
21. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*. Fifth edit. New York: Guilford Press; 2023.
22. Viladrich C, Angulo-Brunet A, Doval E. Un viaje alrededor de alfa y omega para estimar la fiabilidad de consistencia interna. *An Psicol / Ann Psychol*. 2024;40(3).
23. Zhang Z, Yuan K-H. Robust Coefficients Alpha and Omega and Confidence Intervals With Outlying Observations and Missing Data. *Educ Psychol Meas*. 2016 Jun 24;76(3):387–411.
24. Rosseel Y. *lavaan : An R Package for Structural Equation Modeling*. *J Stat Softw*. 2012;48(2).
25. R Core Team. *RA language and environment for statistical computing*. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2016.
26. Jorgensen TD, Pornprasertmanit S, Schoemann A, Rosseel Y. *semTools: Useful tools for structural equation modeling* [Internet]. 2019. Available from: <https://cran.r-project.org/package=semTools>
27. Putnick DL, Bornstein MH. Measurement invariance conventions and reporting: The state of the art and future directions for psychological research. *Dev Rev*. 2016 Sep;41:71–90.
28. Grice JW. Computing and evaluating factor scores. *Psychol Methods*. 2001;6(4):430–50.

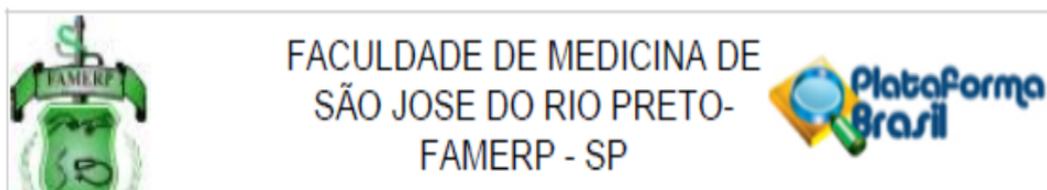
29. DiStefano C, McDaniel HL, Zhang L, Shi D, Jiang Z. Fitting Large Factor Analysis Models With Ordinal Data. *Educ Psychol Meas.* 2019 Jun 29;79(3):417–36.
30. DiStefano C, Zhu M, Mindrila D. Understanding and Using Factor Scores: Considerations for the Applied Researcher. *Pract Assessment, Res Eval.* 2019;14(1):20.
31. Logan JAR, Jiang H, Helsabeck N, Yeomans-Maldonado G. Should I allow my confirmatory factors to correlate during factor score extraction? Implications for the applied researcher. *Qual Quant.* 2022 Aug 23;56(4):2107–31.
32. Patil I. Visualizations with statistical details: The “ggstatsplot” approach. *J Open Source Softw.* 2021 May 25;6(61):3167.
33. Wickham H. Data Analysis. In 2016. p. 189–201.
34. Alfaqawi M, Böttcher B, Abuowda Y, Alaloul E, Elnajjar I, Elhout S, et al. Treating patients in a safe environment: a cross-sectional study of patient safety attitudes among doctors in the Gaza Strip, Palestine. *BMC Health Serv Res.* 2020 Dec 7;20(1):388.
35. Alshahrani S, Alswaidan A, Alkharaan A, Alfawzan A, Alshahrani A, Masuadi E, et al. Medical Students’ Insights Towards Patient Safety. *Sultan Qaboos Univ Med J [SQUMJ].* 2021 Jun 21;21(2):e253-259.
36. Al-Sawalha I, Jaloudi N, Zaben S, Hamamreh R, Awamleh H, Al-Abbadi S. Attitudes of undergraduate medical students toward patients’ safety in Jordan: a multi-center cross-sectional study. *BMC Med Educ.* 2023;23(1):695.
37. Alwhaibi M, AlRuthia Y, Almalag H, Alkofide H, Balkhi B, Almejel A, et al. Pharmacy students’ attitudes toward patient safety in Saudi Arabia: a cross-sectional study. *BMC Med Educ.* 2020;20:1–8.
38. Atwa H, Alfadani A, Damanhori J, Seifalyazal M, Shehata M, Abdel Nasser A. Healthcare practitioners’ attitudes toward patient safety in hospital settings in Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia. *Arab Gulf J Sci Res.* 2023;
39. Chen FF. What happens if we compare chopsticks with forks? The impact of making inappropriate comparisons in cross-cultural research. *J Pers Soc Psychol.* 2008 Nov;95(5):1005–18.
40. Damásio BF, Borsa JC. Manual de desenvolvimento de instrumentos psicológicos. São Paulo: Vetor Editora; 2017.
41. de Carvalho REFL, Cassiani SHDB. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. *Rev Latino-Am Enferm.* 2012;June; 20(3):575–82.
42. Menezes AC, Penha C de S, Amaral FMA, Pimenta AM, Ribeiro HCTC, Pagano AS, et al. Latino Students Patient Safety Questionnaire: cross-cultural adaptation for Brazilian nursing and medical students. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(suppl 6).
43. Nabilou B, Feizi A, Seyedin H. Patient Safety in Medical Education: Students’ Perceptions, Knowledge and Attitudes. Hodaie M, editor. *PLoS One.* 2015 Aug

