

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE ENFERMAGEM

JULIANA SANTANA DE FREITAS

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO PARA USO NO
BRASIL DO INSTRUMENTO *QUALITY AND SAFETY EDUCATION
FOR NURSES STUDENT EVALUATION SURVEY***

GOIÂNIA, 2019

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES
NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: Dissertação Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

Nome completo do autor: Juliana Santana de Freitas

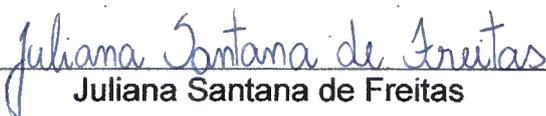
Título do trabalho: Adaptação transcultural e validação para uso no Brasil do instrumento *Quality and Safety Education for Nurses Student Evaluation Survey*

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Justificativa do embargo: submissão de artigo em revista científica.

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.


Juliana Santana de Freitas

Ciente e de acordo:


Ana Elisa Bauer de Camargo Silva

Data: 22/05/2019

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES

E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico

Dissertação Tese

2. Nome completo do autor

JULIANA SANTANA DE FREITAS

3. Título do trabalho

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO PARA USO NO BRASIL DO INSTRUMENTO QUALITY AND SAFETY EDUCATION FOR NURSES STUDENT EVALUATION SURVEY

4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

a) consulta ao(a) autor(a) e ao(a) orientador(a);

b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação.

O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.



Documento assinado eletronicamente por **Ana Elisa Bauer De Camargo Silva, Professora do Magistério Superior**, em 28/12/2020, às 10:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

Documento assinado eletronicamente por **Juliana Santana de Freitas, Usuário Externo**, em 19/07/2022, às 11:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do



[Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.](#)



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1775761** e o código CRC **DDC35D2B**.

Referência: Processo nº 23070.024087/2019-09

SEI nº 1775761

JULIANA SANTANA DE FREITAS

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO PARA USO NO
BRASIL DO INSTRUMENTO *QUALITY AND SAFETY EDUCATION
FOR NURSES STUDENT EVALUATION SURVEY***

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás como requisito para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: A Enfermagem no Cuidado à Saúde Humana

Linha de pesquisa: Gestão em Saúde e em Enfermagem

Orientador: Profa. Dra. Ana Elisa Bauer de Camargo Silva

Coorientador: Profa. Dra. Mary Dolansky

GOIÂNIA, 2019

FICHA CATALOGRÁFICA Sibi/UFG

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas do UFG.

Freitas, Juliana Santana de.

Adaptação transcultural e validação para uso no Brasil do instrumento *Quality and Safety Education for Nurses Student Evaluation Survey* [manuscrito] / Juliana Santana de Freitas. – 2019.

CCXXII, 222f. : il.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Elisa Bauer de Camargo Silva;
Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Mary Dolansky.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem (FEN), Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Goiânia, 2019.

Bibliografia. Anexos. Apêndices.

Inclui lista de figuras, abreviaturas, siglas e tabelas.

1. Ensino de Enfermagem 2. Avaliação Educacional 3. Qualidade da Assistência à Saúde 4. Segurança do Paciente. 5. Estudos de Validação

CDU 616-083

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DA REUNIÃO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE TESE DE JULIANA SANTANA DE FREITAS – Aos vinte e dois dias do mês de maio de dois mil e dezenove (22/05/2019), às 09h00min, reuniram-se os componentes da Banca Examinadora Prof^ª. Dr^ª. Ana Elisa Bauer de Camargo Silva (Orientadora/Presidente/PPGENF-FEN/UFG), Prof^ª. Dr^ª. Ana Lucia Queiroz Bezerra (Membro Interno/PPGENF/FEN/UFG), Prof^ª. Dr^ª. Virginia Visconde Brasil (Membro Interno/PPGENF/FEN/UFG), Prof^ª. Dr^ª. Vanessa da Silva Carvalho Vila (Membro Externo/PUC-GO) e Prof^ª. Dr^ª. Sergiane Bisinoto Alves (Membro Externo/PUCO-GO), sob a presidência da primeira, em sessão pública realizada no miniauditório do PPGENF, para procederem à avaliação da defesa de Tese intitulada: **“TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO PARA USO NO BRASIL DO INSTRUMENTO QUALITY AND SAFETY EDUCATION FOR NURSES STUDENT EVALUATION SURVEY”**, de autoria de **Juliana Santana de Freitas**, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. A sessão foi aberta pela Prof^ª. Dr^ª. Ana Elisa Bauer de Camargo Silva, Presidente da Banca Examinadora, que fez a apresentação formal dos demais membros. A seguir, a palavra foi concedida à autora da Tese que, em 40 minutos, apresentou seu trabalho. Logo em seguida, cada membro da Banca arguiu a examinanda, tendo-se adotado o sistema de diálogo sequencial. Terminada a fase de arguição, procedeu-se à avaliação da defesa. Tendo em vista o que consta no Regulamento Geral dos Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Federal de Goiás (Resolução CEPEC nº. 1403/2016) e no Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Resolução CEPEC nº. 1469/2017), a Tese foi:

- APROVADA**, considerando-se integralmente cumprido este requisito para fins de obtenção do título de **DOCTOR EM ENFERMAGEM**, na área de concentração em **A ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE HUMANA** pela Universidade Federal de Goiás. A conclusão do curso dar-se-á quando da entrega, na secretaria do programa, da versão definitiva da Tese, com as correções solicitadas pela banca e do comprovante de envio de artigo científico, oriundo desta Tese para publicação em periódicos de circulação nacional e/ou internacional no prazo de até 30 dias.
- REPROVADA**, considerando _____

A Banca Examinadora aprovou a seguinte alteração no título da Tese: *Adaptação transcultural e validação para uso no Brasil do Instrumento Quality and Safety Education for Nurses Student Evaluation Survey*
Cumpridas as formalidades de pauta, a presidência da banca encerrou esta sessão de defesa de Tese e, para constar, eu, Julianna Malagoni Cavalcante Oliveira, secretária do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, lavrei a presente Ata que, depois de lida e aprovada, será assinada pelos membros da Banca Examinadora em duas vias de igual teor.

Ana Elisa Bauer de Camargo Silva
Prof^ª. Dr^ª. Ana Elisa Bauer de Camargo Silva
Orientador(a) - Presidente / PPGENF-FEN/UFG

Ana Lucia Queiroz Bezerra
Prof^ª. Dr^ª. Ana Lucia Queiroz Bezerra
Membro Interno/PPGENF/FEN/UFG

Virginia Visconde Brasil
Prof^ª. Dr^ª. Virginia Visconde Brasil
Membro Interno/PPGENF/FEN/UFG

Vanessa da Silva Carvalho Vila
Prof^ª. Dr^ª. Vanessa da Silva Carvalho Vila
Membro Externo/PUC-GO

Sergiane Bisinoto Alves
Prof^ª. Dr^ª. Sergiane Bisinoto Alves
Membro Externo/PUCO-GO

Este estudo foi desenvolvido junto ao Núcleo de Estudos de Enfermagem em Gestão de Instituições de Saúde e Segurança do Paciente (NEGISP) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás e contou com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Dedicatória

*Aos meus pais, Luiz Fernando de Freitas e Hilda Valéria Santana de Freitas e ao
meu irmão Johnathan Santana de Freitas,*

*Dentre as bênçãos da minha vida, a nossa família é a maior delas. Sou grata pelo
amor e apoio incondicional, pela educação recebida e pelo esforço empreendido em
me preparar para este mundo. Vocês me guiaram até aqui e são a razão de todos
os meus sonhos e planos.*

Amo vocês.

Agradecimentos

A Deus,

Por mudar os meus planos e me fazer compreender que os Seus são tão melhores e maiores. Por me proteger e iluminar o meu caminho.

À toda minha família, em especial à minha avó Hilda de Sousa Santana,

Pelas incontáveis demonstrações de afeto, orgulho e admiração.

À minha querida orientadora, amiga e mãe científica

Prof^a Dr^a Ana Elisa Bauer de Camargo Silva,

Por cada palavra, conselho, abraço, que serão levados com muito carinho por toda a minha caminhada. Por acreditar em mim. É um privilégio tê-la em minha vida e partilhar de tantos momentos. Obrigada por me cuidar, conduzir e inspirar.

Amo você!

À minha coorientadora Prof^a Dr^a Mary Dolansky

Por me acolher em outro país com tamanho cuidado e ternura para a realização do doutorado sanduíche. Por compartilhar comigo conhecimentos e experiências que muito agregaram à minha vida pessoal e profissional.

*Às minhas queridas amigas, em especial Renata Elias da Silva,
Bruna de Castro Fernandes e Larissa Nunes Teixeira,*

*Por serem irmandade, conexão, harmonia, essência e vontade. Por confiarem,
acreditarem e me incentivarem. Vocês aliviam o peso da vida e me enchem de amor.
Obrigada por serem tão presentes, ainda que a distância física seja uma constante
nos dias atuais. Sou mais feliz por tê-las em minha vida!*

À Olga Guilhermina Farah,

*Por acreditar em mim e abrir portas que transformaram a minha vida. Por todo o
apoio, carinho e confiança nessa caminhada.*

À Daniella Cristina Chanes Moreira Porto,

*Por ser minha dupla no trabalho e na vida. Por ter o coração mais bonito que
alguém pode ter. Por saber que eu sempre poderei contar com você.*

*A todos os colegas da Diretoria de Ensino e Pesquisa do Hospital
Israelita Albert Einstein*

*Por me acolherem com tanto carinho. Por partilharem comigo momentos,
experiências, conhecimento, crescimento e desafios.*

*A todos os colegas do Núcleo de Estudos em Enfermagem em Gestão de Instituições
de Saúde e Enfermagem (NEGISP), em especial Maiana Regina Gomes de Sousa
e Juliana Carvalho de Lima,*

Pela rica contribuição profissional e pessoal em nossas reuniões e eventos.

*À todos os servidores e docentes da Faculdade de Enfermagem da
Universidade Federal de Goiás,
Pela excelência em minha formação profissional.*

*À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes),
Pelo apoio financeiro e pela oportunidade de realizar o doutorado
sanduíche no exterior.*

*A todos os servidores da Frances Payne Bolton School of Nursing,
Por me receberem na instituição como aluna visitante e demonstrarem cuidado e carinho
durante todas as fases do doutorado sanduíche no exterior.*

*À Dra Linda Cronenwett,
Por conceder autorização para a adaptação transcultural de seu instrumento, por
se disponibilizar e participar do processo e por me inspirar com sua história.*

*Aos estudantes de Enfermagem de instituições de ensino brasileiras,
Por participarem da pesquisa e viabilizarem a sua realização.*

*Aos membros que compõem a banca examinadora da defesa de meu doutoramento,
Pela disponibilidade e gentileza em participar deste momento e por todas as
contribuições no estudo.*

Enfim, a todos aqueles que me apoiaram no sonho de me tornar Doutora em Enfermagem,

Muito Obrigada!

“Não existem sonhos impossíveis para aqueles que realmente acreditam que o poder realizador reside no interior de cada ser humano. Sempre que alguém descobre esse poder, algo antes considerado impossível se torna realidade.”

Albert Einstein

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	13
LISTA DE TABELAS	15
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	17
RESUMO	19
ABSTRACT	20
RESUMEN	21
APRESENTAÇÃO	23
1 INTRODUÇÃO	27
2 OBJETIVOS	35
3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO	37
3.1 Qualidade e segurança do paciente e Enfermagem	37
3.2 Evolução do ensino de Enfermagem e a inserção de competências de qualidade e segurança do paciente: enfoque internacional	41
3.3 Evolução do ensino de Enfermagem e a inserção de competências de qualidade e segurança do paciente: enfoque nacional	56
3.4 A iniciativa <i>Quality and Safety Education for Nurses</i> (QSEN)	64
3.5 Avaliação do ensino das competências QSEN	78
3.6 Adaptação transcultural e validação de instrumentos	83
4 METODOLOGIA	93
4.1 Fase 1: Adaptação transcultural do QSEN <i>Student Evaluation Survey</i> (QSEN SES) para uso no Brasil	93
4.2 Fase 2: Análise das propriedades psicométricas iniciais da versão brasileira do QSEN SES	98
4.3 Análise dos dados	102
4.4 Aspectos éticos e legais	105
5 RESULTADOS	107
5.1 Fase 1: Adaptação transcultural do QSEN SES para uso no Brasil	107
5.2 Fase 2: Análise das propriedades psicométricas iniciais da versão brasileira do QSEN SES	111
6 DISCUSSÃO	138
7 CONCLUSÃO	161
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	163
REFERÊNCIAS	165
APÊNDICES	184
ANEXOS	207

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Conhecimentos, habilidades e atitudes da Competência Cuidado centrado no paciente. Cronenwett <i>et al.</i> , 2007.	69
Quadro 2	Conhecimentos, habilidades e atitudes da Competência Trabalho em equipe e colaboração. Cronenwett <i>et al.</i> , 2007.	71
Quadro 3	Conhecimentos, habilidades e atitudes da Competência Prática baseada em evidências. Cronenwett <i>et al.</i> , 2007.	73
Quadro 4	Conhecimentos, habilidades e atitudes da Competência Melhoria da qualidade. Cronenwett <i>et al.</i> , 2007.	74
Quadro 5	Conhecimentos, habilidades e atitudes da Competência Segurança. Cronenwett <i>et al.</i> , 2007.	76
Quadro 6	Conhecimentos, habilidades e atitudes da Competência Informática. Cronenwett <i>et al.</i> , 2007.	77
Quadro 7	Principais instrumentos de avaliação do ensino das competências QSEN. Brasil, 2019.	79
Quadro 8	Organização das competências QSEN na escala Conhecimento do QSEN SES. Sullivan, Hirst e Cronenwett , 2009.	81
Quadro 9	Organização das competências QSEN nas escalas Habilidades e Atitudes do QSEN SES. Sullivan, Hirst e Cronenwett , 2009.	82
Quadro 10	Composição do CPC e pesos das suas dimensões e componentes. Brasil, 2019.	98
Quadro 11	Estrutura dos cursos de graduação em Enfermagem oferecidos pelas instituições A, B e C. Brasil, 2019.	99
Quadro 12	Tradução de expressões do QSEN SES para o português brasileiros. Brasil, 2018.	108
Quadro 13	Itens do QSEN SES modificados após sugestões dos especialistas. Brasil, 2018.	110
Figura 1	O modelo Quality and Safety Education for Nurses (QSEN). Cronenwett <i>et al.</i> , 2007.	65
Figura 2	Fluxograma de adaptação transcultural do QSEN SES para o português brasileiro. Brasil, 2018.	97

Figura 3	Descrição das medidas de habilidades relacionadas à qualidade e segurança do paciente, no geral e por competências. Brasil, 2018.	121
Figura 4	Descrição das medidas de atitudes relacionadas à qualidade e segurança do paciente, no geral e por competências. Brasil, 2018.	125
Figura 5	Estrutura de competências proposta para a escala Habilidades do QSEN SES Br. Brasil, 2018.	126
Figura 6	Estrutura de competências proposta para a escala Atitudes do QSEN SES Br. Brasil, 2018	127

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características sociodemográficas dos participantes do processo de validação do QSEN SES Br - Brasil - 2018	112
Tabela 2	Percepção dos estudantes de graduação em Enfermagem quanto ao local onde os conteúdos relacionados à qualidade e segurança do paciente foram ensinados - Brasil - 2018	114
Tabela 3	Conteúdos relacionados à qualidade e segurança do paciente abordados no curso de graduação em Enfermagem - Brasil - 2018	116
Tabela 4	Percepção dos estudantes de graduação em Enfermagem quanto ao preparo para executar ações e habilidades relacionadas à qualidade e segurança do paciente - Brasil - 2018	119
Tabela 5	Descrição das medidas de habilidades relacionadas à qualidade e segurança do paciente, no geral e por competências - Brasil - 2018	121
Tabela 6	Percepção dos estudantes de graduação em Enfermagem quanto a importância das competências de qualidade e segurança do paciente - Brasil - 2018	123
Tabela 7	Descrição das medidas de atitudes relacionadas à qualidade e segurança do paciente, no geral e por competências - Brasil - 2018	125
Tabela 8	Medidas de qualidade de ajuste para os modelos de Habilidades e Atitudes do QSEN SES Br - Brasil - 2018	128
Tabela 9	Medidas de consistência interna dos itens da escala Habilidades do QSEN SES Br - Brasil - 2018	129
Tabela 10	Medidas de consistência interna dos itens da escala Atitudes do QSEN SES Br - Brasil - 2018	129
Tabela 11	Relação entre habilidades de qualidade e segurança do paciente dos estudantes de graduação em Enfermagem e a universidade - Brasil - 2018	130
Tabela 12	Relação entre habilidades de qualidade e segurança do paciente dos estudantes de graduação em Enfermagem e o período do curso - Brasil- 2018	131

Tabela 13	Relação entre habilidades de qualidade e segurança do paciente dos estudantes de graduação em Enfermagem e o sexo - Brasil - 2018	132
Tabela 14	Relação entre habilidades de qualidade e segurança do paciente dos estudantes de graduação em Enfermagem e a idade - Brasil - 2018	132
Tabela 15	Relação entre habilidades de qualidade e segurança do paciente dos estudantes de graduação em Enfermagem e a experiência prévia de cuidado a pacientes - Brasil - 2018	133
Tabela 16	Relação entre atitudes de qualidade e segurança do paciente dos estudantes de graduação em Enfermagem e a universidade - Brasil - 2018	134
Tabela 17	Relação entre atitudes de qualidade e segurança do paciente dos estudantes de graduação em Enfermagem e o período do curso - Brasil - 2018	134
Tabela 18	Relação entre atitudes de qualidade e segurança do paciente dos estudantes de graduação em Enfermagem e o sexo - Brasil - 2018	135
Tabela 19	Relação entre atitudes de qualidade e segurança do paciente dos estudantes de graduação em Enfermagem e a idade - Brasil - 2018	136
Tabela 20	Relação entre atitudes de qualidade e segurança do paciente dos estudantes de graduação em Enfermagem e a experiência prévia de cuidado a pacientes - Brasil - 2018	136

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACN	<i>American Association of Colleges of Nursing</i>
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ACSQHC	<i>Australian Council for Safety and Quality in Health Care</i>
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
CAPES	Coordenação de Pessoal de Nível Superior
CCP	Cuidado Centrado no Paciente
CFE	Conselho Federal de Educação
CFI	Índice de Ajuste Comparativo
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CPC	Conceito Preliminar dos Cursos de Graduação
CPSI	<i>Canadian Patient Safety Institute</i>
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCN/ENF	Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem
EA	Evento Adverso
EIP	Educação Interprofissional
EUNetPaS	<i>European Union Network for Patient Safety</i>
HEE	<i>Health Education England</i>
IES	Instituição de Ensino Superior
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
IMIA	<i>International Medical Informatics Association</i>

IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MQ	Melhoria da Qualidade
NAM	<i>National Academy of Medicine</i>
NONPF	<i>National Organization of Nurse Practitioner Faculties</i>
NPSF	<i>National Patient Safety Foundation</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidência
PIC	Prática Interprofissional Colaborativa
PNIS	Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PPC	Projeto Político de Curso
QSEN	<i>Quality and Safety Education for Nurses</i>
QSEN SES	<i>Quality and Safety Education for Nurses Student Evaluation Survey</i>
RMSEA	Raiz do Erro Quadrático Médio de Aproximação
RWJF	<i>Robert Wood Johnson Foundation</i>
SRMR	Raiz Padronizada do Resíduo Médio
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEC	Trabalho em Equipe e Colaboração
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
TIGER	<i>Technology Informatics Guiding Education Reform</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

RESUMO

INTRODUÇÃO: O desenvolvimento de competências de qualidade e segurança do paciente no ensino em saúde tem sido objeto de estudo e foco de recomendações construídas e publicadas nas últimas décadas, em diversos países. A avaliação do alcance dessas competências pelos estudantes se faz necessária, no entanto, no Brasil não há ferramentas publicadas para este fim. O instrumento *Quality and Safety Education for Nurses Student Evaluation Survey* (QSEN SES) avalia, por meio de três escalas, os conhecimentos, habilidades e atitudes de estudantes de Enfermagem relacionados às seguintes competências: Cuidado centrado no paciente; Prática baseada em evidências; Trabalho em equipe e colaboração; Melhoria da qualidade; Segurança e Informática. **OBJETIVOS:** Realizar a adaptação transcultural do QSEN SES para uso no Brasil e avaliar suas propriedades psicométricas iniciais. **MÉTODO:** Estudo metodológico, desenvolvido em duas fases. A primeira consistiu na adaptação transcultural do instrumento QSEN SES para o português brasileiro e seguiu seis estágios: tradução, síntese das traduções, retrotradução, análise pelo comitê de sete especialistas, pré-teste com 30 estudantes de graduação em Enfermagem de uma universidade pública federal e validação pela autora do instrumento original. Na segunda fase, a versão brasileira do QSEN SES foi aplicada a 130 estudantes de graduação em Enfermagem de três universidades públicas federais, que já haviam cumprido, no mínimo, 50% da carga horária total do curso. Foi analisada a validade de construto e confiabilidade do instrumento, por meio da análise fatorial confirmatória e consistência interna. Para verificar a possível relação entre as variáveis sociodemográficas e habilidades e atitudes de qualidade e segurança do paciente, utilizaram-se os testes de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis. **RESULTADOS:** O QSEN SES foi adaptado transculturalmente para uso no Brasil, apresentando boa confiabilidade (escala Habilidades: $0,70 \geq \alpha \leq 0,94$; escala Atitudes: $0,86 \geq \alpha \leq 0,97$). A análise confirmatória apresentou índices de ajuste insuficientes para o modelo de Habilidades ($\chi^2=352,46$, SRMR=0,075, RMSEA=0,084, CFI=0,868) e para o modelo de atitudes ($\chi^2=981,02$, SRMR=0,112; RMSEA=0,193; CFI=0,608). Observou-se evidência de associação entre habilidades e as variáveis universidade e sexo. Os resultados da aplicação do QSEN SES Br em cursos de graduação em Enfermagem brasileiros apontou que, de uma maneira geral, os estudantes percebem a abordagem dos conteúdos relacionados à qualidade e segurança do paciente em sua formação, reconhecem as ações como muito importantes, entretanto, se sentem pouco preparados para executá-las. **CONCLUSÃO:** A versão brasileira do QSEN SES é equivalente à versão original, é confiável, entretanto, sugere-se novos estudos com amostra populacional maior, para confirmação da validade de construto. A aplicação do QSEN SES em escolas de Enfermagem permitirá a análise situacional do ensino, produzindo informações fundamentais para que educadores e gestores planejem reformas curriculares, inovações e mudanças, alinhadas às necessidades identificadas, sustentáveis, com maior potencial de êxito e longevidade.

Palavras-chave: Ensino de Enfermagem; Avaliação Educacional; Qualidade da Assistência à Saúde; Segurança do Paciente; Estudos de Validação.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The development of quality and patient safety competencies in health education has been the object of study and focus of recommendations built and published in recent decades in several countries. The evaluation of the achievement of these competencies by the students is necessary, however, in Brazil there are no tools published for this purpose. The Quality and Safety Education for Nurses Student Evaluation Survey (QSEN SES) evaluates, through three scales, the knowledge, skills and attitudes of Nursing students related to the following competencies: Patient-centered care; Evidence-based practice; Teamwork and collaboration; Quality Improvement; Safety and Informatics. **OBJECTIVES:** To perform the cross-cultural adaptation of the QSEN SES for use in Brazil and to evaluate its initial psychometric properties. **METHOD:** Methodological study, developed in two phases. The first consisted of the cross-cultural adaptation of the QSEN SES instrument into Brazilian Portuguese and followed six stages: translation, synthesis, back translation, expert committee review, pre-test with 30 undergraduate Nursing students from a public university and validation by the author of the original instrument. In the second phase, the Brazilian version of the QSEN SES was applied to 130 undergraduate Nursing students from three public universities, who had already completed at least 50% of the total course workload. The construct validity and reliability of the instrument were analyzed through confirmatory factor analysis and internal consistency. The Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests were used to verify the possible relationship between the sociodemographic variables and the quality and safety skills and attitudes. **RESULTS:** The QSEN SES was cross-culturally adapted for use in Brazil, presenting good reliability (Skills scale: $0,70 \geq \alpha \leq 0,94$; Attitudes scale: $0,86 \geq \alpha \leq 0,97$). The confirmatory analysis had insufficient adjustment indices for the skills model ($\chi^2 = 352.46$, SRMR = 0.075, RMSEA = 0.084, CFI = 0.868) and for the attitudes model ($\chi^2 = 981.02$, SRMR = 0.112, RMSEA = 0.193, CFI = 0.608). There was evidence of association between skills and university and sex variables. The results of the application of the QSEN SES Br in Nursing undergraduate courses in Brazil pointed out that, in a general way, the students reported the exposure to the contents related to the quality and safety in their formation, they recognize the actions as very important, however, feel unprepared to execute them. **CONCLUSION:** The Brazilian version of the QSEN SES is equivalent to the original version, it is reliable, however, it is suggested new studies with a larger population sample, to confirm the validity of the construct. The application of QSEN SES in Nursing schools will allow a situational analysis of education, producing information that is fundamental for educators and managers to plan curricular reforms, innovations and changes, aligned with identified needs, sustainable, with greater potential for success and longevity.

Keywords: Nursing Education; Educational Assessment; Quality of Health Care; Patient Safety; Validation Studies.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El desarrollo de competencias de calidad y seguridad del paciente en la enseñanza en salud ha sido objeto de estudio y foco de recomendaciones construidas y publicadas en las últimas décadas, en diversos países. La evaluación del alcance de estas competencias por los estudiantes se hace necesaria, sin embargo, en Brasil no hay herramientas publicadas para este fin. El instrumento *Quality and Safety Education for Nurses Student Evaluation Survey* (QSEN SES) evalúa, a través de tres escalas, los conocimientos, habilidades y actitudes de los estudiantes de enfermería relacionados con las siguientes competencias: Cuidado centrado en el paciente; Práctica basada en evidencias; Trabajo en equipo y colaboración; Mejora de la calidad; Seguridad e Informática. **OBJETIVOS:** Realizar la adaptación transcultural del QSEN SES para uso en Brasil y evaluar sus propiedades psicométricas iniciales. **MÉTODO:** Estudio metodológico, desarrollado en dos fases. La primera consistió en la adaptación transcultural del instrumento QSEN SES para portugués de Brasil y siguieron seis etapas: traducción, síntesis de traducciones, traducción inversa, análisis por comité de siete expertos, pre-test con 30 estudiantes de graduación en enfermería de una universidad pública federal y validación por la autora del instrumento original. En la segunda fase, la versión brasileña del QSEN SES fue aplicada a 130 estudiantes de graduación en enfermería de tres universidades públicas federales, que ya habían cumplido como mínimo el 50% de la carga horaria total del curso. Se analizó la validez de constructo y confiabilidad del instrumento, por medio del análisis factorial confirmatorio y consistencia interna. Para verificar la posible relación entre las variables sociodemográficas y las habilidades y actitudes de calidad y seguridad del paciente, se utilizaron las pruebas de Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis. **RESULTADOS:** El QSEN SES fue adaptado transculturalmente para uso en Brasil, presentando buena confiabilidad (escala Habilidades: $0,70 \geq \alpha \leq 0,94$; escala Actitudes: $0,86 \geq \alpha \leq 0,97$). El análisis confirmatorio presentó índices de ajuste insuficientes para el modelo de Habilidades ($\chi^2 = 352,46$, SRMR = 0,075, RMSEA = 0,084, CFI = 0,868) y para el modelo de actitudes ($\chi^2 = 981,02$, SRMR = 0,112; RMSEA = 0,193, CFI = 0,608). Se observó evidencia de asociación entre habilidades y variables universidad y sexo. Los resultados de la aplicación del QSEN SES Br en cursos de graduación en enfermería brasileños apuntó que, de una manera general, los estudiantes perciben el abordaje de los contenidos relacionados a la calidad y seguridad del paciente en su formación, reconocen las acciones como muy importantes, sin embargo, se sienten poco preparados para ejecutarlas. **CONCLUSIÓN:** La versión brasileña del QSEN SES es equivalente a la versión original, es confiable, sin embargo, se sugiere nuevos estudios con muestra poblacional mayor, para confirmación de la validez de constructo. La aplicación del QSEN SES en escuelas de enfermería permitirá un análisis situacional de la enseñanza, produciendo informaciones fundamentales para que educadores y gestores planifiquen reformas curriculares, innovaciones y cambios, alineados a las necesidades identificadas, sostenibles, con mayor potencial de éxito y longevidad.

Palabras-claves: Educación en Enfermería; Evaluación Educativa; Calidad de la Atención de Salud; Seguridad del Paciente; Estudios de Validación.

Apresentação

APRESENTAÇÃO

A temática qualidade e segurança do paciente despertou o meu interesse ainda durante o curso de graduação em Enfermagem. Naquele momento, tive a oportunidade de integrar o Núcleo de Estudos de Enfermagem em Gestão de Instituições de Saúde e Segurança do Paciente (NEGISP) e acompanhar o desenvolvimento de pesquisas na área, que apontavam fragilidades na assistência de Enfermagem e a ocorrência de incidentes nos diversos cenários de cuidado de um hospital de ensino (BEZERRA *et al.*, 2009; CARNEIRO *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2011; SOUZA *et al.*, 2011).

A realidade de insegurança evidenciada nas pesquisas do NEGISP àquela época, instigou-me a conhecer a visão dos pacientes sobre o cuidado oferecido a eles, e tornou-se objeto do meu estudo de mestrado. Novamente os resultados mostraram haver falhas na prestação do cuidado, agora atestadas pelos próprios pacientes (FREITAS *et al.*, 2014).

Questionamentos tais quais “Como contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados no hospital?” e “Como o ensino poderia contribuir para esta melhoria?” fizeram-se presentes após o término do mestrado, e foram intensificados após o início de minhas atividades profissionais como docente e coordenadora de um curso de graduação em Enfermagem.

Uma rápida análise do curso que estava sob minha coordenação (projeto pedagógico do curso, matriz curricular, ferramentas de ensino-aprendizagem) permitiu inferir que não seria possível desenvolver competências de qualidade e segurança do paciente naqueles futuros enfermeiros, sem alguma transformação do que lhes era oferecido.

Iniciei o doutorado e defini, então, que meu objeto de estudo seria o ensino sobre qualidade e segurança do paciente no Brasil, a fim de fundamentar em evidências, as mudanças que eu gostaria de fazer em minha prática profissional e, ainda, auxiliar outros docentes e líderes que enfrentassem situação semelhante.

Durante meus estudos identifiquei que o Brasil carecia de informações sobre o ensino de competências relacionadas à qualidade e segurança do paciente, o que motivou a realização de doutorado sanduíche no exterior, para aprofundar o meu conhecimento na temática.

Com o suporte financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), eu estive durante cinco meses na *Frances Payne Bolton School of Nursing*, escola de Enfermagem da *Case Western Reserve University*, situada em Cleveland, Ohio, Estados Unidos da América (EUA).

Essa experiência foi realizada sob supervisão da docente Dr^a Mary Dolansky, também diretora do instituto *Quality and Safety Education for Nurses*, responsável pelo desenvolvimento de um projeto que visou definir e descrever competências de qualidade e segurança do paciente a serem introduzidas nos currículos de escolas de Enfermagem, amplamente utilizadas no ensino de Enfermagem norte-americano; elaborar instrumento para medir as percepções dos estudantes sobre o desenvolvimento dessas competências durante seus cursos, e estimular a inovação contínua na concepção de métodos para promover e avaliar a aprendizagem dos estudantes em qualidade e segurança do paciente (QSEN, 2019).

Perante meus estudos e questionamentos, optei por selecionar, adaptar transculturalmente e validar um instrumento que possibilitasse à Enfermagem brasileira analisar o cenário do ensino de qualidade e segurança do paciente e desenhar ações pertinentes à realidade do país. O estudo é apresentado nessa tese, que está estruturada em oito capítulos, além das referências, apêndices e anexos.

O capítulo primeiro introduz e contextualiza o tema. No capítulo segundo, estão descritos os objetivos deste estudo. O capítulo terceiro apresenta o referencial teórico e metodológico, abordando conhecimentos sobre qualidade, segurança do paciente, ensino de Enfermagem e adaptação transcultural e validação de instrumentos.

O capítulo quarto expõe o percurso metodológico. Os capítulos quinto e sexto trazem os resultados e discussões dos dados, apoiados pela literatura científica atualizada sobre o assunto.

Apresentação

Finalmente, os capítulos sétimo e oitavo apresentam a conclusão e as considerações finais do estudo, incluindo suas limitações.

Introdução

1. INTRODUÇÃO

A qualidade e a segurança do paciente são temas que têm estado em destaque nas últimas décadas na área da saúde, com o objetivo de auxiliar no alcance de uma assistência com o mínimo de risco, livre de eventos adversos (EA) e com elevado grau de satisfação dos usuários. No cenário de atenção à saúde contemporâneo, alcançar e manter alto nível de resultados de qualidade para os pacientes são valores fundamentais para líderes e executivos do setor (MCGONIGAL, 2017).

A segurança do paciente é um dos pilares da qualidade em saúde e está também evidenciada como o primeiro dos seis objetivos fundamentais do *Institute of Medicine* (IOM) para os sistemas de saúde do século 21. O IOM é uma organização americana sem fins lucrativos, reconhecida mundialmente pelo fornecimento de evidências e recomendações para saúde pública e ciência, que propõe iniciativas para minimizar a exposição de pacientes a perigos e quase-falhas (*near-misses*), e também reduzir o risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável (IOM, 2001; KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000; WHO, 2009a).

A melhor solução para se alcançar um sistema de saúde de qualidade e eficaz é o investimento na melhoria da segurança do paciente (TELLA *et al.*, 2014), de forma que seja possível prevenir os danos e as mortes que vêm ocorrendo em todo o mundo. O relatório *To err is human*, publicado pelo IOM em 1999, apontou que aproximadamente 100 mil pessoas morriam a cada ano em hospitais dos Estados Unidos da América (EUA), em decorrência de eventos adversos (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). Dados do ano 2013 mostraram incremento desse número para, aproximadamente, 440 mil mortes por ano (JAMES, 2013).

O relatório do IOM foi bem sucedido em quebrar o ciclo de inação em relação aos erros que ocorrem na assistência à saúde de todo o mundo, com o reconhecimento de que eles são, frequentemente, preveníveis e ocasionados por fatores sistêmicos, promovendo um grande movimento pela segurança do paciente (KOWALSKI; ANTHONY, 2017).

Nesse movimento, diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) têm dado destaque para a educação dos profissionais de saúde e sua formação com competências (conhecimentos, habilidades, comportamentos e atitudes) relevantes para a segurança do paciente (WHO, 2011). Diversos organismos internacionais corroboram com esta recomendação (ACSQH, 2005; CPSI, 2008; EUNETPAS, 2010; IOM, 2011; NPSF, 2019).

O papel da formação dos profissionais de saúde com estas competências também foi reconhecido nacionalmente. No Brasil, um dos objetivos do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), lançado em abril de 2013, é "promover a inclusão do tema Segurança do Paciente entre os conteúdos disciplinares dos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde" (MS, 2013a).

De forma a reforçar esse objetivo, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Resolução nº 569/2017, aprovou o Parecer Técnico nº 300/2017 que apresenta princípios gerais a serem incorporados nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de todos os cursos de graduação da área da saúde, como elementos norteadores para o desenvolvimento dos currículos e das atividades didático-pedagógicas (MS, 2017). Entre as recomendações para os núcleos de conhecimento e práticas previstos nas DCN está a segurança do paciente (MS, 2017).

O parecer técnico aponta que os cursos de graduação da área da saúde precisam formar trabalhadores com capacidade para desempenhar atividades nos diferentes níveis de atenção à saúde e proporcionar o desenvolvimento de competências para a atuação em equipes interdisciplinares e interprofissionais, na organização das linhas de cuidado e redes de atenção, nas ações de proteção da saúde coletiva e de vigilância em saúde. Os futuros profissionais da área devem estar preparados a reconhecer e intervir positivamente nos riscos existentes na prestação de serviços de saúde, considerando que sua ação é fator importante na prevenção de agravos relacionados ao cuidado em saúde (MS, 2017).

A proposta objetiva, entre outras coisas, concretizar a qualidade e segurança do paciente na atenção à saúde, pautando o pensamento crítico que conduz o profissional e seu fazer nas melhores evidências científicas e nas políticas públicas, programas, ações estratégicas e diretrizes vigentes, tendo em perspectiva a

proteção responsável e comprometida com a redução de agravos e iatrogenias, em conformidade com o PNSP (MS, 2017).

A preocupação com a reformulação de currículos da área da saúde e, em especial da Enfermagem, aparece em documentos publicados desde a década de 1980; contudo, devido à complexidade envolvida nesse processo, este assunto ainda permanece em pauta e é tópico de diversas pesquisas e iniciativas (AACN, 1986; AACN, 2008; GONZALO; WOLPAW T; WOLPAW D, 2018; IOM, 2011; NLN, 1988; NLN, 2003).

Em consonância com o PNSP (MS, 2013) e com a Resolução nº 569/2017 (MS, 2017), o Conselho Nacional de Saúde publicou em 2018, a Resolução nº 573/2018 que inclui a temática na proposta das novas DCN específicas do curso de graduação em Enfermagem (DCN/ENF) (MS, 2018).

Trata-se de importante conquista para a educação em Enfermagem do país, uma vez que as DCN/ENF norteiam as Instituições de Ensino Superior (IES) na definição dos componentes curriculares essenciais, na implementação de estágios supervisionados, na incorporação de atividades complementares e na organização do curso (TEIXEIRA *et al.*, 2013).

A introdução das temáticas qualidade e segurança do paciente nos currículos dos cursos de Enfermagem pode ajudar a garantir que os estudantes adquiram as competências esperadas, a um custo menor. Uma vez que o curso de graduação foi concluído, o acesso à informação é mais difícil, e o treinamento é mais caro, porque envolve a substituição de práticas estabelecidas e lições aprendidas da experiência passada com as novas (MIRA *et al.*, 2015).

A qualidade da formação da Enfermagem produz reflexo direto e imediato na qualidade do cuidado à saúde em serviços ofertados pelo Sistema e na satisfação do usuário (ABEN, 2012). Muitos eventos adversos experimentados por pacientes estão associados aos cuidados de Enfermagem, dado o volume de profissionais, a centralidade e a proximidade desta equipe no atendimento (DUBOIS *et al.*, 2013).

Pesquisadores têm evidenciado ligações entre características dos profissionais de Enfermagem e as falhas no cuidado. Características como educação, competência, e experiência da equipe de Enfermagem podem influenciar na incidência da mortalidade, em elevadas taxas de infecção, na ocorrência de

lesões por pressão e quedas, no prolongamento do tempo de internação, em complicações após cirurgias e na insatisfação dos pacientes (AIKEN *et al.*, 2014; KALISCH, 2015; MCHUGH *et al.*, 2013).

A Enfermagem tem papel substancial na implementação de medidas de prevenção de eventos adversos assistenciais evitáveis. No Brasil, a categoria representa mais de 50% dos trabalhadores da saúde (ABEN, 2012; COFEN, 2015).

Por esses motivos, a educação dos enfermeiros tem passado por uma série de reformas instrucionais e institucionais, para melhorar o seu desempenho nos sistemas de saúde, adaptando as competências profissionais básicas a contextos específicos, ao mesmo tempo em que se baseia no conhecimento global (FRENK *et al.*, 2010).

A formação acadêmica deve favorecer a mudança da cultura da inaceitabilidade do erro e punição, para a cultura de segurança do paciente, onde o erro é aceito como evidência de falha no sistema e como uma oportunidade de revisão do processo e de aprimoramento da assistência prestada (YOSHIKAWA *et al.*, 2013).

Essa nova organização dos cursos de Enfermagem apresenta-se como desafio às escolas e docentes, que devem desenhar currículos e selecionar métodos de ensino e aprendizagem adequados à diversidade e complexidade do mundo contemporâneo, e capazes de minimizar o distanciamento existente entre o ensino e a prática clínica (BIANCHI *et al.*, 2016; GINSBURG *et al.*, 2012; LUKEWICH *et al.*, 2015; STEVANIN *et al.*, 2015; USHER *et al.*, 2017).

Nos EUA, em 2005, uma iniciativa denominada *Quality and Safety Education for Nurses* (QSEN) foi lançada, com o objetivo de refletir nova identidade para os enfermeiros, que demonstrasse conhecimentos, habilidades e atitudes que enfatizassem a qualidade e a segurança do paciente durante o atendimento (ALTMILLER; DOLANSKY, 2017).

O desenvolvimento do QSEN foi baseado em recomendações do relatório do IOM de 2003, *Health Professions Education*, e concentrou-se na definição de seis competências de qualidade e segurança do paciente para a Enfermagem: 1. Cuidados centrados no paciente; 2. Prática baseada em evidências; 3. Trabalho em equipe e colaboração; 4. Melhoria da qualidade; 5. Segurança; 6. Informática

(CRONENWETT *et al.*, 2007). Um diferencial das competências QSEN é a organização em uma estrutura pedagógica, composta por conceito e lista de conhecimentos, habilidades e atitudes específicas a serem desenvolvidas nos estudantes, que norteiam os docentes e gestores na aplicação no ensino.

Parcerias entre o QSEN e organizações de Enfermagem americanas como a *American Association of Colleges of Nursing*, *National League for Nursing* e *American Nurses Association*, têm aumentado a força e o alcance do movimento de qualidade e segurança do paciente. Desde a publicação das competências QSEN, muitas escolas de Enfermagem americanas começaram a alinhar seus currículos e métodos e transformar a sua realidade (DEBOROUGH, 2012; BARNSTEINER *et al.*, 2012; ALTMILLER; ARMSTRONG, 2017).

Uma aproximação entre a academia e a prática também foi realizada, quando da discussão do alinhamento das Competências QSEN e os padrões da *Joint Commission* e *Magnet*[®], para que haja uniformização de conceitos e linguagem (LYLE-ELDROSOLO, 2016).

A relevância da implementação de competências de qualidade e segurança do paciente no ensino de Enfermagem foi evidenciada em estudo qualitativo, conduzido com estudantes de Enfermagem, que mostrou aumento na intenção destes em fornecer cuidados de qualidade, após a reestruturação curricular e inserção das competências QSEN (RILEY; YEARWOOD, 2012).

No entanto, para verificar se os currículos de Enfermagem estão promovendo o alcance das competências de qualidade e segurança do paciente é necessário avaliá-los, assim como a sua base de conhecimento (CHENOT; DANIEL, 2010). A percepção dos estudantes sobre conteúdos e competências é parte importante desta avaliação (SULLIVAN; HIRST; CRONENWETT, 2009).

Em pesquisa inicial do projeto QSEN realizada com recém-formados evidenciou-se que, na visão desses enfermeiros, lhes faltavam experiências de aprendizado relacionadas às competências de qualidade e segurança do paciente e, eles não acreditavam que seus docentes tivessem o conhecimento para ensinar alguns dos conteúdos (CRONENWETT *et al.*, 2007).

Uma busca na literatura atual identificou diversas ferramentas para a avaliação de estudantes de Enfermagem quanto às competências de qualidade e

segurança do paciente desenvolvidas durante os cursos de graduação (ARMSTRONG *et al.*, 2017; CHENOT; DANIEL, 2010; DYCUS; MCKEON, 2009; LEE *et al.*, 2014; PISCOTTY; GROBBEL; ABELE, 2013; SCHNALL *et al.*, 2008; SULLIVAN; HIRST; CRONENWETT, 2009).

Com base nas competências QSEN, Sullivan, Hirst e Cronenwett (2009) desenvolveram o instrumento *Quality and Safety Education for Nurses Student Evaluation Survey* (QSEN SES). Trata-se de instrumento autoaplicável, composto por 63 itens organizados em três escalas, que avaliam os conteúdos de qualidade e segurança do paciente presentes nos currículos de Enfermagem, na perspectiva dos estudantes, juntamente com a preparação autorreferida e a importância percebida de todas as seis competências QSEN (SULLIVAN; HIRST; CRONENWETT, 2009).

Considerando a discussão internacional avançada sobre o ensino de qualidade e segurança do paciente em Enfermagem, o elevado número de escolas de Enfermagem no Brasil, a necessidade de formar enfermeiros com competência para atuar em sistemas de saúde complexos, atentos à qualidade e a segurança do paciente e, ainda, a limitada literatura nacional disponível sobre esta temática e a ausência de instrumento de avaliação publicado em português brasileiro, decidiu-se pelo desenvolvimento deste estudo, de adaptação transcultural e validação do QSEN SES, para uso no Brasil.

O instrumento QSEN SES foi selecionado para ser traduzido, adaptado e validado para uso no Brasil neste estudo, pelo fato de abranger todas as seis competências QSEN, ser focado na visão dos estudantes, assim como pela sua objetividade, autoaplicabilidade, e confiabilidade, demonstrada em estudos que o utilizaram (DURHAM; HOFWEGEN, 2014; LEE; JANG; PARK, 2016; MENNENGA; TSCHETTER; SANJAYA, 2015; PETERSON-GRAZIOSE; BRYER, 2017). Considerou-se, ainda, o potencial de fácil adaptação do instrumento para avaliação do ensino pelos demais profissionais de saúde e docentes, ampliando sua utilização e benefícios.

Buscou-se, neste estudo, responder a três questões:

- I. Com o processo de tradução, retrotradução do QSEN SES e análise por especialistas, é possível obter as equivalências semântica, conceitual,

idiomática e contextual entre o instrumento original e o adaptado para uso no Brasil?

- II. As medidas psicométricas (validade de conteúdo, consistência interna e validade de construto) sustentam a versão adaptada transculturalmente para a população brasileira?
- III. O QSEN SES adaptado transculturalmente é válido e confiável para uso no Brasil?

A aplicação do QSEN SES em escolas de Enfermagem brasileiras, neste estudo e em estudos futuros, permitirá a análise situacional do ensino em um contexto local, regional ou até mesmo nacional, produzindo informações fundamentais para que educadores e gestores planejem reformas curriculares, inovações e mudanças, alinhadas às necessidades identificadas, sustentáveis e, por conseguinte, com maior potencial de êxito e longevidade.

Dado o caráter cíclico, dinâmico e contínuo do desenvolvimento curricular, o instrumento QSEN SES poderá ser utilizado em diferentes momentos de avaliação e diferentes cenários, como uma ferramenta de gestão e *benchmarking*.

Pesquisar o conhecimento, habilidades e atitudes dos estudantes sobre qualidade e segurança do paciente favorecerá a profissão de Enfermagem como um todo, pois permitirá o aprimoramento de pontos frágeis do ensino e o avanço em direção ao desempenho profissional altamente confiável.

Os pacientes poderão ser beneficiados, já que o estudo pretende oferecer uma ferramenta de avaliação de competências que os egressos dos cursos de Enfermagem precisam possuir para serem profissionais qualificados e empenhados em proporcionar a melhor experiência de cuidado. As instituições de ensino também poderão ser beneficiadas, uma vez que a avaliação do conteúdo curricular poderá promover discussões e reflexões, por parte dos docentes e Núcleos Docentes Estruturantes das instituições, com possíveis mudanças nas disciplinas e práticas educativas adotadas, fortalecendo o papel social da educação na saúde.

Objetivos

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Adaptar transculturalmente para o português brasileiro o instrumento *Quality and Safety Education for Nurses Student Evaluation Survey* (QSEN SES).
- Analisar as propriedades psicométricas iniciais da versão brasileira do *Quality and Safety Education for Nurses Student Evaluation Survey* (QSEN SES).

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar a validade de conteúdo da versão brasileira do QSEN SES.
- Avaliar a confiabilidade da versão brasileira do QSEN SES.
- Avaliar a validade de construto estrutural da versão brasileira do QSEN SES.
- Verificar a relação entre variáveis sociodemográficas de estudantes de graduação em Enfermagem e habilidades e atitudes de qualidade e segurança do paciente.