- 31;10(8):e0135610.
44. Leung GKK, Patil NG. Patient safety in the undergraduate curriculum: medical students' perception. *Hong Kong Med J = Xianggang yi xue za zhi*. 2010 Apr;16(2):101–5.
 45. Manzanera R, Moya D, Guilabert M, Plana M, Gálvez G, Ortner J, et al. Quality Assurance and Patient Safety Measures: A Comparative Longitudinal Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Jul 24;15(8):1568.
 46. Kiesewetter J, Kager M, Lux R, Zwissler B, Fischer MR, Dietz I. German undergraduate medical students' attitudes and needs regarding medical errors and patient safety – A national survey in Germany. *Med Teach*. 2014 Jun 5;36(6):505–10.

ANEXOS

ANEXO I

PARECER COMITE DE ETICA EM PESQUISA - CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS NOS CURSOS DE CIÊNCIAS DA SAÚDE:
AVALIAÇÃO DO IMPACTO DOS PROGRAMAS DOS CURSOS DE ENFERMAGEM,
MEDICINA E PSICOLOGIA NO DESENVOLVIMENTO DO PROFISSIONALISMO

Pesquisador: Júlio César André

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 41220020.8.0000.5415

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de São Jose do Rio Preto- FAMERP - SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.543.158

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO JOSE DO RIO PRETO, 17 de Fevereiro de 2021

Assinado por:

BEATRIZ BARCO TAVARES JONTAZ IRIGOYEN
(Coordenador(a))

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012 e 510/2016, MS)

Você está sendo convidado(a) de modo espontâneo a participar deste estudo científico porque é estudante ingressante de 2021 dos cursos de Enfermagem, Medicina e Psicologia da FAMERP.

DO QUE SE TRATA O ESTUDO?

A pesquisa intitulada “*CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS NOS CURSOS DE CIÊNCIAS DA SAÚDE: AVALIAÇÃO DO IMPACTO DOS PROGRAMAS DOS CURSOS DE ENFERMAGEM, MEDICINA E PSICOLOGIA NO DESENVOLVIMENTO DO PROFISSIONALISMO?*” tem como objetivo avaliar Avaliar o impacto dos programas dos cursos de Enfermagem, Medicina e Psicologia no desenvolvimento do profissionalismo de seus graduandos.

COMO SERÁ REALIZADO O ESTUDO?

Você terá acesso ao link para o formulário eletrônico com o TCLE e o instrumento de coleta de dados da pesquisa. O link será fornecido à você, pelo pesquisador Prof. Dr. Júlio César André, Coordenador do Projeto, no momento de sua matrícula convidando-o(a) a participar do estudo.