*Referencial Teórico e
Metodológico*

3. REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

3.1 Qualidade e segurança do paciente e Enfermagem

Preocupações com a qualidade e segurança do paciente em ambientes de assistência à saúde surgiram na agenda internacional nos últimos anos, quando os países tiveram que empenhar-se para fortalecer seus sistemas de saúde e alcançar a cobertura universal (PRYTHERCH *et al.*, 2017).

O conceito de qualidade evoluiu ao longo dos anos, de um processo fundamentado na relação médico-paciente para uma abordagem mais abrangente, envolvendo a comunidade de saúde, o conceito de eficiência e o acesso ético ao cuidado, sendo definida como o grau em que serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados desejáveis em saúde, para indivíduos e populações, e são consistentes com o conhecimento profissional atual (GARROUSTE-ORGEAS *et al.*, 2012; LOHR, 1990; WHO, 2009a).

Donabedian, um dos mais reconhecidos estudiosos em qualidade em saúde, afirma que a essência da qualidade envolve o balanço entre benefício e dano, e está relacionada a aspectos de estrutura, processos e resultados. Estrutura consiste em provedores, recursos e ferramentas – a parte fixa do ambiente de prática. Processos são definidos como a relação entre atividades de cuidado e as consequências na saúde e bem-estar do paciente. Resultados são interpretados como as mudanças na condição do paciente decorrentes do processo de cuidado (DONABEDIAN, 1988).

Em 1990, Donabedian desenhou os sete pilares da qualidade que foram mais tarde, base para o desenho dos seis objetivos do IOM para melhoria dos sistemas de saúde (DONABEDIAN, 1990). Esses objetivos evidenciam a necessidade básica de que os cuidados de saúde sejam: seguros, oportunos, efetivos, eficientes, equitativos e centrados no paciente. Um sistema de saúde que alcance grandes ganhos nessas seis áreas estará melhor preparado para atender às necessidades dos pacientes (IOM, 2001).

Embora o investimento, desenvolvimento e o conhecimento em cuidados de saúde tenham crescido nas últimas décadas, o sistema de saúde tem sido desafiado a tornar-se um prestador altamente confiável, oferecendo a cada paciente o cuidado

Referencial Teórico e Metodológico

correto, todo o tempo. Alcançar o objetivo de alta confiabilidade requer que hospitais se tornem usuários de um arsenal de ferramentas que ajudem a garantir a segurança do paciente, qualidade, efetividade e eficiência (WOODHOUSE *et al.*, 2016).

Os sistemas de saúde, de forma global, despertaram para os conceitos de qualidade e segurança do paciente como um componente crítico do cuidado após a publicação do relatório do IOM *To err is human*, que apontou que milhares de pessoas morriam a cada ano nos hospitais dos Estados Unidos, como resultado de eventos adversos preveníveis (JAMES, 2013; KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). Em 2001, o novo relatório do IOM, *Crossing the quality chasm*, descreveu a imensa divisão entre o que sabemos ser bons cuidados de saúde e o que os pacientes realmente recebem (IOM, 2001).

Estudos realizados nas últimas décadas apresentaram a taxa de eventos adversos em cenários hospitalares ao redor do mundo, incluindo África (WILSON *et al.*, 2012), América Latina (ARANAZ-ANDRÉS *et al.*, 2011), Austrália (WILSON *et al.*, 1995), Brasil (COUTO *et al.*, 2018; MENDES *et al.*, 2009), Canadá (BAKER *et al.*, 2004), EUA (JAMES, 2013; KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000), Irã (AKBARI SARI *et al.*, 2015), Irlanda (RAFTER *et al.*, 2016) e Nova Zelândia (DAVIS *et al.*, 2001). Esta taxa variou de 4% e 17% nestes países, sendo, aproximadamente, 50% eventos evitáveis.

Em cenários de cuidados primários a saúde, uma revisão apontou que as estimativas de incidentes variaram consideravelmente, de 0,004 a 240 a cada 1000 consultas, e estimativas de erros preveníveis variaram de 45% a 76%, dependendo do método usado no estudo (MAKEHAM *et al.*, 2008). Estudo conduzido no Brasil, em 2015, observou uma razão de incidentes na Atenção Primária a Saúde de 1,11% (MARCHON; MENDES JUNIOR; PAVÃO, 2015).

A ocorrência de eventos adversos causa danos aos pacientes, aumenta o tempo de permanência no hospital, a mortalidade e os custos do cuidado. Estudo brasileiro estimou que o valor médio pago para o cuidado de pacientes com EA pode ser 200,5% maior que o valor médio pago para pacientes sem EA, e a permanência hospitalar média entre pacientes com EA pode ser 28,3 dias mais longa do que entre pacientes sem EA (PORTO *et al.*, 2010).

Referencial Teórico e Metodológico

Em 2004, o relatório do IOM *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses*, fez recomendações consistentes sobre o ambiente de trabalho em saúde, e enfatizou que enfermeiros e o cuidado de Enfermagem efetivo contribuem para o processo de recuperação do paciente e minimizam a ocorrência de eventos adversos. Desde então, outros relatórios de pesquisas tem comprovado essa relação (CHO *et al.*, 2015; VAN BOGAER *et al.*, 2014).

A equipe de Enfermagem representa o maior grupo ocupacional na força de trabalho da saúde, e provê cuidado direto e contínuo em todos os níveis de assistência à saúde, constituindo um sistema de vigilância ininterrupto, para detecção precoce de riscos e falhas.

No Brasil, de um contingente de 3,5 milhões de trabalhadores da saúde, aproximadamente 50% trabalham em Enfermagem (ABEN, 2012; COFEN, 2015). Dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), relativos às inscrições ativas em fevereiro de 2019 somam 519.782 enfermeiros e 1.201.474 técnicos de Enfermagem, além de auxiliares e obstetrizas (COFEN, 2019).

A experiência dos pacientes com o atendimento hospitalar está significativamente relacionada aos recursos de Enfermagem, tais quais, dimensionamento da equipe de Enfermagem, horas de trabalho e ambientes de trabalho adequados (AIKEN *et al.*, 2002).

Estudos indicam que os enfermeiros em organizações com as mais altas proporções de pacientes/profissional têm duas vezes mais probabilidade de experimentar *burnout* relacionado ao trabalho e quase o dobro de insatisfação com seus empregos em comparação com os enfermeiros das organizações com os menores índices (AIKEN *et al.*, 2002; AIKEN *et al.*, 2012; AIKEN *et al.*, 2017; GUIRARDELLO, 2017; PRAPANJAROENSIN; PATRICIAN; VANCE, 2017).

Este cenário afeta a saúde e a segurança dos enfermeiros, a rotatividade da força de trabalho, a satisfação e o desempenho e prejudica a qualidade e a segurança do paciente. Para além da ocorrência de eventos adversos, omissões de cuidados de Enfermagem também são observadas, como falta de medicações, falência da educação do paciente, e não atendimento às chamadas (DABNEY; KALISCH, 2015).

Referencial Teórico e Metodológico

A qualidade dos cuidados é influenciada pelos sistemas em que os enfermeiros trabalham, que envolvem não apenas o nível de pessoal, mas também as necessidades de todos os pacientes pelos quais o enfermeiro é responsável, a disponibilidade e organização de outros funcionários e serviços de apoio, o clima e a cultura criados por líderes nesse cenário. A qualidade também é influenciada por características individuais do enfermeiro, como conhecimento e experiência (CLARKE; DONALDSON, 2008).

A associação entre a proporção do total de horas de Enfermagem trabalhadas por enfermeiros, e os resultados dos pacientes foi estabelecida de forma robusta (BLEGEN *et al.*, 2013; CASTLE; ANDERSON, 2011; STAGGS; DUNTON, 2014; AIKEN *et al.*, 2017; TWIGG *et al.*, 2016). Cada aumento de 10% no número de enfermeiros está associado a uma diminuição na probabilidade de um paciente internado morrer dentro de 30 dias de internação em 7% (AIKEN *et al.*, 2014).

Ressalta-se que, embora o uso de horas extras e pessoal de Enfermagem menos qualificado sejam estratégias muito utilizadas, pois possibilitam fornecer números aceitáveis de pessoas à beira do leito, elas estão associadas ao maior risco de EA (BERNEY; NEEDLEMAN; KOVNER, 2005; TRINKOFF *et al.*, 2006).

Auxiliares e técnicos de Enfermagem foram introduzidos na força de trabalho de saúde para atuarem sob supervisão dos enfermeiros. Entretanto, essa prática, tanto em termos de números e configurações, ampliou nos últimos tempos. Os principais impulsionadores para esta elevação foram a falta de profissionais com formação de nível superior, contenção de custos, mudanças no escopo da prática do enfermeiro em relação ao aumento de habilidades técnicas e funções especializadas de Enfermagem, e aumento da quantidade de atividades administrativo-burocráticas (KESSLER; HERON; DOPSON, 2012).

Diferentemente dos enfermeiros que possuem bacharelado (quatro ou cinco anos após o ensino médio no Brasil), auxiliares e técnicos de Enfermagem possuem preparo educacional reduzido, geralmente constituído por poucos meses de teoria seguida de prática clínica (MACHADO *et al.*, 2016).

Além das melhorias no cuidado, o investimento em Enfermagem pode ser interessante estratégia financeira para as instituições. Nos EUA, cada US\$ 1,00 gasto em melhorias para o pessoal de Enfermagem foi estimado em retornar um

Referencial Teórico e Metodológico

mínimo de US\$ 0,75 de benefício econômico para o hospital, sem contar os benefícios intangíveis (DALL *et al.*, 2009).

Neste contexto, evidencia-se que a educação em Enfermagem deve ser fundamentalmente aprimorada. Contudo, o atual sistema educacional não está equipado para lidar com o grande afluxo de estudantes que se faz necessário para atender à crescente demanda por enfermeiros altamente qualificados (GORSKI *et al.*, 2015).

O ensino de Enfermagem está evoluindo de um enfoque baseado em habilidades para uma estrutura baseada em competências, evidências e ciência, para preencher a lacuna entre academia e prática e para melhor preparar enfermeiros para atender às complexas necessidades de saúde atuais (IOM, 2011).

3.2 Evolução do ensino de Enfermagem e a inserção de competências de qualidade e segurança do paciente: enfoque internacional

A construção do currículo de Enfermagem tem suas origens nos EUA, no ano de 1918, com a publicação do *Standard curriculum for schools of Nursing*. O propósito deste currículo padrão era servir como um guia para escolas, estabelecendo bons modelos de educação em Enfermagem e, apresentar ao público, e àqueles que desejassem estudar Enfermagem, uma ideia do que era concebido como formação aceitável para a profissão à época (GRAY, 1918). Esse guia, foi um marco para o desenvolvimento do ensino de Enfermagem e da Enfermagem como profissão.

Desde então, a concepção de currículo vem se modificando em detrimento das diferentes finalidades educacionais, bem como do acelerado avanço da ciência e tecnologia e dos diversos contextos sociopoliticoculturais que permeiam a construção do conhecimento (FRENK *et al.*, 2010; SCORZONI, BUENO, COSCRATO, 2013).

A evolução do cuidado de Enfermagem tem demandado novos currículos e novas formas de se pensar e fazer educação em Enfermagem. O cuidado se tornou mais complexo, mais caro e de maior risco, dependente de tecnologia sofisticada, do gerenciamento de informações, da habilidade de análise e síntese, e de tomada de decisão crítica, associada ao atendimento de pacientes mais graves e mais

Referencial Teórico e Metodológico

exigentes (IOM, 2011). O senso de urgência contemporâneo permeia o cuidado de Enfermagem, e desafia o profissional à união de experiência clínica, maturidade, estabilidade emocional, agilidade e efetividade, além da assistência direta e coordenação de pessoas e ações (PAIVA; SANTOS JUNIOR, 2012).

Entretanto, para *Frenk et al.* (2010), a educação profissional não tem acompanhado oportunamente a evolução do cuidado, em grande parte devido aos currículos fragmentados, ultrapassados e estáticos que tem produzido profissionais mal-equipados. Os problemas são sistêmicos e compreendem: incompatibilidade de competências com as necessidades do paciente e da população; trabalho em equipe deficiente; foco técnico restrito sem compreensão contextual; desequilíbrios quantitativos e qualitativos no mercado de trabalho profissional (FRENK *et al.*, 2010).

A projeção de currículos baseados em competências tem sido indicada como ferramenta para a transformação do ensino (FRENK *et al.*, 2010; NLN, 2003; PARANHOS, MENDES, 2010; SANTOS, 2011). Competência profissional na área da saúde pode ser definida como a capacidade de um ser humano cuidar do outro, colocando em ação conhecimentos científicos, habilidades clínicas e valores (atitudes) necessários para prevenir e resolver problemas de saúde em situações específicas do exercício profissional. A competência depende de hábitos mentais, incluindo atenção, curiosidade crítica, autoconsciência e presença. Ela é passível de desenvolvimento, é impermanente e dependente do contexto (EPSTEIN; HUNDERT, 2002).

O currículo por competências é dirigido pelo resultado a ser obtido ao final do programa educacional (SANTOS, 2011). No que tange a Enfermagem, um dos resultados almejados pelo ensino, é a atuação profissional qualificada e segura no cotidiano da assistência ao paciente e, para tanto, competências de qualidade e segurança do paciente devem ser inseridas nos currículos e ser desenvolvidas durante a formação do enfermeiro.

É vital que, enquanto futuros líderes e prestadores do cuidado em saúde, os profissionais sejam bem informados e habilidosos para a aplicação dos princípios e conceitos relacionados à qualidade e segurança do paciente e, que sejam capazes de implementar uma cultura justa e transparente (WHO, 2011).

Referencial Teórico e Metodológico

A abordagem baseada em competências permite a definição e a implantação de aspectos-chave da prática que são fundamentalmente diferentes em um ambiente de atenção à saúde orientado para a segurança do paciente (CPSI, 2008).

Consonante a essa realidade e a necessidade de instrumentalizar gestores de cursos de graduação em saúde, incluindo Enfermagem, e educadores para mudanças no ensino, organizações internacionais têm gerado recomendações, ambicionando melhorar a segurança do cuidado e os resultados para os pacientes. Algumas dessas organizações internacionais e suas publicações e recomendações serão apresentadas abaixo, em ordem cronológica.

I. American Association of Colleges of Nursing - AACN (Associação Americana de Faculdades de Enfermagem)

Direcionada especificamente para o bacharelado em Enfermagem, no final da década de 1980, a AACN publicou o primeiro esforço nacional para definir os conhecimentos, valores e comportamentos profissionais esperados. Esse documento, denominado *Essentials of college and university education for professional Nursing* foi posteriormente revisado, à medida que o conhecimento científico se expandia e o sistema e a prática de atenção à saúde mudavam, visando fornecer um quadro educacional adequado para a preparação dos profissionais enfermeiros em cada contexto histórico (AACN, 1986; AACN, 2008).

Assim, nove fundamentos do ensino de Enfermagem foram propostos no último documento (AACN, 2008):

- I. Educação liberal para a prática de Enfermagem.
- II. Liderança organizacional básica e de sistemas para qualidade do cuidado e segurança do paciente.
- III. Conhecimento para prática baseada em evidências.
- IV. Gerenciamento de informações e aplicação da tecnologia no cuidado ao paciente.
- V. Políticas de atenção à saúde, finanças e ambientes regulatórios.

Referencial Teórico e Metodológico

- VI. Comunicação interprofissional e colaboração para melhorar os resultados de saúde do paciente.
- VII. Prevenção e saúde da população.
- VIII. Profissionalismo e valores profissionais.
- IX. Prática de bacharel em Enfermagem.

A apresentação de cada fundamento é seguida por resultados que delineiam os conhecimentos, habilidades e atitudes esperadas dos enfermeiros recém-formados. Esses resultados servem como guia para ajudar os docentes a identificar os objetivos do curso que são específicos e mensuráveis. Em seguida, o conteúdo é listado para auxiliar na seleção do material adequado para atingir o fundamento específico (AACN, 2008).

Em resposta ao movimento para transformar a prestação de cuidados de saúde, a AACN convocou uma força-tarefa, em 2006, para trabalhar em competências essenciais de segurança do paciente. As seguintes competências foram definidas (AACN, 2008):

- Pensamento crítico;
- Sistemas e políticas de saúde;
- Comunicação;
- Manejo da doença;
- Ética;
- Tecnologias de informação e cuidados de saúde.

A força-tarefa de segurança do paciente recomendou que os cursos de Enfermagem começassem a avaliar os currículos para determinar onde essas competências estavam sendo ensinadas e onde existiam oportunidades para maior integração dessas competências (AACN, 2008).

Adicionalmente, a *National Organization of Nurse Practitioner Faculties - NONPF*, em parceria com a AACN, publicou competências para enfermeiros especialistas, que deveriam ser utilizadas em conjunto com as competências essenciais, para moldar os currículos dos profissionais de Enfermagem (NONPF, 2017).

Referencial Teórico e Metodológico

II. *Institute of Medicine* - IOM (Instituto de Medicina)

Com enfoque direcionado à toda a comunidade da saúde e alinhado à missão de avançar e disseminar informações científicas para melhorar a assistência, o IOM produziu os relatórios mais importantes da atualidade, sobre qualidade e segurança do paciente.

Em 1996, lançou uma iniciativa organizada em três fases. Na primeira fase da iniciativa, evidenciou-se a natureza e a gravidade do problema de qualidade em saúde e da assistência médica, concluindo que o ônus causado era relevante. Na segunda fase, abrangendo 1999-2001, uma comissão do IOM estabeleceu uma visão de como o sistema deveria ser radicalmente transformado, a fim de dirimir o abismo existente entre o que era conhecido como cuidado de qualidade e o que realmente existia na prática. Dois relatórios foram divulgados durante estas fases: *To err is human: building a safer health system* (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000) e *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st Century* (IOM, 2001).

A fase três da iniciativa se concentrou na implementação da visão de sistema de saúde estabelecida no relatório *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st Century*, focado na redução da carga de doenças, ferimentos e incapacidades e, na melhoria do estado de saúde, funcionalidade e satisfação da população. Uma nova visão para a educação das profissões da saúde foi desenvolvida, centrada em um compromisso, em primeiro lugar, de atender às necessidades dos pacientes (IOM, 2001).

Em 2003, o relatório *Health professions education: a bridge to quality* enfatizou que a reforma da educação dos profissionais de saúde era fundamental para melhorar a qualidade do cuidado e apontou cinco competências que todos deveriam possuir, independentemente de sua categoria profissional, para atender às necessidades do sistema de saúde do século XXI (GREINER; KNEBEL, 2003):

- Fornecer cuidados centrados no paciente.
- Trabalhar em equipes interdisciplinares.
- Empregar prática baseada em evidências.
- Aplicar melhoria de qualidade.
- Utilizar informática.

Referencial Teórico e Metodológico

Um documento focado na educação de Enfermagem foi publicado em 2011. Denominado *Future of Nursing: leading change, advancing health*, o documento considerou os desafios enfrentados pelo sistema de ensino de Enfermagem e algumas das soluções necessárias para o avanço do sistema (IOM, 2011).

Esse relatório trouxe quatro recomendações para o sistema dos EUA. A primeira é aumentar a proporção de enfermeiros (profissionais com título de bacharelado, semelhante ao Brasil) para 80% até 2020. A segunda, dobrar o número de enfermeiros com doutorado até 2020, para produzir um grupo maior de enfermeiros preparados para assumir cargos na docência e na pesquisa. A terceira recomendação é garantir que os enfermeiros se envolvam na aprendizagem ao longo da vida, o que inclui a formação inicial, progressão acadêmica e educação continuada e, a última, trata da implementação de programas de residência de Enfermagem (IOM, 2011).

As lições aprendidas após a publicação e campanha *Future of Nursing: leading change, advancing health* nos EUA, bem como o estado atual da ciência e tecnologia, estão sendo investigadas no ano de 2019, para diagnosticar e informar a capacidade da profissão de atender às demandas de saúde e de assistência social esperadas de 2020 a 2030 (NAM, 2019).

Destaca-se que desde o ano de 2015, o IOM passou a ser denominado *National Academy of Medicine* - NAM.

III. *National Patient Safety Foundation* - NPSF (Fundação Nacional de Segurança do Paciente)

A NPSF foi fundada em 1997, como iniciativa colaborativa envolvendo todos os membros da comunidade de saúde, com o objetivo de aprimorar a criação, disseminação e implementação do conhecimento de segurança do paciente (NPSF, 2019).

Em 2002, a NPSF desenvolveu o projeto pioneiro *Improving patient safety through web-based education*, ofertando três módulos educacionais on-line de segurança do paciente para médicos, enfermeiros e pacientes. Anos mais tarde, a

Referencial Teórico e Metodológico

NPSF lançou o Currículo de segurança do paciente, cujo conteúdo é organizado em dez módulos (NPSF, 2019):

- I. A ciência da segurança do paciente.
- II. Promoção da segurança do paciente por meio do pensamento sistêmico e design.
- III. Identificação, análise e diminuição do risco de danos induzidos pelos cuidados de saúde aos pacientes.
- IV. Responsabilização de sistemas e do profissional: perseguindo uma cultura de segurança do paciente.
- V. A satisfação e significado do trabalho e imperativos transformacionais para a segurança do trabalho.
- VI. Estratégias para engajar executivos e líderes clínicos.
- VII. Práticas de sucesso para engajamento do paciente e da família.
- VIII. Segurança do paciente no *continuum* do cuidado.
- IX. O papel da tecnologia da informação em saúde na segurança do paciente.
- X. Introdução aos fatores humanos e simulação.

Uma plataforma *on-line* está disponível para os profissionais aprenderem, em seu próprio ritmo e segundo a sua necessidade, por meio de palestras gravadas, materiais de leitura e questionários que ajudam a testar os conhecimentos (NPSF, 2019).

IV. *Australian Council for Safety and Quality in Health Care - ACSQHC* (Conselho Australiano de Segurança e Qualidade nos Cuidados de Saúde)

O ACSQHC foi estabelecido em janeiro de 2000 para liderar esforços na Austrália para melhorar a segurança do paciente e a qualidade dos cuidados de saúde, com foco particular em tornar mínima a probabilidade e os efeitos do erro. Seguindo este objetivo, o órgão publicou o *National Patient Safety Education Framework*, uma diretriz flexível e acessível que identifica os conhecimentos, habilidades, comportamentos, atitudes e desempenho esperados de todos os profissionais de saúde em relação à segurança do paciente (ACSQH, 2005).

Referencial Teórico e Metodológico

A diretriz considera o profissional de saúde e o seu local de atuação para a determinação do nível de conhecimento e o desempenho requerido, que devem ser alinhados ao nível de responsabilidade com a segurança do paciente. Quatro categorias de profissionais de saúde foram definidas e guiam a seleção dos princípios que serão ensinados (ACSQHC, 2005):

- I. Profissionais de saúde que prestam serviços de apoio (por exemplo, transporte, limpeza e recepção).
- II. Profissionais de saúde que prestam cuidados clínicos diretos aos pacientes e trabalham sob supervisão (por exemplo, enfermeiros, médicos residentes, estagiários).
- III. Profissionais de saúde com responsabilidades gerenciais, líderes de equipe (por exemplo, gerentes de unidades de Enfermagem, chefes de departamento, médicos seniores).
- IV. Líderes clínicos e administrativos com responsabilidades organizacionais (por exemplo, CEOs, membros do conselho, diretores de serviços).

Os seguintes princípios sustentam os tópicos de aprendizagem:

- Comunicar de forma eficaz.
- Identificar, prevenir e gerenciar eventos adversos e *near misses*.
- Usar evidências e informações.
- Trabalhar com segurança.
- Ser ético.
- Aprendizagem contínua.
- Prevenir local errado, procedimento errado e tratamento errado do paciente.
- Medicação com segurança.

A diretriz é acompanhada por uma extensa bibliografia que contém um resumo da literatura utilizada em seu desenvolvimento. Trata-se de um modelo a partir do qual indivíduos, organizações e instituições podem desenvolver currículos, programas educacionais e de treinamento, confiantes de que estes abordarão corretamente os conhecimentos, habilidades, comportamentos e atitudes requeridos para profissionais de saúde na área de segurança do paciente (ACSQHC, 2005).

Referencial Teórico e Metodológico

V. *Canadian Patient Safety Institute* - CPSI (Instituto Canadense de Segurança do Paciente)

O CPSI é um instituto dedicado ao avanço da segurança do paciente dentro do sistema de saúde canadense e em todas as profissões de saúde. Ao reconhecer o papel da educação das profissões de saúde para a segurança do paciente em todo o espectro de configurações de cuidados de saúde, o instituto desenvolveu uma diretriz intitulada *The safety competencies: Enhancing patient safety across the health professions* (CPSI, 2008).

Esta diretriz apresenta uma estrutura interprofissional, prática e útil de segurança do paciente e identifica as competências exigidas de todos os profissionais de saúde no Canadá e, possivelmente, em todo o mundo (CPSI, 2008).

Semelhante à australiana, a diretriz canadense foi projetada para ser um roteiro para que os educadores de saúde elaborem currículos contextuais de segurança do paciente para suas instituições.

A diretriz está organizada em seis domínios, sinérgicos e relacionados, mas, distintos o suficiente para orientar o ensino, a aprendizagem, a pesquisa e a prática (CPSI, 2008):

- I. Contribuir para a cultura de segurança do paciente.
- II. Trabalhar em equipe para a segurança do paciente.
- III. Comunicar eficazmente para a segurança do paciente.
- IV. Gerenciar os riscos de segurança do paciente.
- V. Otimizar fatores humanos e ambientais.
- VI. Reconhecer, responder e revelar eventos adversos.

As competências de segurança do paciente foram construídas em termos de habilidades nesses seis domínios, que descrevem o que é esperado no momento de saída dos graduados (CPSI, 2008).

VI. *Institute for Healthcare Improvement* - IHI (Instituto para Melhoria da Saúde)

O IHI foi fundado em 1991, focado na identificação e disseminação de melhores práticas em saúde. Nas últimas décadas, o instituto lançou campanhas

Referencial Teórico e Metodológico

como *100,000 Lives* e *5 Million Lives*, e criou o *Triple Aim*, uma estrutura para otimizar o desempenho do sistema de saúde, difundindo melhores práticas para milhares de hospitais nos EUA e criando uma comunidade mundial de melhoria (IHI, 2019).

No que se refere à educação, o IHI possui um programa de cursos on-line denominado *Open School*, lançado em 2008, cujo escopo é contribuir para a formação e aquisição de conhecimentos pelos profissionais de saúde, ao nível da melhoria da qualidade e da segurança do paciente. Os cursos são gratuitos para estudantes, residentes e docentes, assim como membros de países menos desenvolvidos, como o Brasil (IHI, 2019).

Aproximadamente 30 cursos, organizados em cinco módulos principais, estão disponíveis em inglês. Parte destes cursos está disponível também em português, espanhol e francês, graças a parcerias estabelecidas entre o IHI e instituições de outros países. Os cursos referentes aos módulos de melhoria da qualidade e segurança do paciente estão elencados a seguir (IHI, 2019).

- Melhoria da qualidade:
 - Introdução à melhoria dos cuidados de saúde.
 - Como melhorar com o modelo de melhoria.
 - Testando e medindo alterações com ciclos PDSA.
 - Interpretando dados: gráficos de execução, gráficos de controle e outras ferramentas de medição.
 - Liderando melhorias da qualidade.
 - Planejando para crescer: de melhorias locais a mudanças em todo o sistema.
 - Lidando com pequenos problemas para construir sistemas mais seguros e confiáveis.
- Segurança do Paciente:
 - Introdução à segurança do paciente.
 - Do erro ao dano.
 - Fatores humanos e segurança do paciente.

Referencial Teórico e Metodológico

- Trabalho em equipe e comunicação em uma cultura de segurança do paciente.
- Respondendo a eventos adversos.
- Causa raiz e análise de sistemas.
- Construindo uma cultura de segurança do paciente.
- Parceria para curar: unir-se contra infecções associadas a serviços de saúde.
- Prevenção de úlceras de pressão.

Os demais módulos compreendem: cuidado centrado no paciente, liderança e *Triple Aim*. Um módulo sobre educação médica também está disponível. Para cada curso realizado pelo profissional, um certificado é emitido e, para aqueles que realizam os 13 cursos básicos, há a emissão do *Basic Certificate in Quality and Safety*. Mais de 644,457 estudantes de todo o mundo já realizaram um ou mais cursos da Open School (IHI, 2019).

VII. *European Union Network for Patient Safety* - EUNetPaS (Rede da União Europeia para a Segurança do Paciente)

Em 2010, o *General guide for education and training in patient safety* foi publicado como resultado da colaboração europeia para segurança do paciente. O documento foi concebido como uma ferramenta prática e possui uma versão on-line, que visa aumentar a sua facilidade de uso (EUNETPAS, 2010).

Este documento propõe que os profissionais de saúde, de acordo com o seu papel na prestação de cuidados de saúde, demonstrem capacidade em: utilizar conhecimento, habilidades e comportamentos para a segurança do paciente; garantir a segurança do paciente; adotar metodologia de trabalho baseada em sistemas; permitir uma cultura de segurança do paciente; e definir a direção para cuidados de saúde de qualidade e seguros (EUNETPAS, 2010).

Sete princípios são estabelecidos para sustentar a aprendizagem que apoiará a segurança do paciente (EUNETPAS, 2010):

- I. Centrada no paciente.

Referencial Teórico e Metodológico

- II. Aplicável a todas as configurações e ambientes em que a segurança do paciente seja uma preocupação.
- III. Assunto de todos os profissionais de saúde.
- IV. Orientada para a equipe multiprofissional.
- V. Multidimensional, desenvolvendo comportamentos, conhecimentos e habilidades.
- VI. Contexto específica, considerando a centralidade e relevância do local de trabalho.
- VII. Atividade profissional contínua.

Os princípios listados acima enfatizam a necessidade de aprendizado colaborativo e expansivo que fornecerá um canal para apoiar a segurança do paciente. Esse tipo de aprendizado pode ser estruturado formalmente ou pode ser personalizado, experiencial e informal (EUNETPAS, 2010).

A aprendizagem formal (estruturada) permite o desenvolvimento de uma ampla gama de competências para melhorar o trabalho. A aprendizagem informal, desenvolve uma maior capacidade de autodeterminação e auto-evolução, em parte porque não é tão limitada quanto a aprendizagem formal, não tendo currículo prescrito. Para alcançar resultados ideais, uma intervenção de segurança do paciente deve encorajar a aprendizagem formal e informal (EUNETPAS, 2010).

VIII. *World Health Organization* - WHO (Organização Mundial da Saúde - OMS)

A OMS, comprometida com a segurança do paciente em todo o mundo, vem na última década explorando as ligações entre a educação e a prática de saúde e, especificamente, entre a educação da força de trabalho e a segurança do sistema de saúde. Como resultado, em 2009, a OMS publicou o *Curriculum guide for medical schools*, que fornecia aos estudantes de medicina a aprendizagem essencial sobre segurança do paciente, para que pudessem praticar de forma segura todas as suas atividades clínicas (WHO, 2009b).

No ano de 2011 este guia foi atualizado e expandido para o público multiprofissional, a fim de auxiliar no ensino de segurança do paciente em

Referencial Teórico e Metodológico

universidades e escolas nas áreas de odontologia, medicina, obstetrícia, Enfermagem e farmácia e, também, para apoiar a formação contínua de todos os profissionais de saúde. A diretriz australiana *National Patient Safety Education Framework*, publicada no ano de 2005, foi base para o desenvolvimento do guia da OMS (WHO, 2011).

O Guia foi elaborado para ser facilmente integrado aos currículos existentes para formação de profissionais da área da saúde, e para atender às necessidades de cada instituição de ensino, sendo aplicável a diferentes culturas e contextos (WHO, 2011). Duas partes o compõe, sendo a Parte A um Guia do professor e a Parte B composta por 11 tópicos de segurança do paciente.

O Guia do professor apresenta os conceitos e os princípios de segurança do paciente e fornece informações vitais sobre a melhor forma de ensinar o tema. Os tópicos que compõem a Parte B foram projetados para apresentar uma variedade de ideias e métodos de ensino e avaliação (WHO, 2011).

Os 11 tópicos são:

- I. O que é segurança do paciente?
- II. Por que empregar fatores humanos é importante para a segurança do paciente?
- III. A compreensão dos sistemas e do efeito da complexidade nos cuidados ao paciente.
- IV. Atuar em equipe de forma eficaz.
- V. Aprender com os erros para evitar danos.
- VI. Compreender e gerenciar o risco clínico.
- VII. Usar métodos de melhoria da qualidade para melhorar os cuidados.
- VIII. Envolver pacientes e cuidadores.
- IX. Prevenção e controle de infecções.
- X. Segurança do paciente e procedimentos invasivos.
- XI. Melhorar a segurança do paciente no uso de medicação.

Qualquer área de aprendizagem pode, potencialmente, abrigar um tópico de segurança do paciente. Para a introdução do tema nos currículos dos cursos, a OMS recomenda três passos: descrever os resultados de aprendizagem esperados,

Referencial Teórico e Metodológico

identificar o que o currículo já aborda quanto à segurança do paciente e realizar as mudanças a partir do que já está sendo contemplado (WHO, 2011). Quanto mais tópicos de segurança do paciente forem integrados aos currículos dos cursos, mais fácil será incorporar os requisitos de desempenho de maneira significativa, e fornecer contexto para conceitos de segurança do paciente (WHO, 2011).

O Guia curricular multiprofissional foi traduzido para o português em 2016 pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio) (OMS, 2016).

IX. *Health Education England* - HEE (Educação em Saúde na Inglaterra)

A HEE é parte do *National Health System (NHS)*, sistema nacional de saúde da Inglaterra, e, responsável por melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes por meio da educação, assegurando que a força de trabalho atual e futura tenha habilidades, valores e comportamentos corretos, enfocando a segurança dos pacientes (HEE, 2019).

Uma comissão independente de educação e treinamento para a segurança do paciente foi criada pela HEE no ano de 2015, para analisar o futuro da educação e treinamento no NHS nos 10 anos seguintes, e o relatório de seu trabalho foi publicado em 2016 (HEE, 2019).

Denominado *Improving safety through education and training*, este foi o primeiro documento do NHS a tratar sobre como a educação pode melhorar ativamente a segurança dos pacientes. Doze recomendações foram feitas neste relatório (HEE, 2016a):

- I. Garantir o aprendizado com dados de segurança do paciente e boas práticas.
- II. Desenvolver e usar uma linguagem comum para descrever todos os elementos da ciência da melhoria da qualidade e fatores humanos em relação à segurança do paciente.
- III. Garantir avaliação robusta da educação e do treinamento para a segurança do paciente.

Referencial Teórico e Metodológico

- IV. Envolver pacientes, familiares e cuidadores na elaboração e entrega de educação e treinamento para a segurança do paciente.
- V. Criar uma cultura de abertura e transparência e disponibilizar programas de treinamento educacional de alta qualidade.
- VI. O ambiente de aprendizagem deve apoiar todos os estudantes e profissionais a levantar e responder às preocupações sobre a segurança do paciente.
- VII. O conteúdo do treinamento obrigatório para a segurança do paciente precisa ser coerente em todo o NHS.
- VIII. Todos os líderes do NHS precisam de treinamento em segurança do paciente para que possam ter o conhecimento e as ferramentas para impulsionar mudanças e melhorias.
- IX. A educação e a formação devem apoiar a prestação de cuidados mais integrados.
- X. Garantir maiores oportunidades para a aprendizagem interprofissional.
- XI. Princípios de fatores humanos e profissionalismo devem ser incorporados à educação e ao treinamento.
- XII. Garantir que os profissionais tenham habilidades para identificar e gerenciar riscos potenciais.

Para concretizar a visão de segurança do paciente definida no relatório, um plano de implementação das recomendações foi traçado, sendo sustentado por atividades-chave, que vão desde a identificação de melhores práticas locais e a difusão delas, até o alinhamento estratégico nacional com organizações em todos os níveis do sistema, como instituições de ensino superior e órgãos reguladores profissionais (HEE, 2016b).

As recomendações da HEE, assim como todos os documentos, diretrizes e guias apresentados acima, representam a preocupação internacional com a formação dos futuros profissionais de saúde, incluindo e destacando-se a Enfermagem, e o seu preparo para atuação segura no cotidiano da assistência aos pacientes.

3.3 Evolução do ensino de Enfermagem e a inserção de competências de qualidade e segurança do paciente: enfoque nacional

No Brasil, o ensino também tem passado por importantes mudanças. Desafios, tais quais os observados nos EUA e outros países do mundo, são notados na história da Enfermagem brasileira, que emergiu em meados de 1920, sob forte influência norte-americana. No primeiro século de existência, inúmeros movimentos foram realizados, documentos publicados e práticas modificadas, para que fosse possível formar enfermeiros capazes de atender à evolução do cuidado em saúde.

Os primeiros programas de Enfermagem do Brasil, a exemplo da Escola Anna Nery, embora almejassem a formação de enfermeiros para atuação em saúde pública, dado o movimento sanitaria vigente, possuíam modelo de ensino biomédico, com conteúdos ministrados segundo bibliografias médicas e teóricos americanos, e ensino prático predominantemente realizado em cenários hospitalares (RIZZOTTO, 1999).

A criação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) em 1926 e, dentro desta, da Divisão de Educação, em 1945, teve papel fundamental na organização do ensino de Enfermagem no país (CARVALHO, 1976; VALE; FERNANDES, 2006).

No ano de 1949, uma comissão especial da ABEn subsidiou a elaboração da Lei nº 775/1949 que regulava o ensino de Enfermagem em dois cursos: a formação do enfermeiro de nível superior, em 36 meses, e de auxiliar de Enfermagem, em 18 meses (MEC, 1949a). Ao final deste mesmo ano, foi aprovado o Decreto nº 27.426, que reformulava o primeiro currículo do curso de Enfermagem, apresentando pequenas alterações em disciplinas, que mantinham o modelo flexneriano, biomédico, de formação dos profissionais (MEC, 1949b).

Estes documentos embasaram o ensino de Enfermagem até a publicação da primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), em 1961, que consagrou a Enfermagem como nível superior (MEC, 1961). A LDB trouxe novas responsabilidades para as instituições de ensino, assegurando autonomia didático-

Referencial Teórico e Metodológico

científica para criar cursos e fixar seus currículos (FERNANDES, REBOUÇAS, 2013).

Em decorrência da publicação da LDB, a ABEn apresentou sugestões ao então Conselho Federal de Educação (CFE) para a construção de um currículo que atendesse às aspirações da categoria (ABEN, 1976).

O Parecer/CFE nº 271/1962, fixou um novo currículo mínimo do curso, cujas principais alterações tratavam da exclusão das disciplinas Enfermagem de saúde pública e ciências sociais do núcleo profissional comum. A ênfase passou a ser dada ao ensino das ciências físicas e biológicas, mantendo-se o enfoque na visão do homem como ser biológico, desconsiderando-se o aspecto social (VALE; FERNANDES, 2006).

Neste período, observou-se a ampliação quantitativa de instituições de ensino superior no país, utilizando-se da estratégia de interiorização e de aumento de vagas nas grandes metrópoles (TEIXEIRA *et al.*, 2013).

Em 1968, com a Reforma Universitária, a ABEn apoiou a revisão do currículo mínimo do curso de Enfermagem, efetivada em 1972 por meio do Parecer/CFE nº 163/1972, e que apresentou uma nova estrutura curricular, abrangendo as ciências básicas, as disciplinas profissionais e as habilitações específicas em Enfermagem de saúde pública, Enfermagem obstétrica e Enfermagem médico-cirúrgica, incluindo a licenciatura em Enfermagem (CARVALHO, 1976).

Em consonância ao cenário político e de progresso da ciência na época, o parecer enfatizava a necessidade do enfermeiro dominar cada vez mais as técnicas avançadas em saúde, em razão da evolução científica, uma vez que a profissão médica passara a necessitar de uma Enfermagem especializada para juntas atuarem na assistência curativa (RIZZOTTO, 1999).

O currículo de 1972 despertou inúmeras discussões embasadas no perfil sanitário e epidemiológico da população, e organização da atenção a saúde à época, no processo de trabalho em Enfermagem e na necessidade de articulação entre o ensino e os serviços, que ofereceram subsídios ao CFE para formalização

Referencial Teórico e Metodológico

de um novo currículo mínimo, regulamentado pela Portaria MEC nº 1721/1994 (MEC, 1994; CHRISTÓFARO, 1991).

Dois anos após criação deste novo currículo mínimo para a Enfermagem, a LDB foi revisada (Lei nº 9394/1996), introduzindo inovações e mudanças na educação nacional, prevendo a reestruturação dos cursos de graduação, com a extinção dos currículos mínimos e a adoção de Diretrizes Curriculares Nacionais específicas para cada curso (MEC, 1996).

As DCN para os cursos de graduação em Enfermagem (DCN/ENF) foram publicadas por meio da Resolução nº 3/2001 (MEC, 2001), a partir de propostas que emergiram da mobilização de enfermeiros, através de sua associação de classe, entidades educacionais e setores da sociedade civil (FERNANDES, REBOUÇAS, 2013).

As DCN/ENF tinham como objeto a construção de um perfil acadêmico e profissional para enfermeiros com competências e habilidades adequadas às demandas sociais e profissionais. Elas deveriam se transformar em currículos e programas de cursos de graduação, capazes de realizar a passagem do que estava previsto nas diretrizes para os processos de formação nos cenários de ensino e aprendizagem (MOREIRA; DIAS, 2015).

As competências e habilidades gerais, tais como previstas nas DCN/ENF compreendem (MEC, 2001):

- I. Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo, de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética.
- II. Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de insumos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir

Referencial Teórico e Metodológico

competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas.

- III. Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
- IV. Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade.
- V. Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde.
- VI. Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais.

Em síntese, o novo paradigma de educação apresentado na DCN/ENF trazia importantes mudanças, tais quais: foco da formação deslocado da doença para a saúde, ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar, reconhecimento do papel dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais no processo saúde-doença, e o compromisso dos profissionais com sua formação permanente (MEC, 2001).

A primeira década de DCN (2001 - 2011) foi tema do Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem (SENADEn) do ano de 2012, e de estudos científicos, que buscaram refletir criticamente sobre a educação em Enfermagem, seus desafios e perspectivas (ABEN, 2012; FERNANDES, REBOUÇAS, 2013; TEIXEIRA *et al.*, 2013).

Referencial Teórico e Metodológico

A preocupação com a qualidade do ensino de Enfermagem, a oferta demasiada de novas vagas nos cursos e o avanço do ensino à distância, deflagaram, em 2012, o movimento “Em tempos de novas DCN”, caracterizado pela construção coletiva e participativa da minuta de uma nova DCN/ENF, capaz de formar enfermeiros competentes para ensinar, conhecer, classificar, analisar, discorrer, opinar, fazer analogias, registrar, fazer diagnósticos, fazer generalizações e empreender, com autonomia, discernimento e pró-atividade, para garantir a integralidade do cuidado na atenção à saúde dos indivíduos, família e comunidade (ADAMY; TEIXEIRA, 2018).

Alinhado à este movimento, o Conselho Nacional de Saúde publicou em 2018, a Resolução nº 573/2018 que encaminhava ao Conselho Nacional de Educação (CNE) suas recomendações à proposta de novas DCN/ENF (MS, 2018).

Até este momento da história do ensino de Enfermagem no Brasil, nas várias ocasiões de avaliação e readequação dos currículos apresentadas, a temática segurança do paciente não havia sido contemplada como conteúdo a ser ministrado, tão pouco como competência a ser desenvolvida nos estudantes.

Entretanto, a proposta das novas DCN/ENF evidencia a necessidade de que os projetos pedagógicos dos cursos e seus componentes curriculares estejam relacionados com todo o processo saúde-doença e referenciados na realidade epidemiológica, proporcionando a integralidade e a segurança assistencial em saúde (MS, 2018). A gestão da qualidade na atenção à saúde e a segurança do cuidado de Enfermagem aparecem, neste documento, como conteúdos transversais dos cursos.

A proposta enfatiza a necessidade de formação de trabalhadores com capacidade para desempenhar atividades que garantam qualidade e segurança do paciente na atenção à saúde, pautando o pensamento crítico que conduz o seu fazer nas melhores evidências científicas e nas políticas públicas, programas, ações estratégicas e diretrizes vigentes, tendo em perspectiva a proteção responsável e comprometida com a redução de agravos e iatrogenias, em conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (MS, 2018).

Ainda em relação à segurança do paciente a Enfermagem brasileira iniciou, em maio de 2008, um importante movimento com a constituição da Rede Brasileira

Referencial Teórico e Metodológico

de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP). A REBRAENSP é vinculada à *Red Internacional de Enfermería y Seguridad de los Pacientes* (RIENSEP), criada em novembro de 2005, em Concepción Chile, com o apoio do Programa de Enfermagem da Unidade dos Recursos Humanos para a Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (CALDANA *et al.*, 2015), como reflexo de reuniões promovidas por enfermeiros que analisaram as tendências e as prioridades para o desenvolvimento da enfermagem na área da Segurança do Paciente.

A REBRAENSP está estruturada em polos e núcleos distribuídos pelo Brasil, com o propósito principal de disseminar a importância de mudanças culturais e da implementação da cultura de segurança nas instituições (CALDANA *et al.*, 2015). Em conjunto, todos os polos e núcleos trabalham com metas e objetivos em comum, como o de potencializar o desenvolvimento de investigações multicêntricas entre os membros, compartilhar metodologias e recursos tecnológicos destinados às atividades de cuidado, gestão, educação, investigação e cooperação técnica relacionada à Enfermagem e segurança do paciente (CALDANA *et al.*, 2015).

Uma das estratégias adotadas pela REBRAENSP para a horizontalização de ações é a construção de planos de trabalho nacionais e locais. A formação em Enfermagem é uma preocupação da REBRAENSP e umas de suas áreas de trabalho (CALDANA *et al.*, 2015). Para os anos de 2014 a 2016, estabeleceu como uma das estratégias mobilizar gestores de escolas para a inserção da temática segurança do paciente nos currículos dos cursos de Enfermagem dos níveis médio, graduação e pós-graduação e contribuir para a formação profissional que fortaleça o Programa Nacional de Segurança do Paciente (CALDANA *et al.*, 2015).

No ano de 2013, a REBRAENSP - Pólo Rio Grande do Sul, publicou o documento intitulado “Estratégias para a Segurança do Paciente: Manual para Profissionais da Saúde”, contendo 12 estratégias que visam à prevenção de danos e promoção da segurança do paciente (REBRAENSP, 2013). Uma destas estratégias, trata da formação de profissionais da saúde para o cuidado seguro, onde tem-se a indicação dos documentos *The Safety Competencies*, do *Canadian Patient Safety Institute* (CPSI, 2008), e do *Curriculum Guide*, da OMS (WHO, 2011) como norteadores do ensino sobre segurança do paciente.

Referencial Teórico e Metodológico

É grande o desafio de fortalecer a temática qualidade e segurança do paciente na formação em Enfermagem, tanto em cursos de graduação e pós-graduação, como em cursos técnicos (CALDANA *et al.*, 2015). Revisão de literatura que analisou a produção científica relacionada ao ensino do tema segurança do paciente nos cursos de graduação da área da saúde a nível mundial, entre 2010 e 2014, publicada nas línguas portuguesa e inglesa, identificou 52 artigos, sendo apenas um publicado no Brasil (GONÇALVES, SIQUEIRA, CALIRI, 2017).

A referida análise bibliométrica apontou tendências para temáticas específicas, como o enfoque em melhorias de segurança na terapia medicamentosa e descrição dos prejuízos decorrentes dos eventos adversos. Identificou-se reduzido enfoque no ensino do trabalho em equipe, manejo de riscos, envolvimento de pacientes em seu próprio cuidado e no aprendizado a partir dos erros, elementos essenciais para a segurança do paciente (GONÇALVES, SIQUEIRA, CALIRI, 2017).