O estudo será realizado da seguinte maneira: A coleta de dados, após ser convidado e receber o link, se fará de maneira eletrônica. Se você aceitar participar do estudo, você clicará, após a leitura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no campo LI E CONCORDO. Na sequência você responderá a um instrumento de coleta de dados com um questionário semi estruturado que inclui dados sócio demográficos e outras questões relacionadas ao tema em questão, e, na sequência responderá às escalas da pesquisa. Ao terminar clique em ENVIAR. Uma cópia do TCLE e de suas respostas serão enviadas ao seu e-mail fornecido por você no início deste formulário. É importante que você guarde em seus arquivos ambas as cópias.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário utilizar os seus dados nesta pesquisa, sua privacidade será preservada.

Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo.

ESSES PROCEDIMENTOS SÃO DESCONFORTÁVEIS OU GERAM RISCOS?

O projeto apresenta risco mínimo aos participantes da pesquisa, mas as respostas ao questionário poderão trazer material psicológico indesejado à tona e gerar algum grau de desconforto emocional. Caso isso aconteça e você queira não mais participar basta fechar o formulário, e, se precisar de algum tipo de assistência também comunique o pesquisador que irá orientar sobre como buscar um Serviço de Psicologia para auxiliá-lo.

O QUE ACONTECE COM QUEM NÃO PARTICIPA DO ESTUDO?

Não lhe acontecerá nada se você não quiser participar desse estudo.

Também será aceita a sua recusa em participar dessa pesquisa, assim como a sua desistência a qualquer momento, sem que lhe haja qualquer prejuízo de continuidade de qualquer tratamento nessa instituição, penalidade ou qualquer tipo de dano à sua pessoa. Será mantido

total sigilo sobre a sua identidade e em qualquer momento você poderá desistir de que seus dados sejam utilizados nesta pesquisa.

Você não terá nenhum tipo de despesas por participar da pesquisa, durante todo o decorrer do estudo. Você também não receberá pagamento por participar desta pesquisa.

Os benefícios de sua participação está no potencial da pesquisa de avaliar o impacto dos programas dos cursos de Enfermagem, Medicina e Psicologia no desenvolvimento do profissionalismo de seus graduandos, benefício este que poderá se estender para a comunidade acadêmica na qual está inserido e para a sociedade. Você receberá, à partir do e-mail aqui fornecido, em formato acessível os resultados desta pesquisa bem como o artigo publicado resultante da mesma.

Você será acompanhado de forma integral, estando livre para perguntar e esclarecer suas dúvidas em qualquer etapa deste estudo.

Qualquer dúvida você poderá entrar em contato com os pesquisadores no telefone (17) 98809-9009, ou através de e-mail: julio.andre@famerp.br.

Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP (CEP/FAMERP) está disponível no telefone: (17) 3201-5813, com expediente de Segunda a Sexta, das 7h30 às 12h - 13h30 às 16h30, ou pelo email: cepfamerp@famerp.br

CONSENTIMENTO

Como entrevistado (a), afirmo que fui devidamente orientado (a) sobre a finalidade e o objetivo deste estudo, bem como sobre a utilização dos dados exclusivamente para fins científicos e para sua divulgação posterior, sendo que meu nome será mantido em sigilo, conhecido apenas pela pesquisadora, ao qual não o divulgará em hipótese alguma.

DATA: ____ de _____ de 2023.

CPF: _____

Li, concordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e quero participar da pesquisa.

Li, não concordo com o termo e não quero participar da pesquisa.

Não li.

APÊNDICES

APÊNDICE I

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS, AUTOAPLICÁVEL, *ON LINE* (Google Forms)

QUESTIONÁRIO DE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

AS QUESTÕES APRESENTADAS A SEGUIR SERÃO UTILIZADAS PARA TRAÇAR O PERFIL DOS PARTICIPANTES DESSA PESQUISA. POR FAVOR, RESPONDA TODAS AS PERGUNTAS.