No ano de 2015, uma análise de Projetos Pedagógicos de cursos de graduação em Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Medicina de universidade pública de São Paulo, apontou que o ensino sobre segurança do paciente era fragmentado, necessitando de aprofundamento e amplitude conceitual (BOHOMOL; FREITAS; CUNHA, 2015).

Silva, em 2016, investigou o ensino dos 11 tópicos de segurança do paciente do Guia Curricular da OMS, por meio de avaliação curricular de 12 cursos de graduação em saúde, somando mais de 1288 disciplinas, e observou uma variabilidade na frequência dos tópicos. Destaca-se que o tópico “Aprendendo com o erro para evitar danos” não foi identificado em nenhuma das disciplinas avaliadas (SILVA, 2016). Corroborando com este estudo o realizado com docentes de curso de graduação em Enfermagem de uma instituição pública brasileira, que observou a falta de conteúdos relacionados aos tópicos “O que é a Segurança do Paciente”, “Por que empregar fatores humanos é importante para a Segurança do Paciente” e “Aprender com os erros para evitar danos” (BOHOMOL, 2019).

No ano de 2017, Bim e colaboradores investigaram conteúdos relacionados à segurança do paciente, contemplados nos currículos de cursos de graduação em Enfermagem de duas IES brasileiras. Os conteúdos estiveram presentes, em sua

Referencial Teórico e Metodológico

maioria, ao menos uma vez no decorrer do curso. Entretanto, observou-se que o ensino era centrado em uma abordagem curativa e no desenvolvimento de habilidades clínicas (BIM *et al.*, 2017).

Melleiro e colaboradores categorizaram a temática segurança do paciente nas matrizes curriculares de cursos de graduação em Enfermagem e obstetrícia de nove IES do Brasil. A temática estava presente nos conteúdos programáticos analisados, porém de maneira desarticulada (MELLEIRO *et al.*, 2017).

Cauduro e colaboradores verificaram a compreensão dos estudantes de Enfermagem, medicina, fisioterapia, odontologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e farmácia, de uma instituição pública da região sul do Brasil, sobre a segurança do paciente. Maior percentual de estudantes (64%) relatou não ter tido aprendizado formal sobre o tema (CAUDURO *et al.*, 2017).

Estudo realizado com estudantes de Enfermagem e docentes de duas instituições de ensino do Estado de São Paulo evidenciou que, embora a maioria dos participantes referisse conhecer o tema segurança do paciente, apenas 40% dos estudantes e 60% dos docentes acertaram a sua definição (LOPES *et al.*, 2018). Pesquisa semelhante demonstrou que o conceito de evento adverso também é pouco conhecido entre estudantes de Enfermagem (BOGARIN *et al.*, 2014).

Os estudos brasileiros sobre a temática datam dos últimos 10 anos. Esta recente preocupação de líderes, educadores e pesquisadores brasileiros com a inserção de competências de qualidade e segurança do paciente no ensino em saúde pode ser parcialmente justificada pelo fato de o movimento de segurança do paciente ser igualmente novo no país. Estrategicamente, e seguindo o movimento internacional, as ações e investigações iniciais se concentraram em medir danos e compreender causas (MS, 2013a).

Os passos dados com a publicação da política de segurança do paciente e da proposta das novas DCN, ambas contemplando a educação para a segurança do paciente, evidenciam a evolução do movimento nacional e a compreensão de que, embora o principal foco venha sendo a implementação de práticas seguras, atingir um alto nível de segurança do paciente nas organizações de saúde dependerá de profissionais qualificados e competentes.

Referencial Teórico e Metodológico

Até o momento, não há publicado no Brasil qualquer diretriz ou guia que trate especificamente da implementação de competências de qualidade e segurança do paciente no ensino de Enfermagem.

3.4 A iniciativa *Quality and Safety Education for Nurses (QSEN)*

O valor das competências de qualidade e segurança do paciente no ensino de Enfermagem é inquestionável. No entanto, poucas são as diretrizes especificamente desenhadas para estes profissionais, e que disponibilizem informações precisas sobre o que ensinar e, principalmente, sobre como ensinar e como avaliar a aprendizagem.

A iniciativa americana *Quality and Safety Education for Nurses*, liderada por Linda Cronenwett e financiada pela *Robert Wood Johnson Foundation (RWJF)*, fundação filantrópica dos EUA focada exclusivamente em saúde, foi projetada em 2005 para abordar essas lacunas (QSEN, 2019).

O projeto QSEN foi desenvolvido em três fases, entre 2005 e 2012. O objetivo da Fase I foi descrever as competências e o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA) para cada uma delas, que se aplicariam a todos os enfermeiros graduados. Um conselho consultivo de líderes em Enfermagem e medicina revisaram as literaturas relevantes da área e definiram as seis competências QSEN (Figura 1), das quais cinco são as preconizadas pelo IOM, no relatório *Health professions education: a bridge to quality* acrescentando-se a competência segurança (CRONENWETT *et al.*, 2007; GREINER; KNEBEL, 2003).

O conselho consultivo separou a qualidade e a segurança com base na ciência que sustenta cada competência, enquanto o IOM combinou qualidade e segurança em uma única competência (SHERWOOD, 2011).

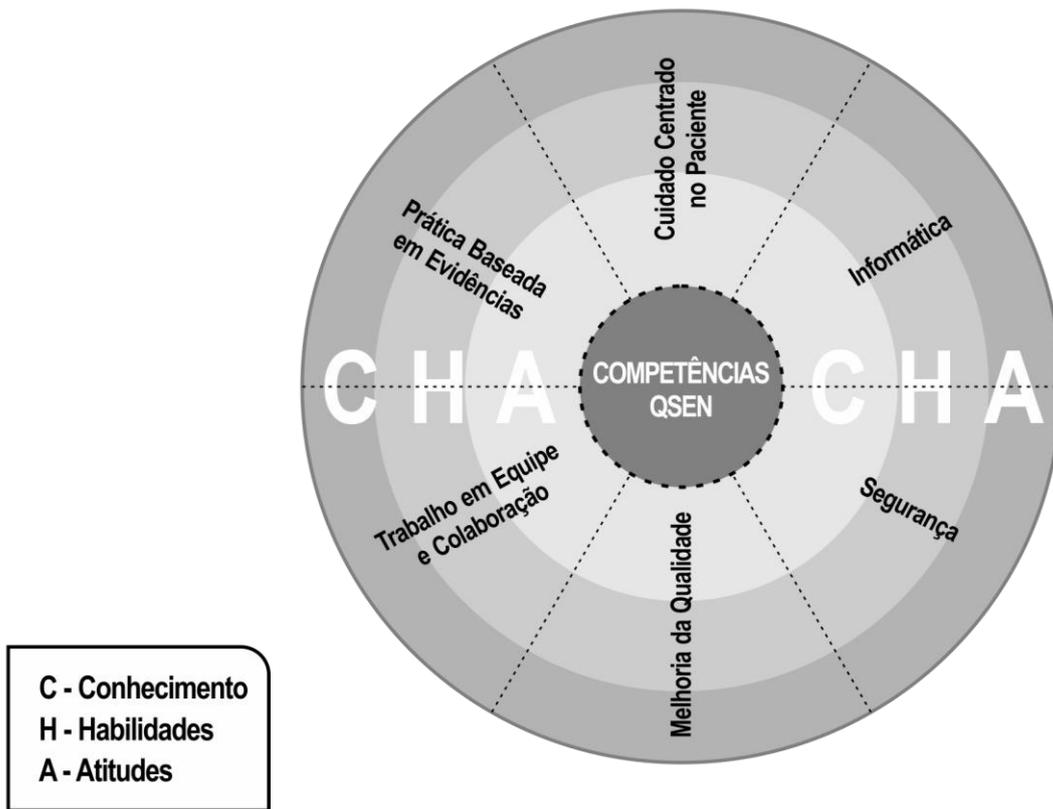


Figura 1: O modelo *Quality and Safety Education for Nurses*. Cronenwett *et al.*, 2007.

Fonte: Elaborada pela autora.

A literatura relacionada ao pensamento sistêmico, que orienta a redução de erros e melhorias, a teoria dos fatores humanos e a ciência da segurança, foram examinadas e sintetizadas para identificar os conhecimentos, habilidades e atitudes de cada competência (SHERWOOD, 2011).

Cabe ressaltar que, as habilidades identificadas para as competências QSEN tratam de habilidades não técnicas, definidas como habilidades cognitivas, sociais e recursos pessoais que complementam as habilidades técnicas e contribuem para segurança e desempenho eficiente da tarefa (FLIN *et al.*, 2003).

Habilidades não técnicas incluem atributos como comunicação, trabalho em equipe, consciência da situação, tomada de decisão, alocação de tarefas, e gerenciamento do estresse e fadiga (HIGHAM *et al.*, 2019). Pelo fato de erros decorrentes de falhas em habilidades não técnicas serem comuns em incidentes em

Referencial Teórico e Metodológico

saúde (MAKARY; DANIEL, 2016), esse tipo de competência precisa ser valorizada e desenvolvida durante a educação para a qualidade e segurança do paciente.

As competências QSEN e os respectivos conhecimentos, habilidades e atitudes forneceram um mapa e as ferramentas para o redesenho dos currículos de Enfermagem para melhor abordagem sobre qualidade e segurança do paciente (BARTON *et al.*, 2009).

Para a Fase II foi proposto o *QSEN Learning Collaborative*, um piloto de aprendizagem colaborativa que incluiu um grupo de escolas de Enfermagem que estavam disponíveis para desenhar o novo currículo e testar as estratégias de ensino relacionadas ao desenvolvimento de competências de qualidade e segurança do paciente entre seus estudantes (QSEN, 2019). A ideia da aprendizagem colaborativa era que as organizações aprendessem sobre o tópico, implementassem pequenos testes de mudança, medissem os efeitos e compartilhassem a sua aprendizagem (CRONENWETT; SHERWOOD; GELMON, 2009).

As escolas de Enfermagem que estavam interessadas em aprendizagem colaborativa enviaram propostas e foram avaliadas pelos membros do QSEN. Um total de 53 escolas apresentaram propostas e 15 foram selecionadas. As escolas designaram três membros para compor a equipe e participar de conferências, apresentar relatórios semestrais e anuais do projeto e facilitar o acesso dos estudantes à pesquisa. Para atingir as metas do projeto e cobrir os custos, cada escola selecionada recebeu uma doação de US\$ 25.000 da RWJF (CRONENWETT; SHERWOOD; GELMON, 2009).

A equipe trabalhou durante um ano no desenvolvimento e teste de estratégias de ensino que apoiassem o aprendizado relacionado às competências e as publicaram no *site* do QSEN, em um formato que as tornou acessíveis a outras pessoas (CRONENWETT; SHERWOOD; GELMON, 2009).

Durante a primeira reunião do *QSEN Learning Collaborative*, houve consenso entre os membros do QSEN e das escolas que participavam do piloto de que a avaliação das percepções dos estudantes era uma meta importante. Neste momento, iniciou-se a elaboração de um instrumento para medir as percepções dos estudantes sobre o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes

Referencial Teórico e Metodológico

relacionados a qualidade e segurança do paciente durante seus cursos, que culminou na publicação do instrumento *QSEN Student Evaluation Survey* (QSEN SES), em 2009 (SULLIVAN; HIRST; CRONENWETT, 2009).

A Universidade do Colorado participou da Fase II da iniciativa QSEN e desenvolveu um estudo Delphi para avaliar quais conhecimentos, habilidades e atitudes deveriam ser introduzidos e onde deveriam ser enfatizados no currículo de graduação em Enfermagem. O objetivo deste estudo foi obter consenso sobre o nivelamento das competências QSEN e contribuir para integrá-las em todo o currículo (BARTON *et al.*, 2009).

O estudo Delphi apontou que o desenvolvimento de competências relacionadas ao paciente foi enfatizado pelos especialistas no início do currículo, ao passo que as competências relacionadas às equipes e sistemas foram enfatizadas mais tarde. Conceitos complexos como trabalho em equipe e colaboração, prática baseada em evidências, melhoria da qualidade e informática foram enfatizados em cursos avançados (BARTON *et al.*, 2009).

Os resultados do Delphi também destacaram que as competências QSEN não obedeciam à relação linear entre conhecimento, habilidades e atitudes. Na compreensão tradicional de competências em Enfermagem, conhecimentos e habilidades têm sido pré-requisitos para o ensino e aprendizagem eficazes de atitudes. No modelo QSEN, são entidades separadas, que não são progressivamente construídas umas sobre as outras (BARTON *et al.*, 2009).

A Fase III da iniciativa QSEN foi desenvolvida entre 2009 e 2012 com o objetivo de estimular a inovação contínua na concepção de métodos para promover e avaliar a aprendizagem dos estudantes. Durante esta fase, a AACN recebeu um novo subsídio da RWJF para implementar oito institutos de desenvolvimento de docentes para melhor prepará-los para ensinar conteúdos de qualidade e segurança do paciente em programas de graduação (QSEN, 2019).

Somado a isso, durante a Fase III, o comitê de direção do projeto incluiu seis novas universidades americanas. Em fevereiro de 2012, a RWJF concedeu novos financiamentos à AACN para estender o alcance das competências QSEN para programas de pós-graduação (QSEN, 2019). Ambas as iniciativas contribuíram para

Referencial Teórico e Metodológico

difundir e fortalecer o Projeto QSEN para centenas de escolas nos EUA (DEBOROUGH, 2012; BARNSTEINER *et al.*, 2012; ALTMILLER; ARMSTRONG, 2017).

Em cada etapa, o *feedback* do corpo docente de escolas de Enfermagem parceiras foi solicitado, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem não estavam desenvolvendo tais competências naquele momento. Um grupo focal também foi realizado com estudantes, que relataram falta de experiência de aprendizagem relacionada às competências, e a impressão de que seus docentes não tinham o conhecimento necessário para ensinar alguns dos conteúdos (CRONENWETT *et al.*, 2007).

3.4.1 As seis competências QSEN para cursos de graduação em Enfermagem

As seis competências de qualidade e segurança do paciente para cursos de graduação em Enfermagem, projetadas por Cronenwett *et al.*, em 2007, são apresentadas a seguir. Essas seis competências não são conceitos lineares separados, mas que interagem uns com os outros para criar o todo (SHERWOOD; DRENKARD, 2007).

As competências devem ser visíveis e comentadas diariamente na sala de aula, nos laboratórios, à beira do leito, nas unidades de internação, clínicas, ambulatórios, entre tantos outros locais de cuidados à saúde. Os docentes devem incorporar as competências a sua prática diária de ensino, de modo a transformar todas as oportunidades em momentos de aprendizagem (IOM, 2001).

3.4.1.1 Competência QSEN 1. Cuidado centrado no paciente

A definição da competência Cuidado centrado no paciente é reconhecer o paciente ou a pessoa designada como fonte de controle e parceira na prestação de cuidados coordenados, baseados no respeito pelas preferências, valores e necessidades dos pacientes (CRONENWETT *et al.*, 2007). Os conhecimentos, habilidades e atitudes desta competência são apresentados no Quadro 1.

Referencial Teórico e Metodológico

Quadro 1. Conhecimentos, habilidades e atitudes da competência Cuidado centrado no paciente. Cronenwett *et al.*, 2007.

Conhecimentos	Habilidades	Atitudes
<p>Integrar as múltiplas dimensões do cuidado centrado no paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ preferências e valores do paciente, família e comunidade. ▪ coordenação e integração de cuidados. ▪ informação, comunicação e educação. ▪ conforto físico e apoio emocional. ▪ envolvimento de familiares e amigos. ▪ transição e continuidade. <p>Descrever como os diversos contextos culturais, étnicos e sociais funcionam como fontes de valores para pacientes, famílias e comunidades.</p>	<p>Identificar os valores, preferências e necessidades expressas do paciente como parte da entrevista clínica, implementação do plano de cuidados e avaliação.</p> <p>Comunicar os valores, preferências e necessidades expressas do paciente a outros membros da equipe de saúde.</p> <p>Fornecer cuidado centrado no paciente com sensibilidade e respeito pela diversidade da experiência humana.</p>	<p>Valorizar a visão de cuidados de saúde “a partir do olhar dos pacientes”.</p> <p>Respeitar e encorajar a expressão individual dos valores, preferências e necessidades do paciente.</p> <p>Valorizar a experiência do paciente com a própria saúde e os sintomas.</p> <p>Buscar oportunidades de aprendizado com pacientes que representam todos os aspectos da diversidade humana.</p> <p>Reconhecer atitudes pessoais relacionadas ao cuidado de pacientes de diferentes origens étnicas, culturais e sociais.</p> <p>Apoiar de forma voluntária os cuidados centrados no paciente para indivíduos e grupos cujos valores diferem dos próprios.</p>
<p>Demonstrar compreensão abrangente dos conceitos de dor e sofrimento, incluindo modelos fisiológicos de dor e conforto.</p>	<p>Avaliar a presença e a extensão da dor e do sofrimento.</p> <p>Avaliar os níveis de conforto físico e emocional.</p> <p>Identificar as expectativas do paciente e da família para aliviar a dor, o desconforto ou o sofrimento.</p> <p>Iniciar tratamentos eficazes para aliviar a dor e o sofrimento à luz dos valores, preferências e necessidades</p>	<p>Reconhecer valores pessoais e crenças sobre o manejo da dor ou sofrimento.</p> <p>Reconhecer o papel do enfermeiro no alívio de todos os tipos e fontes de dor ou sofrimento.</p> <p>Reconhecer que as expectativas do paciente influenciam os resultados do tratamento da dor ou sofrimento.</p>

Referencial Teórico e Metodológico

Conhecimentos	Habilidades	Atitudes
Examinar como a segurança, a qualidade e a relação custo-eficácia dos cuidados de saúde pode ser melhorada através do envolvimento ativo de pacientes e familiares.	Remover barreiras à presença de famílias e outros substitutos designados com base nas preferências do paciente.	Valorizar a parceria ativa com pacientes ou substitutos designados no planejamento, implementação e avaliação dos cuidados.
Examinar as barreiras comuns ao envolvimento ativo dos pacientes em seus próprios processos de cuidados de saúde.	Avaliar o nível de conflito de decisão do paciente e fornecer acesso aos recursos.	Respeitar as preferências do paciente quanto ao grau de envolvimento ativo no processo de cuidado.
Descrever estratégias para empoderar pacientes ou famílias em todos os aspectos do processo de atenção à saúde.	Envolver os pacientes ou substitutos designados em parcerias ativas que promovam a saúde, a segurança e o bem-estar e o gerenciamento do autocuidado.	Respeitar o direito do paciente de acessar os registros pessoais de saúde.
Explorar as implicações éticas e legais dos cuidados centrados no paciente.	Reconhecer os limites dos relacionamentos terapêuticos.	Reconhecer a tensão que pode existir entre os direitos do paciente e a responsabilidade organizacional pelo cuidado profissional e ético.
Descrever os limites do cuidado terapêutico centrado no paciente.	Facilitar o consentimento informado do paciente para o cuidado.	Avaliar a tomada de decisão compartilhada com pacientes e famílias empoderados, mesmo quando ocorrem conflitos.
Discutir princípios de comunicação efetiva.	Avaliar o próprio nível de habilidade de comunicação em encontros com pacientes e familiares.	Valorizar a melhoria contínua de habilidades de comunicação e resolução de conflitos.
Descrever princípios básicos de construção de consenso e resolução de conflitos.	Participar na construção de consenso ou resolução de conflitos no contexto do cuidado ao paciente.	
Examinar os papéis da Enfermagem na garantia de coordenação, integração e continuidade dos cuidados.	Comunicar os cuidados prestados e necessários em cada transição de cuidado.	

Fonte: CRONENWETT et al., 2007.

3.4.1.2 Competência QSEN 2. Trabalho em equipe e colaboração

A definição da competência Trabalho em equipe e colaboração trata do trabalho efetivo dentro de equipes de Enfermagem e interprofissionais, promovendo a comunicação aberta, o respeito mútuo e a tomada de decisões compartilhadas para alcançar um cuidado de qualidade ao paciente (CRONENWETT *et al.*, 2007). Os conhecimentos, habilidades e atitudes desta competência são apresentados no Quadro 2.

Quadro 2. Conhecimentos, habilidades e atitudes da competência Trabalho em equipe e colaboração. Cronenwett *et al.*, 2007.

Conhecimentos	Habilidades	Atitudes
Descrever os próprios pontos fortes, limitações e valores no trabalho como membro de uma equipe.	Demonstrar consciência dos próprios pontos fortes e limitações como membro da equipe. Iniciar um plano para o autodesenvolvimento como membro da equipe. Agir com integridade, consistência e respeito pelas diferentes visões.	Reconhecer o próprio potencial para contribuir para o trabalho eficaz da equipe. Reconhecer a importância da colaboração intra e interprofissional.
Descrever os escopos da prática e os papéis dos membros da equipe de saúde. Descrever estratégias para identificar e gerenciar sobreposições nas funções e responsabilidades dos membros da equipe.	Atuar com competência dentro do próprio escopo da prática como membro da equipe de saúde. Assumir o papel de membro da equipe ou líder com base na situação, e solicitar ajuda quando apropriado.	Valorizar as perspectivas e a experiência de todos os membros da equipe de saúde. Respeitar a centralidade do paciente e família como membros principais de qualquer equipe de saúde.
Reconhecer as contribuições de outros indivíduos e grupos para ajudar o paciente e/ou família a alcançar os objetivos de saúde.	Esclarecer os papéis e responsabilidades em caso de potencial sobreposição no trabalho dos membros da equipe. Integrar as contribuições de outras pessoas que desempenham um papel em ajudar o paciente e família a	Respeitar os atributos exclusivos que os membros trazem para uma equipe, incluindo variações nas orientações profissionais e responsabilidades.

Referencial Teórico e Metodológico

Conhecimentos	Habilidades	Atitudes
	alcançar as metas de saúde.	
Analisar as diferenças nas preferências de estilo de comunicação entre pacientes e familiares, enfermeiros e outros membros da equipe de saúde.	Comunicar com os membros da equipe, adaptando o estilo próprio de se comunicar com as necessidades da equipe e da situação.	Valorizar o trabalho em equipe e os relacionamentos nos quais ele se baseia.
Descrever o impacto do próprio estilo de comunicação nos outros.	Demonstrar compromisso com os objetivos da equipe.	Reconhecer os diferentes estilos de comunicação usados por pacientes, familiares e profissionais de saúde.
Discutir estratégias eficazes para comunicar e resolver conflitos.	Solicitar informações de outros membros da equipe para melhorar o desempenho individual e de equipe.	Contribuir para a resolução de conflitos e desacordos.
	Iniciar ações para resolver conflitos.	
Descrever exemplos do impacto do trabalho da equipe na segurança e qualidade do cuidado.	Seguir as práticas de comunicação que minimizam os riscos associados às transferências entre profissionais e entre as transições no cuidado.	Reconhecer os riscos associados às transferências entre profissionais e entre as transições no atendimento.
Explicar como os gradientes de autoridade influenciam o trabalho em equipe e a segurança do paciente.	Definir a própria posição/perspectiva nas discussões sobre o cuidado ao paciente.	
	Escolher estilos de comunicação que diminuam os riscos associados aos gradientes de autoridade entre os membros da equipe.	
Identificar barreiras do sistema e facilitadores do trabalho efetivo da equipe.	Participar na concepção de sistemas que apoiam o trabalho em equipe eficaz.	Valorizar a influência das soluções do sistema para alcançar um trabalho eficaz da equipe.
Examinar as estratégias para melhorar os sistemas para dar suporte ao trabalho da equipe.		

Fonte: CRONENWETT et al., 2007.

3.4.1.3 Competencia QSEN 3. Prática baseada em evidências

A definição da competência Prática baseada em evidências (PBE) é integrar as melhores evidências atuais com experiência clínica e preferências e valores do

Referencial Teórico e Metodológico

paciente e família para a prestação de cuidados de saúde ideais (CRONENWETT *et al.*, 2007). Os conhecimentos, habilidades e atitudes desta competência estão apresentados no Quadro 3.

Quadro 3. Conhecimentos, habilidades e atitudes da competência Prática baseada em evidências. Cronenwett *et al.*, 2007.

Conhecimentos	Habilidades	Atitudes
Demonstrar conhecimento de métodos e processos científicos básicos.	Participar efetivamente de coleta de dados e outras atividades de pesquisa.	Reconhecer os pontos fortes e fracos das bases científicas para a prática.
Descrever a PBE para incluir os componentes de evidências de pesquisa, experiência clínica e valores do paciente e família.	Seguir as diretrizes do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Embasar o plano de cuidados individualizado nos valores do paciente, experiência clínica e evidências.	Valorizar a necessidade de conduta ética na pesquisa e melhoria da qualidade. Valorizar o conceito de PBE como integrante para determinar a melhor prática clínica.
Diferenciar opinião clínica, pesquisa e síntese de evidências.	Ler pesquisas originais e relatórios de evidências relacionados à área de prática.	Reconhecer a importância de ler regularmente periódicos profissionais relevantes.
Descrever fontes confiáveis para localizar relatórios de evidências e diretrizes de prática clínica.	Localizar relatórios de evidências relacionados a tópicos de prática clínica e diretrizes.	
Explicar o papel da evidência na determinação da melhor prática clínica.	Participar na estruturação do ambiente de trabalho para facilitar a integração de novas evidências em padrões de prática.	Valorizar a necessidade de melhoria contínua da prática clínica baseada em novos conhecimentos.
Descrever como a força e relevância da evidência disponível influencia a escolha de intervenções na prestação de cuidados centrados no paciente.	Questionar racionalmente abordagens de rotina para os cuidados que resultam em desfechos abaixo do desejado ou eventos adversos.	
Discriminar razões válidas e inválidas para modificar a	Consultar os especialistas clínicos antes de decidir	Reconhecer as próprias limitações de conhecimento

Referencial Teórico e Metodológico

Conhecimentos	Habilidades	Atitudes
prática clínica baseada em evidências, com base na experiência clínica ou nas preferências do paciente e família.	desviar-se dos protocolos baseados em evidências.	e experiência clínica antes de determinar quando se desviar das melhores práticas baseadas em evidências.

Fonte: CRONENWETT et al., 2007.

3.4.1.4 Competencia QSEN 4. Melhoria da qualidade

A definição da competência Melhoria da qualidade trata do uso de dados para monitorar os resultados dos processos de cuidado e usar métodos de melhoria para desenhar e testar mudanças para melhorar continuamente a qualidade e a segurança dos sistemas de saúde (CRONENWETT *et al.*, 2007). Os conhecimentos, habilidades e atitudes desta competência estão apresentados no Quadro 4.

Quadro 4. Conhecimentos, habilidades e atitudes da competência Melhoria da qualidade. Cronenwett *et al.*, 2007.

Conhecimentos	Habilidades	Atitudes
Descrever estratégias para aprender sobre os resultados do cuidado no contexto em que se está envolvido na prática clínica.	<p>Buscar informações sobre os resultados do cuidado às populações atendidas nos serviços de saúde.</p> <p>Buscar informações sobre projetos de melhoria de qualidade no cenário de atendimento.</p>	Reconhecer a melhoria contínua da qualidade como uma parte essencial do trabalho diário de todos os profissionais de saúde.
<p>Reconhecer que os estudantes de Enfermagem e outros profissionais de saúde fazem parte de sistemas e processos de cuidado que afetam os resultados para pacientes e familiares.</p> <p>Dar exemplos da tensão entre autonomia profissional e funcionamento do sistema.</p>	<p>Usar ferramentas (como diagramas de fluxo, diagramas de causa e efeito) para tornar os processos de cuidado explícitos.</p> <p>Participar de análise de causa raiz de um evento adverso.</p>	Valorizar as próprias contribuições e dos outros para os resultados dos cuidados em cenários locais.

Referencial Teórico e Metodológico

Conhecimentos	Habilidades	Atitudes
Explicar a importância da variação e da medição na avaliação da qualidade do cuidado.	<p>Usar medidas de qualidade para entender o desempenho.</p> <p>Usar ferramentas (como gráficos de controle e de execução) que sejam úteis para entender a variação.</p> <p>Identificar as lacunas entre as práticas locais e as melhores práticas.</p>	<p>Reconhecer como a variação indesejada afeta o cuidado.</p> <p>Valorizar medidas e seu papel no bom atendimento ao paciente.</p>
Descrever abordagens para mudanças nos processos de cuidado.	<p>Desenhar um pequeno teste de mudança no trabalho diário (usando um método de aprendizagem experiencial como o PDCA (<i>Plan - Do - Check - Act</i>)).</p> <p>Praticar o alinhamento dos objetivos, medidas e mudanças envolvidas na melhoria do atendimento.</p> <p>Usar medidas para avaliar o efeito da mudança.</p>	<p>Valorizar a mudança local (na prática individual ou da equipe na unidade) e seu papel na criação de alegria no trabalho*.</p> <p>Valorizar o que indivíduos e equipes podem fazer para melhorar o atendimento.</p>

Fonte: CRONENWETT et al., 2007.

*Alegria no trabalho: em inglês "*joy in work*", é uma das dimensões do IHI *Quadruple Aim* e refere-se ao sentimento de sucesso e realização profissional, que resulta de um trabalho significativo (PERLO et al., 2017).

3.4.1.5 Competência QSEN 5. Segurança

A competência Segurança pode ser definida como minimização do risco de danos aos pacientes e profissionais por meio da eficácia do sistema e do desempenho individual (CRONENWETT et al., 2007). Os conhecimentos, habilidades e atitudes desta competência estão apresentados no Quadro 5.

Referencial Teórico e Metodológico

Quadro 5. Conhecimentos, habilidades e atitudes da competência Segurança. Cronenwett *et al.*, 2007.

Conhecimentos	Habilidades	Atitudes
<p>Examinar os fatores humanos e outros princípios básicos de design de segurança, bem como as práticas não seguras comumente usadas (como soluções alternativas e abreviações perigosas).</p> <p>Descrever os benefícios e as limitações das tecnologias de melhoria de segurança selecionadas (como códigos de barras, prescrição informatizada, bombas de medicamentos e alertas/alarmes automáticos).</p> <p>Discutir estratégias eficazes para reduzir a dependência da memória.</p>	<p>Demonstrar o uso efetivo de tecnologia e práticas padronizadas que suportam segurança e qualidade.</p> <p>Demonstrar o uso efetivo de estratégias para reduzir o risco de danos a si ou aos outros.</p> <p>Usar estratégias apropriadas para reduzir a dependência da memória (como funções forçadas em equipamentos e ferramentas que limitam erros ao proibir ações de risco, e uso de checklists).</p>	<p>Valorizar as contribuições da padronização para a segurança.</p> <p>Reconhecer os limites cognitivos e físicos do desempenho humano.</p>
<p>Identificar categorias gerais de erros e perigos no atendimento.</p> <p>Descrever os fatores que favorecem uma cultura de segurança (como estratégias de comunicação abertas e sistemas de notificação de erros organizacionais).</p>	<p>Comunicar observações ou preocupações relacionadas a perigos e erros para pacientes, familiares e equipe de saúde.</p> <p>Usar sistemas de notificação de erros organizacionais para quase erros e erros.</p>	<p>Valorizar o próprio papel na prevenção de erros.</p>
<p>Descrever os processos usados para entender as causas de erro e a alocação de responsabilidade (como análise de causa raiz e análise de efeitos de modo de falha).</p>	<p>Participar adequadamente na análise de erros e na criação de melhorias no sistema.</p> <p>Envolver-se na análise de causa-raiz ao invés de culpar quando ocorrerem erros ou quase-erros.</p>	<p>Valorizar a vigilância e o monitoramento (mesmo do próprio desempenho das atividades de cuidado) pelos pacientes, familiares e outros membros da equipe de saúde.</p>
<p>Discutir o impacto potencial e real dos recursos, iniciativas e regulamentos nacionais de segurança do paciente.</p>	<p>Usar os recursos nacionais de segurança do paciente para o desenvolvimento profissional próprio e para concentrar a</p>	<p>Valorizar a relação entre as campanhas nacionais de segurança e a implementação em práticas</p>

Referencial Teórico e Metodológico

Conhecimentos	Habilidades	Atitudes
	atenção na segurança dos locais e contextos de ambientes de cuidado.	prática.

Fonte: CRONENWETT et al., 2007.

3.4.1.6 Competência QSEN 6. Informática

A definição da competência Informática trata do uso de informações e tecnologia para se comunicar, gerenciar conhecimento, mitigar erros e apoiar a tomada de decisões (CRONENWETT *et al.*, 2007). Os conhecimentos, habilidades e atitudes desta competência estão apresentados no Quadro 6.

Quadro 6. Conhecimentos, habilidades e atitudes da competência Informática. Cronenwett *et al.*, 2007.

Conhecimentos	Habilidades	Atitudes
Explicar porque as habilidades de informação e tecnologia são essenciais para o atendimento seguro ao paciente.	<p>Buscar compreender como a informação é gerenciada em ambientes de atendimento antes de fornecer cuidado.</p> <p>Aplicar ferramentas de tecnologia e gerenciamento de informações para apoiar processos seguros de cuidado.</p>	Valorizar a necessidade de todos os profissionais de saúde buscarem aprendizado contínuo de habilidades em tecnologia da informação.
Identificar informações essenciais que devem estar disponíveis em um banco de dados comum para dar suporte ao cuidado do paciente.	<p>Navegar pelo registro eletrônico de saúde.</p> <p>Documentar e planejar o cuidado ao paciente em um prontuário eletrônico.</p> <p>Empregar tecnologias de comunicação para coordenar o cuidado aos pacientes.</p>	<p>Valorizar tecnologias que suportam a tomada de decisões clínicas, prevenção de erros e coordenação de cuidados.</p> <p>Proteger a confidencialidade das informações de saúde nos registros eletrônicos.</p>
Comparar benefícios e limitações de diferentes tecnologias de comunicação e seu impacto na segurança e qualidade.		
Exemplificar como a tecnologia e o gerenciamento de informações estão relacionados à qualidade e	<p>Responder adequadamente aos apoios e alertas de tomada de decisão clínica.</p> <p>Usar ferramentas de</p>	Valorizar o envolvimento dos enfermeiros no desenho, seleção, implementação e avaliação de tecnologias da

Referencial Teórico e Metodológico

Conhecimentos	Habilidades	Atitudes
segurança do cuidado. Reconhecer o tempo, esforço e habilidade necessários para computadores, bancos de dados e outras tecnologias se tornarem ferramentas confiáveis e eficazes para o cuidado ao paciente.	gerenciamento de informações para monitorar os resultados dos processos de cuidado. Usar fontes eletrônicas de informações de alta qualidade.	de informação para apoiar o cuidado ao paciente.

Fonte: CRONENWETT et al., 2007.

A iniciativa QSEN tem sido um dos movimentos mais influentes e difundidos na história da Enfermagem norte-americana (BARNSTEINER; DISCH, 2012).

Ao examinar o cenário de pesquisas sobre as competências QSEN, torna-se evidente que estas ocorreram quase exclusivamente nos EUA. Considerando que a necessidade de educação sobre qualidade e segurança do paciente não se limita aos Estados Unidos, na atualidade, uma área chave de atuação do Instituto é expandir a iniciativa para outros países, a fim de determinar a aplicabilidade das competências QSEN à prática de Enfermagem mundial, e o potencial de tradução, adaptação e aplicação das competências e ferramentas de avaliação em outros países (OLDS; DOLANSKY, 2017).

3.5 Avaliação do ensino das competências QSEN

A avaliação é um componente essencial do ensino baseado em competências e deve ser usada para análise situacional e obtenção de informações para processos interventivos, bem como para dar *feedback*.

Desenvolver instrumentos válidos e confiáveis para a avaliação de competências de qualidade e segurança do paciente é desafiador. Contudo, nos últimos anos, o número de publicações sobre esta temática aumentou, e igualmente, o número de instrumentos de avaliação disponíveis.

Os principais instrumentos utilizados para avaliação do ensino das Competências QSEN, estão apresentados no quadro 7.

Quadro 7. Principais instrumentos de avaliação do ensino das competências QSEN. Brasil, 2019.

Nome do instrumento	Ano	Autor(es)	Competência QSEN						C	H	A	Público alvo
			1	2	3	4	5	6				
Patient Safety Attitudes, Skills and Knowledge Scale (PS-ASK)	2008	Schnall <i>et al.</i>						x	x	x	x	Estudantes de Enfermagem
QSEN Student Evaluation Survey (QSEN SES)	2009	Sullivan, Hirst, Cronenwett	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Estudantes de Enfermagem
Quality Improvement Knowledge, Skills, and Attitudes (QuISKA)	2009	Dycus, McKeon	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Enfermeiros pediatras oncológicos
Healthcare Professionals Patient Safety Assessment Curriculum Survey (HPPSACS)	2010	Chenot, Daniel	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Estudantes de Enfermagem
Nursing Quality and Safety Self-Inventory (NQSSI)	2013	Piscotty, Grobbel, Abele.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Estudantes de Enfermagem
Patient Safety Competency Self-evaluation (PSCSE)	2014	Lee <i>et al.</i>						x	x	x	x	Estudantes de Enfermagem
Nurses' Attitudes and Skills around Updated Safety Concepts (NASUS) Scale	2017	Armstrong <i>et al.</i>						x		x	x	Enfermeiros
QSEN-based clinical evaluation	2017	Altmiller	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Estudantes de Enfermagem

1= Cuidado centrado no paciente; 2= Trabalho em equipe e colaboração; 3= Prática baseada em evidência; 4= Melhoria da qualidade; 5= Segurança; 6= Informática

C: conhecimento; H: habilidades; A: atitudes.

3.5.1 O Instrumento *Quality and Safety Education for Nurses Student Evaluation Survey* (QSEN SES)

O *Quality and Safety Education for Nurses Student Evaluation Survey* (QSEN SES) é um instrumento desenvolvido por Sullivan, Hirst e Cronenwett, durante a Fase II da iniciativa QSEN (SULLIVAN; HIRST; CRONENWETT, 2009).

O referencial teórico utilizado na elaboração do QSEN SES foi construído com base nos conhecimentos, habilidades e atitudes de cada uma das seis competências QSEN. Considerando o grande número de elementos que o compõe, revisores especialistas (os principais pesquisadores, conselho consultivo e corpo docente do QSEN) propuseram um conjunto de itens que representariam cada competência, testados em um estudo piloto (SULLIVAN; HIRST; CRONENWETT, 2009).

O instrumento QSEN SES é composto por 63 itens, organizados em três escalas, que medem as percepções dos estudantes sobre o quanto eles adquiriram os conhecimentos, as habilidades e as atitudes essenciais para o desenvolvimento de competências de qualidade e segurança do paciente durante seus programas de graduação (ANEXO 1).

Os itens que compõem as três escalas foram extraídos de cada uma das seis competências QSEN, permitindo assim a avaliação das respostas por competência, bem como por itens individuais (SULLIVAN; HIRST; CRONENWETT, 2009).

A escala Conhecimento inclui 19 itens e busca identificar se, ao longo do curso de Enfermagem, o estudante aprendeu conteúdos relacionados à qualidade e segurança do paciente, e onde este aprendizado se deu, usando um conjunto de cinco opções categóricas de resposta: sala de aula, atividades do curso e leituras, experiências clínicas, laboratório e simulações, ou conteúdo não abordado.

A escala Habilidades possui 22 itens e avalia a percepção do estudante quanto ao seu nível de preparo para executar ações e habilidades relacionadas à qualidade e segurança do paciente, por meio de uma escala Likert de quatro pontos com as opções de resposta: 1= muito despreparado, 2= um pouco despreparado, 3= um pouco preparado e 4= muito preparado. A pontuação obtida em cada item da

Referencial Teórico e Metodológico

escala individualmente e/ou a média deles, é indicativa do nível de preparo dos estudantes. Quanto maior a pontuação obtida, maior o preparo.

Finalmente, a escala Atitudes do instrumento avalia a percepção dos estudantes sobre a importância de aprender habilidades fundamentais para as competências de qualidade e segurança do paciente. A escala Atitudes utiliza dos 22 itens da escala Habilidades, com as seguintes opções de resposta: 1= muito sem importância, 2= um pouco sem importância, 3= um pouco importante e 4= muito importante. A análise da pontuação obtida, assim como na escala Habilidades, pode ser feita considerando cada item individualmente e/ou a média deles. Quanto maior a pontuação obtida, maior o grau de importância atribuído.

O instrumento possui ainda três itens voltados à caracterização dos participantes, que tratam da identificação da escola de Enfermagem à qual os estudantes estão vinculados, e de experiência prévia de cuidado a pacientes, indicando-a, em caso positivo, por categoria profissional e tempo de atividade.

Os quadros 8 e 9 apresentam o número de itens que representam cada competência QSEN dentro das escalas, bem como uma amostra deles.

Quadro 8. Organização das competências QSEN na escala Conhecimento do QSEN SES. Sullivan, Hirst e Cronenwett, 2009.

Competência	Nº de itens na escala	Amostra de itens
Cuidado centrado no paciente	4	Estratégias para empoderar pacientes e familiares como parceiros no cuidado.
Prática baseada em evidência	2	Papel da evidência na determinação da melhor prática clínica.
Trabalho em equipe e colaboração	5	Áreas de atuação e papéis de outros profissionais da equipe de saúde.
Melhoria da qualidade	3	Abordagens para melhoria dos processos de cuidado (melhoria da qualidade).
Segurança	4	Papel dos fatores humanos e princípios básicos de design de segurança na garantia da segurança do paciente.

Referencial Teórico e Metodológico

Informática	1	Como a tecnologia e o gerenciamento de informações estão relacionados à qualidade e à segurança do paciente.
Total de itens	19	

Fonte: SULLIVAN; HIRST; CRONENWETT, 2009.

Quadro 9. Organização das competências QSEN nas escalas Habilidades e Atitudes do QSEN SES. Sullivan, Hirst e Cronenwett, 2009.

Competência	Nº de itens na escala	Amostra de itens
Cuidado centrado no paciente	5	Engajar pacientes e familiares em parcerias para promover a saúde, segurança, bem-estar e autocuidado.
Prática baseada em evidência	4	Consultar especialistas clínicos antes de decidir desviar-se dos protocolos baseados em evidências.
Trabalho em equipe e colaboração	3	Demonstrar consciência de suas próprias forças e limitações como membro da equipe de cuidado.
Melhoria da qualidade	3	Utilizar ferramentas de melhoria da qualidade, como fluxogramas e diagramas de causa e efeito.
Segurança	3	Utilizar sistemas organizacionais para reportar quase-erro e erro.
Informática	4	Documentar e planejar o cuidado ao paciente num prontuário eletrônico de saúde.
Total de itens	22	

Fonte: SULLIVAN; HIRST; CRONENWETT, 2009.

Sullivan, Hirst e Cronenwett (2009) asseguraram a validade do instrumento, por meio de revisão por especialistas e teste-piloto, não sendo avaliada sua confiabilidade. Estudos posteriores que utilizaram o QSEN SES evidenciaram alta confiabilidade, com $\alpha=0,969$ (MENNENGA; TSCHETTER; SANJAYA, 2015) e $\alpha=0,942$ (PETERSON-GRAZIOSE; BRYER, 2017).

Os autores do QSEN SES não definiram diretrizes próprias para o processo de adaptação transcultural do instrumento, ficando sob responsabilidade do pesquisador interessado a seleção do referencial e método a ser seguido.

3.6 Adaptação transcultural e validação de instrumentos

A adaptação transcultural de instrumentos para uso em novo país e idioma requer uma metodologia para alcançar a equivalência entre a fonte e o alvo. Os itens devem ser, não apenas traduzidos linguisticamente, mas adaptados culturalmente, a fim de manter a validade de conteúdo do instrumento em diferentes culturas (BEATON *et al.*, 2000).

Guillemin, Bombardier e Beaton publicaram em 1993, recomendações amplamente utilizadas na atualidade, para adaptação transcultural de instrumentos na área da saúde (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). Em 2000, uma nova versão foi publicada por Beaton e colaboradores (BEATON *et al.*, 2000), que foi utilizada como referencial na adaptação transcultural do QSEN SES.

Seis estágios são preconizados e serão apresentados a seguir (BEATON *et al.*, 2000):

1. **Tradução inicial do instrumento** (T1 e T2) para o idioma desejado por dois tradutores independentes, nativos do idioma no qual será adaptado o instrumento. Um dos tradutores deve ter conhecimento dos conceitos envolvidos, o que pode favorecer que a tradução seja mais confiável ao original, de uma perspectiva de medição. O outro tradutor não deve estar ciente nem ser informado sobre os conceitos que estão sendo quantificados, oferecendo uma tradução que reflita a linguagem usada pela população. O conteúdo dos itens, as opções de resposta e as instruções são todos traduzidos neste estágio.
2. **Síntese das traduções iniciais**, realizada por uma terceira pessoa, que trabalhará a partir do instrumento original, bem como da versão do primeiro tradutor (T1) e a do segundo tradutor (T2). Uma síntese dessas traduções é produzida, resultando em uma tradução comum (T-12), que será utilizada no próximo estágio.
3. **Retrotradução** da versão T-12, ou seja, tradução de volta à língua de origem. Novamente, dois tradutores são requeridos, nativos do idioma original do instrumento, entretanto, ambos sem conhecimento do

Referencial Teórico e Metodológico

instrumento original, dos conceitos explorados nele e, preferencialmente, sem formação na área da saúde, evitando-se vieses. Estes, produzirão as versões BT1 e BT2. A retrotradução é apenas um tipo de verificação de validade, e aponta inconsistências grosseiras ou erros conceituais na tradução.

4. **Avaliação por um comitê de especialistas**, que revisará as traduções e estabelecerá consenso sobre qualquer discrepância encontrada. A composição indicada do comitê deve incluir pesquisadores de metodologia, profissionais de saúde, profissionais de idiomas e os tradutores envolvidos nos estágios anteriores. Os autores da versão original do instrumento deverão estar disponíveis para consulta nesta fase. O objetivo deste estágio é a avaliação das equivalências semântica, idiomática, experiencial e conceitual. Na equivalência semântica, avalia-se o significado das palavras, uma vez que podem ocorrer alterações gramaticais durante a tradução. Na equivalência idiomática, por sua vez, verificam-se os coloquialismos, pois estes, em geral, não são traduzidos e são substituídos por expressões locais. Na equivalência experimental, analisa-se o ajustamento de situações vivenciadas localmente. Por fim, na equivalência conceitual, confere-se se os conceitos expressos representam os eventos vivenciados pelo indivíduo (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON; 1993).
5. **Pré-teste** com uma amostra da população, idealmente entre 30 e 40 participantes. Cada participante deve ser questionado quanto ao seu entendimento sobre cada item do questionário, além de responder ao instrumento. Isso garante que a versão adaptada esteja mantendo sua equivalência em uma situação aplicada. Embora este teste forneça informações úteis sobre como a pessoa interpreta os itens do instrumento, ela não aborda a validade de construto, a confiabilidade ou os padrões de respostas a itens, que também são relevantes para uma adaptação transcultural bem sucedida.
6. **Submissão da documentação aos autores do instrumento original**, a fim de que seja realizada uma auditoria do processo de adaptação transcultural.

Referencial Teórico e Metodológico

Não cabe aos autores do instrumento original alterar o conteúdo. Presume-se que, seguindo este processo, uma tradução razoável tenha sido obtida.

A adaptação transcultural objetiva assegurar a validade de conteúdo e de face entre as versões fonte e alvo de um instrumento. A fim de assegurar também que a nova versão demonstre as propriedades de medição necessárias para a aplicação pretendida - confiabilidade e validade, indica-se realizar a análise psicométrica da versão adaptada (BEATON *et al.*, 2000).

Medidas confiáveis são replicáveis e consistentes. Medidas válidas são representações precisas do conceito que se pretende medir (MARTINS, 2006). Ambas propriedades do instrumento não são fixas, e refletem as condições de sua utilização e interações com o grupo testado (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010).