Variáveis Sócio-demográficas

1. Sexo biológico:

0 - feminino; 1 - masculino; 2 - intersexual

Sua resposta:

2. Identidade de gênero: (é o que você, na sua cabeça, pensa sobre si mesmo. como se sente, se enxerga)

0 - mulher; 1 - homem

Sua resposta:

3. Orientação Sexual (faz referência ao seu desejo sexual, por quem você sente atração sexual)

0 - heterossexual; 1 - bissexual; 2 - homossexual

Sua resposta:

4. Idade:

0 - 20 anos; 1 - entre 21 e 30 anos; 2 - entre 31 e 40 anos; 3 - > 40 anos

Sua resposta:

3. Estado Conjugal:

0 - solteiro; 1 - casado; 2 - relação estável; 3 - divorciado; 4 - viúvo

Sua resposta:

4. Número de filhos:

0 - nenhum; 1 - 1 ou mais

Sua resposta:

5. Renda Pessoal ou Familiar (caso não tenha renda própria):

0 - ≤ 1.000,00; 1 - 1.001,00 a 3.000,00; 2 - ≥ 3.000,00

6. Religião

0 - sem religião; 1 - afro-brasileira; 2 - católica; 3 - evangélica; 4 - espiritualista; 5 - orientais

6. outra(s): _____

Escolaridade anterior

1. Ensino fundamental:

1.1 Cursado em:

() todo ou maior parte em escola pública () todo ou maior parte em escola privada

1.2 Tipo do curso:

() regular – 1ª a 8ª série () supletivo

2. Ensino médio:

2.1 Cursado em:

() todo ou maior parte em escola pública () todo ou maior parte em escola privada

2.2 Tipo do curso:

() regular – 1ª a 3ª série () técnico () supletivo

2.3 Há quantos anos terminou o ensino médio?

() no ano passado () de 6 a 10 anos atrás () de 1 a 5 anos atrás () mais de 10 anos atrás

3. Ensino superior:

3.1 Já cursou outro curso superior?

não sim

3.2 Completou o curso?

não se aplica (para o caso de não ter cursado) não sim

3.3 Quanto tempo cursou?

não se aplica (para o caso de não ter cursado ou ter cursado completo) menos de 1 semestre menos do que 50% do curso mais do que 50% do curso

3.4 Qual o motivo de ter deixado de cursar?

não se aplica (para o caso de não ter cursado ou ter cursado completo)

questões financeiras não me identifiquei com o curso outro(s): _____

3.5 O curso era em que tipo de instituição?

não se aplica (para o caso de não ter cursado) pública privada

Nível de escolaridade dos pais

1. Referente ao pai

ensino fundamental incompleto ensino fundamental completo ensino médio incompleto ensino médio completo ensino superior incompleto ensino superior completo não sei outros:

.....

2. Referente à mãe

ensino fundamental incompleto ensino fundamental completo ensino médio incompleto ensino médio completo ensino superior incompleto ensino superior completo não sei outros:

.....

Situação de trabalho

trabalho na área referente ao curso trabalho em área diferente do curso

não trabalho

Fonte principal de recursos para custear os estudos

recursos próprios recursos da família vou pleitear uma bolsa da instituição

Entrada na FAMERP

1. Sua opção para entrada na FAMERP no vestibular foi:

0 - ampla concorrência; 1 - PIMESP: estudante oriundo de escola pública; 2 - PIMESP: autodeclarado preto, pardo ou indígena

2. Você entrou na FAMERP na:

0 - primeira chamada; 1 - segunda chamada; 2 - terceira chamada; 3 = outras chamadas. Qual? _____

APÊNDICE II

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS, AUTOAPLICÁVEL, *ON LINE* (Google Forms)

VERSÃO BRASILEIRA DO ATTITUDES TO PATIENT SAFETY QUESTIONNAIRE - VERSION 3 (APSQ-3)