Três tipos principais de validade podem ser avaliadas durante o processo de adaptação transcultural de um instrumento, a saber: validade de conteúdo, validade de critério e validade de construto (PASQUALI, 2009).

A validade de conteúdo avalia se o instrumento, em termos de número e extensão de seus itens, constitui uma representação suficiente do universo do construto estudado (FAYERS; MACHIN, 2007).

Não existe um teste estatístico específico para avaliação da validade de conteúdo. A determinação da validade de conteúdo pode incluir uma abordagem qualitativa, por meio da avaliação de um comitê de especialistas e, uma abordagem quantitativa, com utilização do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

O IVC mede a proporção ou porcentagem de especialistas que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens, permitindo analisar cada item individualmente e o instrumento como um todo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). A taxa de concordância aceitável entre os especialistas varia segundo a sua quantidade. Para cinco ou menos especialistas, todos devem concordar para ser representativo. No caso de seis ou mais, recomenda-se uma taxa não inferior a 0,78 (LYNN, 1986; POLIT, BECK, 2006).

Referencial Teórico e Metodológico

A validade de critério, por sua vez, consiste na relação entre pontuações de um determinado instrumento e algum critério externo. Este critério deve consistir em uma medida amplamente aceita, considerada 'padrão-ouro', com as mesmas características do instrumento de avaliação (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010).

Dois tipos de validade de critério são reconhecidas: concorrente e preditiva. Na validade concorrente, os dados são coletados simultaneamente ou em períodos próximos, e busca-se identificar a relação entre os escores do instrumento e o critério selecionado. Se os dados sobre o critério forem coletados após a coleta da informação sobre o teste, fala-se em validade preditiva. Para que um construto tenha validade preditiva, deve ser possível prever comportamentos futuros de uma variável dependente a partir de escores obtidos no instrumento (PASQUALI, 2009).

A validação de critério é desafiadora para os pesquisadores, por exigir uma medida 'padrão-ouro' a ser relacionada com o instrumento escolhido, muitas vezes não encontrada em todas as áreas do conhecimento (FAYERS; MACHIN, 2007).

O terceiro tipo de validade, a validade de construto, constitui maneira direta de identificar se o instrumento avalia de fato o construto que se propõe a medir. Um construto é uma variável, ou conjunto de variáveis, que busca representar o verdadeiro significado teórico de um conceito (MARTINS, 2006).

Pesquisadores subdividem a validade de construto em três tipos: teste de hipóteses, validade estrutural ou fatorial e validade transcultural, sendo a última apenas avaliada para instrumentos traduzidos (MOKKINK *et al.*, 2010).

O teste de hipóteses inclui a validade de grupos convergentes, discriminantes e conhecidos (MOKKINK *et al.*, 2010). A convergência mostra que o instrumento se correlaciona significativamente a outras medidas já existentes e válidas (validade convergente) e que não se correlaciona indevidamente com construtos diferentes, dos quais deveria divergir (validade discriminante) (PASQUALI, 2009).

A validade de construto estrutural é verificada utilizando-se a análise fatorial. A análise fatorial examina, por meio de procedimentos estatísticos, o nível em que

Referencial Teórico e Metodológico

os itens do instrumento são agrupados em torno de uma ou mais dimensões, podendo ser exploratória ou confirmatória (FAYERS; MACHIN, 2007).

A análise fatorial exploratória (AFE) pode ser realizada com o objetivo de explicação ou de redução de dados. Atendendo ao primeiro objetivo, busca-se identificar as dimensões subjacentes que representam construtos teóricos do instrumento. Este procedimento é exploratório, visto que o pesquisador não possui hipótese teórica prévia acerca do modelo estrutural do instrumento. Utiliza-se, neste caso, a matriz de correlações ou a de covariâncias entre as variáveis mensuradas (LAROS, 2005).

Com o objetivo de redução de dados, a análise fatorial exploratória busca identificar ponderações ótimas para as variáveis mensuradas, de forma que um grande conjunto de variáveis possa ser reduzido a um conjunto menor de índices sumários que tenham máxima variabilidade e fidedignidade (LAROS, 2005).

A análise fatorial confirmatória (AFC) é utilizada para confirmar o modelo estrutural de um instrumento (MOKKINK *et al.*, 2010). O modelo confirmatório é mais rigoroso e mais restritivo, motivo pelo qual é fortemente indicado para validação de questionários (MOKKINK *et al.*, 2012).

A combinação da análise fatorial à análise de regressão originou o método de modelagem de equações estruturais (MEE), que permite aos pesquisadores testar estruturas fatoriais de instrumentos de medida psicométrica, por meio da análise fatorial confirmatória e, ainda, analisar relações explicativas entre múltiplas variáveis simultaneamente. A técnica é caracterizada por dois componentes básicos: o modelo de mensuração e o modelo estrutural (HAIR *et al.*, 2009).

Na avaliação do modelo de mensuração verifica-se as validades de construto convergente e discriminante. Uma das formas de estimar a validade convergente é a avaliação das cargas fatoriais. A literatura indica que as cargas fatoriais devem ser de pelo menos 0,5 e idealmente superiores. Cargas fatoriais altas são um indicativo de que convergem para um ponto comum, logo, existe validade convergente. Se um item apresentar valores inferiores a 0,5 torna-se um forte candidato a deixar o modelo fatorial (HAIR *et al.*, 2009).

Referencial Teórico e Metodológico

A análise da validade discriminante envolve a comparação das correlações entre os construtos do modelo e com um modelo teórico. Neste modelo teórico, todas as correlações entre os construtos está determinada como sendo de valor 1,00, o que permite realizar o teste da diferença do qui-quadrado. Para realizar este teste, calcula-se a diferença entre os valores do qui-quadrado e a diferença dos graus de liberdade para os dois modelos. Para determinar a significância estatística do teste da diferença do qui-quadrado, analisa-se os valores da diferença do qui-quadrado e os valores dos graus de liberdade numa tabela de qui-quadrado: valores estatisticamente significantes indicam a existência de validade discriminante (CAMPANA; TAVARES; SILVA, 2009).

Com a garantia da validade discriminante, terminam-se os ajustes dos modelos de mensuração e procede-se a análise do modelo estrutural. O teste do modelo estrutural, deve se concentrar no exame do ajuste local e exame do ajuste global (RINGLE; SILVA; BIDO, 2014). A avaliação do ajuste local é feita por meio da estatística de teste “t” . Deste modo pode ser verificado se os parâmetros são significativamente diferentes de zero. A avaliação do ajuste global do modelo, pode ser feita pelo teste de ajuste exato, usando a estatística de teste qui-quadrado, e pelos testes de ajuste aproximado usando a estatística RMSEA, a raiz do erro quadrático médio. Outros critérios de ajuste aproximado estão disponíveis como o índice de qualidade de ajuste (GFI), o índice de ajuste comparativo (CFI), e o índice de ajuste normalizado (NFI) (HAIR *et al.*, 2009).

Vários autores tem discutido o tamanho mínimo de uma amostra de análise fatorial ao longo dos anos. Cattell (1978) argumentou que 250 era um tamanho de amostra recomendável, e que a razão deveria ser entre três e seis respondentes por item. Gorsuch (1983), em consonância com Hair *et al.* (2009), indicou que a amostra deve conter pelo menos 5 respondentes por variável, e uma amostra total de pelo menos 100 sujeitos. Crocker e Algina (1986) recomendou o uso de 10 sujeitos por variável, com um mínimo de 100 sujeitos na amostra total. Pasquali (1999) relatou também, um mínimo de 100 sujeitos por fator medido. Guadagnoli e Velicer (1988), entretanto, argumentam que nenhuma base teórica existe para recomendações de relação entre o número de participantes e o número de variáveis.

Referencial Teórico e Metodológico

Barrett e Kline (1981), corroborados por MacCallum *et al.* (1999), demonstraram por meio de um estudo de simulação Monte-Carlo, que soluções fatoriais estáveis foram encontradas com um número variando de um, dois a três respondentes por item. A definição de tamanho mínimo da amostra ainda é imprecisa na literatura, aceitando-se que a qualidade de uma solução fatorial não depende exclusivamente do número de respondentes, mas variará segundo a qualidade do instrumento avaliado (DAMÁSIO, 2012).

A validade transcultural, terceiro tipo de validade de construto, diz respeito ao grau em que o desempenho dos itens de um instrumento traduzido e adaptado culturalmente reflete o desempenho dos itens da versão original do instrumento (MOKKINK *et al.*, 2012).

Segundo o *Consensus-based standards for the selection of health measurement instruments* (COSMIN), na avaliação da validade transcultural devem ser considerados itens como: tradução e retrotradução por tradutores independentes, tradução revisada por comitê de especialistas, pré-teste do instrumento, seleção adequada da amostra, entre outros (MOKKINK *et al.*, 2012).

Tão importante quanto a análise da validade, é a análise da confiabilidade do instrumento, que refere-se, principalmente, à consistência interna, estabilidade e equivalência da medida (MARTINS, 2006).

A análise da consistência interna de um instrumento permite identificar o grau de inter-relação dos itens entre si, e com o total (PASQUALI, 2013). O coeficiente estatístico mais utilizado para essa análise é o alpha de Cronbach que por meio de equação entre a relação da variância total do teste, a variância de cada item individualmente e a soma das variâncias desses itens, expressa a medida do quanto os itens possuem de covariação no teste (PASQUALI, 2013).

O alfa de Cronbach deve ser calculado para cada escala separadamente. Valores de coeficientes α entre 0 a 0,20 indicam fidedignidade muito pequena, entre 0,21 a 0,40 baixa, de 0,41 a 0,70 moderada, entre 0,71 e 0,90 alta e de 0,91 a 1,0 muito intensa, podendo haver redundância de um ou mais itens (DEVELLIS, 2012; TERWEE, 2007).

Referencial Teórico e Metodológico

A confiabilidade é também estimada por meio do teste-reteste, que avalia a estabilidade do construto por meio da correlação dos escores de um teste com os escores de uma segunda aplicação deste aos mesmos sujeitos (RAYMUNDO, 2009).

A confiabilidade de um teste pode ser influenciada por fatores relativos ao instrumento e ao examinando. Entre os fatores relativos ao instrumento estão: número de itens (quanto maior o número de itens, maior a confiabilidade); grau de dificuldade dos itens (itens com grau de dificuldade média contribuem mais para a confiabilidade); homogeneidade do teste (quanto mais homogêneo, maior a confiabilidade). Os fatores relativos ao examinando referem-se à motivação (testes realizados por examinandos motivados possuem confiabilidade alta), à compreensão das instruções (se o examinando não compreende o que se pede, o grau de precisão das respostas é baixo e a confiabilidade também) e às características do respondente (conhecimento, reações emocionais, esforço e sorte na seleção de respostas através da “adivinhação” podem alterar a confiabilidade do teste) (RAYMUNDO, 2009). Um instrumento confiável em um conjunto de circunstâncias, pode não ser confiável sob condições diferentes (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010).

Neste estudo foi realizada a adaptação transcultural do QSEN SES e analisada a validade de conteúdo, validade de construto e confiabilidade, por meio da análise de comitê de especialistas, análise fatorial confirmatória, e consistência interna, fazendo assim a validação cultural do instrumento.

A validade de critério não foi analisada, visto que não foi identificado um ‘padrão-ouro’ de medida em português para a comparação ao QSEN SES. A análise da confiabilidade por meio do teste-reteste também não foi realizada, já que este teste não é apropriado para situações em que são esperadas mudanças com o decorrer do tempo, a exemplo de conhecimento, medido pelo QSEN SES (DEVON *et al.*, 2007).

Destaca-se que este é o primeiro estudo a analisar propriedades psicométricas do QSEN SES por meio da análise fatorial. O estudo original não realizou qualquer análise, enquanto estudos posteriores que utilizaram o

Referencial Teórico e Metodológico

instrumento, apenas examinaram a sua confiabilidade (MENNENGA; TSCHETTER; SANJAYA, 2015; PETERSON-GRAZIOSE; BRYER, 2017).

Metodologia

4. METODOLOGIA

Trata-se de estudo metodológico de adaptação transcultural e validação de um instrumento utilizado para avaliação de competências de qualidade e segurança do paciente, autorrelatadas por estudantes de graduação em Enfermagem, intitulado *Quality and Safety Education for Nurses Student Evaluation Survey* (QSEN SES), desenvolvido por Sullivan, Hirst e Cronenwett, em 2009, nos EUA.

Estudos metodológicos tratam de investigações dos métodos de obtenção, organização e análise dos dados, para elaboração, validação e avaliação dos instrumentos, com vistas a confiabilidade e precisão dos mesmos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Investigações dessa natureza incluem avaliação da validade de conteúdo, avaliação da estrutura conceitual de uma escala, validade de construto e avaliação da confiabilidade (GROVE; BURNS; GRAY, 2012).

O presente estudo está organizado em duas fases: 1. adaptação transcultural do QSEN SES para uso no Brasil; 2. análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do QSEN SES.

Cada fase será apresentada a seguir, na sequência em que ocorreram os fatos.

4.1. Fase 1: Adaptação transcultural do QSEN SES para uso no Brasil

O processo de adaptação transcultural foi iniciado em fevereiro de 2018, finalizado em setembro de 2018 e realizado pela pesquisadora, com o apoio de uma empresa especializada, contratada para este fim.

O QSEN SES não possui protocolo próprio de adaptação transcultural. Neste estudo, adotou-se como referencial a diretriz de Beaton e colaboradores, publicada no ano 2000 (BEATON *et al.*, 2000). Seis estágios foram seguidos:

4.1.1 Tradução do QSEN SES para o português brasileiro

A tradução de todos os 66 itens do instrumento QSEN SES para a língua portuguesa foi realizada em fevereiro de 2018, por dois tradutores profissionais independentes, bilíngues e nativos de português brasileiro, sendo um com conhecimento da temática abordada (T1) e outro que não possuía conhecimento (T2). Ambos foram informados previamente dos objetivos do estudo.

4.1.2 Síntese das traduções

Após a tradução, a pesquisadora, também bilíngue, realizou a síntese das duas traduções (T1 e T2), com o apoio dos dois tradutores, compondo uma versão consensual em português (TC). Não houve divergências entre as versões T1 e T2. Nos casos em que os tradutores utilizaram sinônimos diferentes em suas versões de tradução, buscou-se selecionar a palavra/expressão mais adequada, em português, considerando a temática investigada.

4.1.3 Retrotradução para o inglês americano

A versão consensual das traduções em português (TC) foi retrotraduzida em março de 2018, por dois tradutores nascidos e alfabetizados em país de língua inglesa, com domínio linguístico e cultural do inglês e do português, e que desconheciam o instrumento original, produzindo a versão retrotradução 1 (RT1) e retrotradução 2 (RT2).

Nesse estágio, foi realizada uma reunião com uma das autoras do instrumento original, Linda Cronenwett, por meio de *Skype*. Participaram da reunião a gerente de projetos da empresa de tradução contratada, que acompanhou todo o processo; os dois tradutores responsáveis pela retrotradução e a pesquisadora.

Na reunião, as versões retrotraduzidas RT1 e RT2 foram analisadas, comparadas e sintetizadas conjuntamente, originando-se a segunda versão consensual em português (RTC) (APÊNDICE 1). A versão RTC, conforme aprovada pela autora do instrumento original, foi submetida à análise pelo Comitê de Especialistas, em abril de 2018.

4.1.4 Análise pelo Comitê de Especialistas

No período entre abril e julho de 2018, a segunda versão consensual em português (RTC) foi avaliada por um comitê, constituído por sete especialistas, sendo seis enfermeiros e um médico. Todos eram bilíngues, possuíam doutorado e experiência nacional e/ou internacional na área de qualidade e segurança do paciente. Seis atuavam na docência em nível superior em instituições de ensino públicas brasileiras e eram também pesquisadores; um atuava como Gerente de qualidade e segurança do paciente de instituição de saúde privada, de grande porte, de São Paulo. Quatro especialistas possuíam conhecimento em adaptação transcultural de instrumentos.

Para cada especialista foi enviado, por meio de e-mail, o convite para participar do comitê. Para aqueles que aceitaram o convite, foi enviada a versão original do QSEN SES em inglês, a versão RTC, aprovada pela autora do instrumento original, bem como o TCLE (APÊNDICE 2).

As versões do instrumento foram organizadas em planilha do Microsoft Excel, permitindo que o especialista visualizasse cada item nas diferentes versões e selecionasse o conceito pertinente à sua avaliação das equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual. As opções de resposta eram: não equivalente, indeciso ou equivalente. Para os itens considerados não equivalentes ou indecisos, solicitou-se que o especialista registrasse o seu parecer. Itens que obtiveram concordância menor que 80% entre os especialistas, foram revisados pela pesquisadora e orientadora, considerando o referencial teórico do estudo. O produto desta etapa foi a versão brasileira 1.0 do QSEN SES (APÊNDICE 3).

4.1.5 Pré-teste

Em posse da versão brasileira 1.0 do QSEN SES foi realizado o pré-teste, entre agosto e setembro de 2018, por meio de sua aplicação a uma amostra representativa da população alvo, constituída por 30 participantes, de acordo com as recomendações de Beaton *et al.* (2000). Os participantes eram estudantes do curso de Enfermagem de uma universidade pública federal, escolhida por conveniência.

Os estudantes foram selecionados aleatoriamente, dentre todos os estudantes que já haviam cumprido no mínimo, 50% da carga horária do curso, no momento da coleta de dados. A coordenação do curso de graduação da referida instituição forneceu a relação dos estudantes elegíveis, acompanhada da lista de e-mails para contato.

O convite para participação no estudo foi enviado por e-mail, contendo informações sobre a pesquisa e, especificamente, sobre a etapa de pré-teste no processo de adaptação do instrumento QSEN SES, o prazo para resposta, e o link para acesso ao questionário na plataforma *SurveyMonkey*.

Previamente ao acesso ao instrumento, o estudante foi convidado a realizar a leitura do TCLE eletrônico (APÊNDICE 4) e assinalar sua concordância com o mesmo.

Os estudantes foram orientados a registrar as dúvidas ou dificuldades de compreensão do instrumento no espaço destinado a comentários.

Após o envio do convite, o instrumento permaneceu disponível para acesso por 30 dias. Mensagens de alerta foram enviadas semanalmente, convidando o estudante a acessar a plataforma e responder o questionário.

Após a análise de dados do pré-teste, decidiu-se pela inclusão de três itens de caracterização, não contemplados na versão original do QSEN SES e na versão brasileira 1.0 do QSEN SES: sexo, idade e período do curso, a fim de permitir verificar a relação entre habilidades, atitudes e estas variáveis, quando da coleta de dados futuros. Dessa forma, foi construída a versão brasileira 1.1 do QSEN SES, agora com 69 itens, que foi enviada por e-mail à autora do instrumento original para validação.

4.1.6 Submissão e validação dos relatórios pela autora do instrumento original

Os documentos gerados em cada estágio do processo de adaptação transcultural do instrumento, bem como a versão brasileira 1.1 do QSEN SES foram

enviados à autora do instrumento original, para validação. Nenhuma alteração foi sugerida, chegando-se a versão brasileira final do QSEN SES (APÊNDICE 5).

O processo de adaptação transcultural do QSEN SES está representado na figura 2.

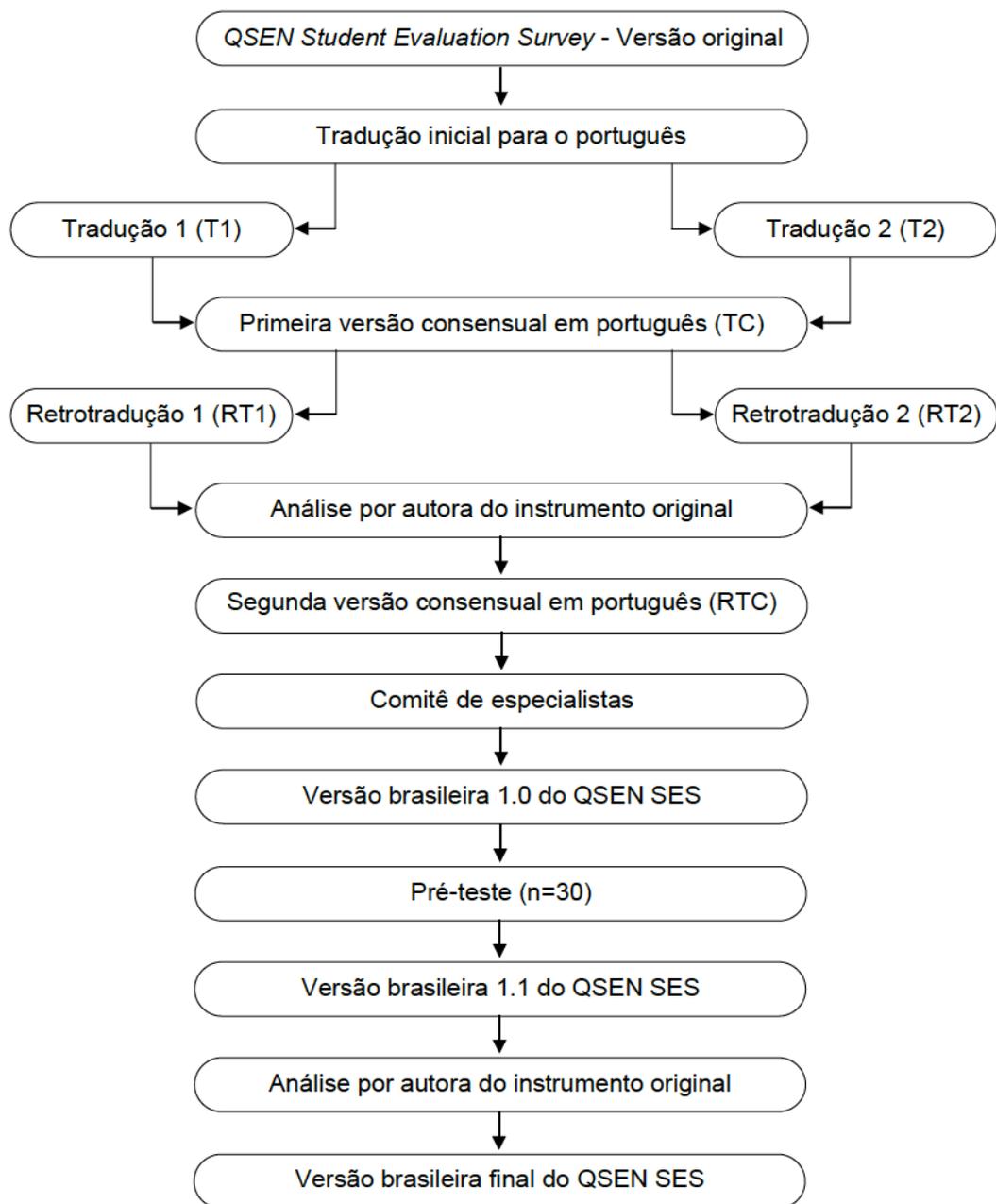


Figura 2: Fluxograma de adaptação transcultural do QSEN SES para o português brasileiro. Brasil, 2018.

4.2. Fase 2: Análise das propriedades psicométricas iniciais da versão brasileira do QSEN SES

Para a análise das propriedades psicométricas iniciais da versão brasileira do QSEN SES o instrumento foi aplicado em estudantes dos cursos de graduação em Enfermagem de três universidades brasileiras, codificadas neste estudo como Universidade A, Universidade B e Universidade C.

A escolha das universidades levou em consideração a categoria administrativa das IES: públicas federais, e o valor do Conceito Preliminar do Curso de Graduação (CPC) em Enfermagem do ano de 2013, publicado pelo Ministério da Educação do Brasil, como parte do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior.

O CPC é um indicador de qualidade que avalia os cursos de graduação e cujo cálculo e divulgação ocorrem no ano seguinte ao da realização do Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (Enade) (INEP, 2019). A composição geral do CPC é apresentada no quadro 10.

Quadro 10: Composição do CPC e pesos das suas dimensões e componentes. Brasil, 2018.