INSTRUÇÕES

POR FAVOR, INDIQUE O SEU NÍVEL DE CONCORDÂNCIA COM AS SEGUINTE AFIRMAÇÕES:

UTILIZE A SEGUINTE ESCALA:

Discordo fortemente						Concordo fortemente
1	2	3	4	5	6	7

FATOR 1: Treinamento de segurança do paciente recebido

1. Meu treinamento está me preparando para entender as causas dos erros médicos.

Sua resposta: ____

2. Tenho um bom entendimento das questões de segurança do paciente como resultado do meu treinamento de graduação.

Sua resposta: ____

3. Meu treinamento está me preparando para prevenir erros médicos.

Sua resposta: ____

FATOR 2: Confiança do relatório de erros

4. Eu me sentiria à vontade para relatar quaisquer erros que tivesse cometido, não importa o quão sério o resultado tenha sido para o paciente.

Sua resposta: ____

5. Eu me sentiria confortável em relatar quaisquer erros que outras pessoas tivessem cometido, não importa o quão sério o resultado tenha sido para o paciente.

Sua resposta: ____

6. Estou confiante de que poderia falar abertamente com meu supervisor sobre um erro que cometi se tivesse resultado em dano potencial ou real ao meu paciente.

Sua resposta: ____

FATOR 3: Horário de trabalho como causa do erro

8. Turnos mais curtos para os profissionais de saúde médicos reduzirão os erros em saúde.

Sua resposta: ____

9. Por não fazer pausas regulares durante os turnos, os profissionais de saúde correm um risco maior de cometer erros em saúde.

Sua resposta: ____

10. O número de horas de trabalho dos profissionais de saúde aumenta a probabilidade de cometer erros em saúde.

Sua resposta: ____

FATOR 4: Inevitabilidade do erro

11. Mesmo os profissionais de saúde mais experientes e competentes cometem erros.

Sua resposta: ____

12. Um verdadeiro profissional não comete erro ou erros.

Sua resposta: ____

13. O erro humano é inevitável.

Sua resposta: ____

FATOR 5: Incompetência profissional como causa do erro

15. A maioria dos erros em saúde resulta de enfermeiras descuidadas.

Sua resposta: ____

16. Se as pessoas prestassem mais atenção no trabalho, erros em saúde seriam evitados.

Sua resposta: ____

17. A maioria dos erros em saúde resulta de profissionais de saúde descuidados.

Sua resposta: ____

18. Erros em saúde são um sinal de incompetência.

Sua resposta: ____

FATOR 6: Responsabilidade de divulgação

19. Não é necessário relatar erros que não resultem em resultados adversos para o paciente.

Sua resposta: ____

20. Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de divulgar os erros aos pacientes apenas se eles resultarem em danos aos pacientes.

Sua resposta: ____

21. Todos os erros em saúde devem ser relatados.

Sua resposta: ____

FATOR 7: Funcionamento da equipe

23. Um melhor trabalho em equipe multidisciplinar reduzirá os erros em saúde.

Sua resposta: ____

24. O ensino de habilidades de trabalho em equipe reduzirá os erros em saúde.

Sua resposta: ____

FATOR 8: Envolvimento do paciente na redução do erro

25. Os pacientes têm um papel importante na prevenção de erros em saúde.

Sua resposta: ____

26. Incentivar os pacientes a se envolverem mais em seus cuidados pode ajudar a reduzir o risco de ocorrência de erros em saúde.

Sua resposta: ____

FATOR Importância da segurança do paciente no currículo

27. Ensinar os alunos sobre a segurança do paciente deve ser uma prioridade importante no treinamento dos alunos das áreas da saúde.

Sua resposta: ____

28. As questões de segurança do paciente não podem ser ensinadas e só podem ser aprendidas pela experiência clínica quando qualificado.

Sua resposta: ____

29. Aprender sobre questões de segurança do paciente antes de me qualificar permitirá que eu me torne um profissional de saúde mais eficaz.

Sua resposta: ____