Dimensão	Componentes	Pesos
Desempenho dos estudantes	Nota dos concluintes no Enade	20%
Valor agregado pelo processo formativo oferecido pelo curso	Nota do Indicador de diferença entre os desempenhos observado e esperado	35%
Corpo docente	Nota de proporção de mestres	7,5%
	Nota de proporção de doutores	15%
	Nota de regime de trabalho	7,5%
Percepção discente sobre as condições do processo formativo	Nota referente à organização didático-pedagógica	7,5%
	Nota referente à infraestrutura e instalações físicas	5%
	Nota referente às oportunidades de ampliação da formação acadêmica e profissional	2,5%

Fonte: INEP, 2018.

O CPC pode assumir valores de 0 (zero) a 5 (cinco), sendo 5 indicativo de excelência no ensino (INEP, 2018). Os dados deste indicador subsidiam os atos de renovação de reconhecimento de cursos, podendo, a depender do conceito obtido, determinar visita *in loco* do MEC quando de sua renovação (INEP, 2018).

No ano de 2013, 747 cursos de graduação em Enfermagem foram avaliados no Brasil, sendo 72 oferecidos em instituições de ensino superior público-federais. Dentre os 72, apenas os cursos das Universidades A, B e C obtiveram nota 5,0 (INEP, 2019). Destaca-se que, no momento do desenho deste estudo, e de submissão do projeto para aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa, o CPC do ano de 2016 ainda não havia sido publicado.

O Quadro 11 apresenta a descrição da estrutura dos cursos de graduação em Enfermagem oferecidos pelas Universidades A, B e C.

Quadro 11: Estrutura dos cursos de graduação em Enfermagem oferecidos pelas Universidades A, B e C. Brasil, 2019.

Estrutura	Universidade A	Universidade B	Universidade C
Ano de implantação	1976	1976	1976
Grau acadêmico	Bacharel	Bacharel	Bacharel
Duração em semestres	10	9	10
Entrada de novos estudantes	Anual	Anual	Semestral
Número de vagas/ano	50	40	80
Carga horária total	4396h	4155h	4528h
Estágio supervisionado	880h	840h	1056h
Turno de funcionamento	Integral	Integral	Integral
Organização curricular	Por competências	Por competências	Por competências
PPC disponível*	2017	2013	2008
Matriz curricular disponível*	2017	2017	2013

PPC: Projeto Pedagógico de curso

* Disponível na página da instituição de ensino na internet em abril de 2019.

A estrutura curricular do curso de Enfermagem da Universidade A distribui os conteúdos do curso em três núcleos. No Núcleo comum, os estudantes acessam conteúdos comuns para a formação do profissional, como anatomia humana,

histologia, bioquímica, fisiologia, dentre outros. No Núcleo específico, são apresentados conteúdos que darão especificidade à formação do profissional: Introdução à Enfermagem, Bases para o cuidar do indivíduo e da família, Enfermagem clínica, Enfermagem cirúrgica, Saúde coletiva, etc. No Núcleo livre, os estudantes tem liberdade para ampliar sua formação, cursando disciplinas eletivas por ele escolhidas. O curso utiliza de metodologias ativas, como a problematização, o modelo de educação de laboratório, o *Problem Based Learning* (PBL) e o ensino pela pesquisa (UFG, 2017).

O curso de Enfermagem da Universidade B dispõe as disciplinas curriculares em sete conteúdos básicos: 1. Bases biológicas; 2. Bases sociais e filosóficas; 3. Bases históricas, éticas e legais; 4. Bases para a investigação científica; 5. Bases da semiologia, semiotécnica e biossegurança; 6. Bases para o cuidar nos diferentes níveis de atenção à saúde; 7. Bases para a educação em saúde e para a administração e gerência. O processo de ensino-aprendizagem utiliza de estratégias variadas, que incluem visitas técnicas, seminários, estudos dirigidos, estudos de caso, dramatização, atividades práticas em campo, grupos de discussão sobre situações vivenciadas no cotidiano das práticas, dinâmicas de grupo, utilização de plataforma virtual, elaboração de portfolio, dentre outras (UNIFAL, 2008).

A Universidade C tem seus conteúdos curriculares organizados em seis unidades temáticas: 1. Princípios básicos ao estudo do campo da saúde; 2. Princípios básicos para o estudo da Enfermagem; 3. Cuidado de Enfermagem no contexto da atenção básica a indivíduos, família e comunidade; 4. Cuidado de Enfermagem no contexto da atenção hospitalar e especializada: indivíduos, família e comunidade; 5. Gestão do cuidado em Enfermagem; 6. Práticas de cuidados de Enfermagem nos cenários comunitários e hospitalares. Neste desenho curricular, o docente desenvolve práticas de ensino-aprendizagem que atribuem autonomia ao estudante frente a sua aprendizagem, requerendo a participação dele, de modo a proporcionar a integralidade dos conhecimentos específicos (UFC, 2013).

Uma busca simplificada nos Projetos Pedagógicos do Curso de Enfermagem (PPC) das três universidades, pelos termos “Segurança” e “Segurança do paciente”, identificou que eles não estavam presentes na matriz curricular dos cursos das Universidades B e C, enquanto disciplinas, ou nas ementas. A Universidade A

possui disciplina denominada “Segurança do paciente”, de caráter optativo, e carga horária de 48h. Nesta instituição, o termo segurança do paciente foi ainda identificado na ementa de outras três disciplinas do currículo, a saber: Risco Biológico e Biossegurança, Enfermagem Cirúrgica e Centro Cirúrgico, e Administração em Enfermagem II. Buscou-se também pelo termo “Qualidade”, que foi encontrado como conteúdo de disciplinas de Gestão em Enfermagem em todos os PPC.

4.2.1 Amostra do estudo

A amostra do estudo foi constituída por estudantes regularmente matriculados no curso de graduação em Enfermagem das três universidades públicas brasileiras selecionadas, que haviam cumprido, no mínimo, 50% da carga horária total do curso, no momento da coleta de dados, que possuíam endereço de e-mail válido para receber o instrumento.

Foram excluídos do estudo os estudantes que não responderem a, no mínimo, 75% dos itens do instrumento, seguindo ao critério adotado pelas autoras do instrumento original (SULLIVAN; HIRST; CRONENWETT, 2009).

O cálculo amostral atendeu a recomendação de Hair *et al.* (2009), que indica a necessidade de, pelo menos, cinco respondentes por item do instrumento e um total de, pelo menos, 100 sujeitos. Para o cálculo, foram considerados os 22 itens das escalas habilidade e atitudes, contados uma única vez, já que são idênticos entre si. Desta forma, 110 respondentes seriam necessários.

Destaca-se que os itens da escala Conhecimento não foram incluídos no cálculo amostral, pois tratam apenas da indicação do local de aprendizado dos conteúdos elencados, não havendo neles a verificação de conceitos, percepções ou atitudes dos estudantes.

4.2.2 Procedimentos de coleta de dados

Os dados foram coletados de setembro a novembro de 2018, por meio da aplicação online da versão brasileira final do QSEN SES.

A relação de endereços de e-mails dos estudantes elegíveis foi solicitada à direção/coordenação de curso de graduação das instituições de ensino, para que o contato com os estudantes fosse estabelecido, com o envio do convite para a participação na pesquisa. O convite para participação foi enviado por e-mail, contendo informações sobre a pesquisa, o prazo para resposta, e o link para acesso ao questionário na plataforma *SurveyMonkey*.

Previamente ao acesso ao instrumento, o estudante foi convidado a realizar a leitura do TCLE eletrônico (APÊNDICE 4) e assinalar sua concordância com o mesmo.

Após o aceite para participação, o instrumento permaneceu disponível para acesso por 30 dias. Mensagens de alerta foram enviadas semanalmente, convidando o estudante a acessar a plataforma e responder o questionário.

4.3. Análise de dados

4.3.1 Fase 1: Adaptação transcultural do QSEN SES para uso no Brasil

Na ocasião da adaptação, os itens da versão brasileira 1.0 do QSEN SES foram comparados e avaliados quanto às equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual com o instrumento original por um comitê de especialistas, que escolheram uma dentre três categorias de resposta: não equivalente, indeciso ou equivalente. Para os resultados obtidos calculou-se o índice de validade de conteúdo (IVC), que mede a proporção de especialistas que consideram cada item equivalente na comparação com o original (ALEXANDRE, COLUCI, 2011). A pontuação do IVC para cada item foi calculada por meio da proporção de equivalências indicadas pelos especialistas e a pontuação IVC do instrumento foi dada pela média dos índices obtidos para cada item.

Para a avaliação de concordância entre os especialistas foi utilizado o coeficiente de concordância AC2 (*second-order agreement coefficient*) de Gwet (GWET, 2014), com ponderação ordinal, já que tem-se as opções: não equivalente, indeciso e equivalente. Os coeficientes de concordância foram comparados à

classificação presente em Altman (1991), que considera como ruins os coeficientes menores que 0,2; razoáveis aqueles entre 0,2 e 0,4; moderados aqueles entre 0,4 e 0,6; bons entre 0,6 e 0,8 e excelentes aqueles acima de 0,8. Para este estudo, foram considerados satisfatórios valores de IVC ou de coeficientes de concordância superiores a 0,80.

As estimativas foram acompanhadas de intervalos de confiança de 95% e as análises foram realizadas com o auxílio dos programas R versão 3.5.2 e SPSS versão 24.0.

4.3.2 Fase 2: Análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do QSEN SES

Para a análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do QSEN SES foram selecionados os itens das escalas Habilidades e Atitudes.

A estatística descritiva foi realizada para cada item do instrumento, apresentando-se frequência absoluta e relativa e, também, médias e desvios padrão ou medianas e quartis, além de valores mínimo e máximo (BUSSAB; MORETTIN, 2010).

Para as escalas Habilidades e Atitudes, avaliou-se se a estrutura de seis competências proposta pelos autores do instrumento original se mantém na versão traduzida e adaptada para o português brasileiro, por meio de análise fatorial confirmatória.

A análise fatorial confirmatória foi realizada no programa AMOS versão 24, utilizando a técnica de máxima verossimilhança, que fornece resultados válidos mesmo para tamanhos amostrais pequenos e, ainda que a normalidade multivariada não seja observada na amostra pelo teste de Mardia, a técnica é bastante robusta diante de violações da normalidade (HAIR *et al.*, 2009).

Para avaliar a qualidade do ajuste dos modelos, utilizou-se as seguintes medidas:

- Qui-quadrado/gl: baseia-se na comparação da distribuição dos dados amostrais com a distribuição teórica à qual se supõe pertencer a amostra. Se <2: excelente ajuste; de 3 a 5: ajuste bom; >5: ajuste pobre.

- Raiz padronizada do resíduo médio (SRMR): é uma medida absoluta calculada a partir da diferença entre a variância e a covariância da amostra e a estimativa da variância e covariância da população. Um valor de SRMR menor que 0,08 indica bom modelo (HU; BENTLER, 1998).
- Raiz do erro quadrático médio de aproximação (RMSEA): mostra como a aproximação dos dados do modelo testado se dá da matriz de covariância, expressa como a discrepância pelos graus de liberdade. Espera-se que seja <0,05, mas valores abaixo de 0,10 são comuns para modelos aceitáveis.
- Índice de ajuste comparativo (CFI): testa em comparação o quão melhor é o ajustamento do modelo para um modelo independente. Valores >0,9, indicam um bom modelo.

De acordo com Hair *et al.* (2009), para uma amostra menor que 250 e com 13 a 29 variáveis observadas, considera-se satisfatório:

- Qui-quadrado/gl: valores menores que 2 para um ajuste excelente e menores que 5 para um ajuste bom.
- SRMR: valores menores ou iguais a 0,08, com CFI de 0,95 ou maior.
- RMSEA: valores inferiores a 0,08, com CFI de 0,95 ou maior.
- CFI: acima de 0,95.

Para avaliar a consistência interna das escalas Habilidades e Atitudes utilizou-se o coeficiente alpha de Cronbach (DEVELLIS, 2012), que foi calculado tanto para os domínios formados pelas competências QSEN, como também para as escalas completas.

Buscou-se ainda, verificar a relação entre variáveis sociodemográficas dos estudantes de graduação em Enfermagem e habilidades e atitudes de qualidade e segurança do paciente, utilizando os testes de Mann-Whitney (quando estão em comparação dois grupos independentes) e de Kruskal-Wallis (quando estão em comparação três ou mais grupos independentes), uma vez que as variáveis apresentavam incompatibilidade da distribuição amostral com a distribuição normal (ALTMAN, 1991). As variáveis sociodemográficas analisadas foram: universidade, período do curso, sexo, idade e experiência prévia de cuidado a pacientes.

O nível de significância adotado foi de 5% e as análises foram realizadas com o auxílio dos programas R versão 3.5.2, SPSS versão 24.0 e AMOS versão 24.0.

4.4 Aspectos éticos e legais

A pesquisa é parte do projeto âncora “Análise do ensino sobre qualidade e segurança do paciente a graduandos de Enfermagem do Brasil”, apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, via Plataforma Brasil, com CAAE 7901 3317.1.0000.5078 (ANEXO 2).

A adaptação transcultural e validação do QSEN SES para uso no Brasil foi realizada após obtenção da autorização da autora principal, por meio de e-mail (ANEXO 3). Não houve cobrança de taxa relativa a direitos autorais ou afins.

A aplicação da versão brasileira 1.0 e da versão brasileira final do QSEN SES em estudantes de cursos de graduação em Enfermagem foi realizada após a autorização dos diretores das instituições de ensino selecionadas (ANEXO 4, 5 e 6).

Todos que participaram da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2 e 4).

Todos os preceitos éticos e legais da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos projetos de pesquisa envolvendo seres humanos (MS, 2013b), foram atendidos.

Resultados

5. RESULTADOS

5.1. Fase 1: Adaptação transcultural do QSEN SES para uso no Brasil

O instrumento *Quality and Safety Education for Nurses Student Evaluation Survey* (QSEN SES) foi traduzido para o português com o título: Instrumento de avaliação do estudante quanto ao ensino sobre qualidade e segurança em Enfermagem (QSEN SES Br) (APÊNDICE 5). Optou-se pela manutenção da sigla em inglês (QSEN SES), por ser assim conhecido no universo acadêmico de Enfermagem, acrescentando-se o sufixo 'Br' para identificação da versão brasileira.

Os resultados da adaptação transcultural do QSEN SES são apresentados a seguir, conforme os estágios de realização do estudo.

5.1.1 Tradução e síntese das traduções do QSEN SES para o português brasileiro

As diferenças observadas na análise das traduções iniciais realizadas pelos dois tradutores independentes T1 e T2, trataram do uso de expressões distintas, apesar de sinônimas para uma mesma tradução. Na síntese das traduções, selecionou-se a palavra/expressão mais adequada, em português, considerando a temática investigada (Quadro 12).

Quadro 12: Tradução de expressões do QSEN SES para o português brasileiro. Brasil, 2018.

Item/ Escala	Expressão original	Tradução T1	Tradução T2	Versão consensual
TEC1/ Conhecimento	Escala <i>Health care providers</i>	Fornecedores de serviços de saúde	Profissionais de saúde	Profissionais de saúde
TEC2 e 3 / Conhecimento	Escala <i>Scopes of practice and roles</i>	Áreas de atuação e papéis	Âmbito da prática e papéis	Áreas de atuação e papéis
PBE2/ Conhecimento	Escala <i>Locating evidence-based reports and clinical practice guidelines</i>	Localizar prática clínica e relatórios baseados em evidência	Localizar documentos e diretrizes para a prática clínica baseada em evidências	Localizar relatórios baseados em evidências e diretrizes para a prática clínica
TEC1 / Habilidades*	Escala <i>Awareness of own strengths and limitations</i>	Consciência de suas próprias forças e limitações	Consciência de seu próprio poder e limitações	Consciência de suas próprias forças e limitações
PBE3/ Habilidades	Escala <i>Locate evidence reports related to clinical practice topics and guidelines</i>	Localizar relatórios de evidência relacionados a tópicos e diretrizes para prática clínica	Localizar registros de evidência relacionados aos tópicos e diretrizes da prática clínica	Localizar relatórios de evidência relacionados aos tópicos e diretrizes da prática clínica
PBE4/ Habilidades	Escala <i>Less than desirable outcomes</i>	Desfechos inferiores aos desejados	Efeitos inferiores aos desejados	Desfechos inferiores aos desejados
S3/ Habilidades	Escala <i>Near miss and error reporting</i>	Reportar incidentes de erro ou quase-erro	Reportar quase acidentes e erros	Reportar quase-erro e erro

TEC: Trabalho em equipe e colaboração; PBE: Prática baseada em evidência; S: Segurança.

* Todos as expressões adaptadas na escala Habilidades foram também adaptadas na escala Atitudes, uma vez que os itens são idênticos.

O item 2 da introdução do instrumento solicita ao estudante de Enfermagem que indique sua experiência prévia de cuidado a pacientes, com opções de resposta referentes a categorias profissionais dos EUA, que foram, então, adaptadas à

realidade brasileira, discutidas e validadas com a autora do instrumento original. As seguintes categorias profissionais foram definidas: auxiliar de Enfermagem, técnico de Enfermagem, cuidador de idosos e instrumentador cirúrgico. A opção “outra” foi dada àqueles que possuíam experiência de cuidado associada a outra função.

A versão consensual produzida nesta etapa (TC), foi submetida à retrotradução.

5.1.2 Retrotradução para o inglês americano

Nenhum dos retrotradutores apontou dificuldades na tradução da versão consensual em português do QSEN SES para o inglês.

As versões RT1 e RT2 foram apresentadas à autora do instrumento original, analisadas, comparadas e sintetizadas conjuntamente, o que originou a segunda versão consensual em português (RTC), submetida à análise pelo Comitê de Especialistas.

5.1.3 Análise pelo comitê de especialistas

Sete especialistas avaliaram o instrumento quanto às equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual com o instrumento original. O índice de validade de conteúdo (IVC) médio dos itens foi 0,93, considerado satisfatório. Os itens do QSEN SES modificados após sugestões dos especialistas são apresentados a seguir (Quadro 13).

Quadro 13: Itens do QSEN SES modificados após sugestões dos especialistas. Brasil, 2018.

Item/ Escala	Versão consensual em português	Versão brasileira 1.0 do QSEN SES
Introdução	Escola de Enfermagem	Faculdade de Enfermagem
PBE2/ Escala Conhecimento	Localizar relatórios baseados em evidências e diretrizes para a prática clínica	Localizar publicações baseadas em evidências e diretrizes para a prática clínica
CCP1/ Escala Habilidades*	Levantar valores, preferências e necessidades expressas de pacientes	Identificar valores, preferências e necessidades expressas de pacientes
CCP3/ Escala Habilidades	Engajar pacientes ou substitutos designados	Engajar pacientes e familiares
PBE3/ Escala Habilidades	Localizar relatórios de evidência relacionados aos tópicos e diretrizes da prática clínica	Localizar publicações baseadas em evidência relacionadas aos tópicos e diretrizes da prática clínica
MQ3/ Escala Habilidades	Métodos e medições de melhoria da qualidade.	Métodos e medidas de melhoria da qualidade.
I2/ Escala Habilidades	Registro eletrônico de saúde	Prontuário eletrônico de saúde

PBE: Prática baseada em evidência; CCP: Cuidado centrado no paciente; MQ: Melhoria da qualidade; I: Informática

* Todos os itens adaptados na escala Habilidades foram também adaptadas na escala Atitudes, uma vez que os itens são idênticos.

Para a avaliação de concordância entre os especialistas, utilizou-se o coeficiente de concordância AC2 de Gwet, com ponderação ordinal, que assumiu o valor 0,899 (IC 95%, 0,854 a 0,944), indicando concordância excelente entre os especialistas.

A versão brasileira 1.0 do QSEN SES foi o produto desta etapa, aplicada a uma amostra representativa da população alvo.

5.1.4 Pré-teste e validação dos relatórios pela autora do instrumento original

Para o pré-teste do instrumento, 30 estudantes de graduação em Enfermagem de uma universidade pública federal, responderam à versão brasileira 1.0 do QSEN SES, com o objetivo de verificar sua compreensibilidade e tempo de preenchimento. Destes, seis (20%) não responderam a, no mínimo, 75% dos itens do instrumento e foram excluídos do estudo, totalizando 24 estudantes.

A média de tempo para preenchimento do instrumento foi 16 minutos. Nenhum dos participantes registrou dúvidas, dificuldades ou quaisquer comentários sobre o instrumento.

Três itens de caracterização, não contemplados na versão original do instrumento foram incluídos na versão brasileira 1.0 do QSEN SES após o pré-teste: sexo, idade e período do curso, originando a versão brasileira 1.1 do QSEN SES, que foi validada pela autora do instrumento original.

Após validação, a versão brasileira final do QSEN SES, o QSEN SES Br, foi disponibilizada para aplicação na população alvo e análise psicométrica.

5.2. Fase 2: Análise das propriedades psicométricas iniciais da versão brasileira do QSEN SES

Para a análise das propriedades psicométricas iniciais do QSEN SES Br foram utilizadas as respostas obtidas no pré-teste (24 estudantes) e na aplicação do instrumento à população alvo.

Na aplicação do instrumento à população alvo, o QSEN SES Br foi distribuído para 303 estudantes, via e-mail. Um total de 129 estudantes responderam ao instrumento, com taxa de resposta de 42,5%. Entretanto, 23 estudantes (17,8%) não responderam a, no mínimo, 75% dos itens do instrumento e foram excluídos do estudo, totalizando 106 estudantes.

Dessa forma, a análise psicométrica do QSEN SES Br foi realizada com uma amostra final de 130 respondentes, estando de acordo com a recomendação de Hair *et al.* (2009).

5.2.1 Perfil dos participantes do estudo

As características sociodemográficas dos 130 estudantes que participaram do processo de validação do QSEN SES Br estão apresentadas na Tabela 1.

Os estudantes cursavam do 5º ao 10º período do curso, sendo a maioria do sexo feminino (88,7%), na faixa etária entre 20 e 29 anos (93,4%), e sem experiência prévia de cuidado a pacientes (81,5%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos participantes do processo de validação do QSEN SES Br - Brasil - 2018

Variáveis	n (%)
Universidade	
Universidade A	45 (34,6%)
Universidade B	11 (8,5%)
Universidade C	74 (56,9%)
Sexo*	
Feminino	94 (88,7%)
Masculino	12 (11,3%)
Idade*	
Menos do que 20 anos	1 (0,9%)
20 a 29 anos	99 (93,4%)
30 a 39 anos	5 (4,7%)
Mais do que 40 anos	1 (0,9%)
Período do curso de graduação*	
5º período	5 (4,7%)
6º período	18 (17,0%)
7º período	18 (17,0%)
8º período	28 (26,4%)
9º período	15 (14,2%)
10º período	22 (20,8%)

(continua)

Variáveis	n (%)
<i>(continuação)</i>	
Experiência prévia de cuidado a pacientes?	
Não	106 (81,5%)
Sim	24 (18,5%)
Auxiliar de Enfermagem	
Mais de 5 anos	1 (100,0%)
Técnico de Enfermagem	
Menos de 1 ano	5 (62,5%)
3 a 5 anos	2 (25,0%)
Mais de 5 anos	1 (12,5%)
Cuidador de idosos	
Menos de 1 ano	3 (42,9%)
1 a 2 anos	2 (28,6%)
3 a 5 anos	2 (28,6%)
Outra	
Menos de 1 ano	2 (25,0%)
1 a 2 anos	3 (37,5%)
3 a 5 anos	3 (37,5%)

* Característica não avaliada no pré-teste (n=24).

Dentre os 24 estudantes que afirmaram experiência prévia de cuidado a pacientes, oito (25,0%) referiram-na como “outra”, descrevendo atividades como doula, técnico de radiologia médica e cuidados a familiares em internação domiciliar.

5.2.2 Percepções dos estudantes sobre a abordagem de conteúdos relacionados à qualidade e segurança do paciente no curso

A escala Conhecimento do QSEN SES permitiu identificar quais conteúdos relacionados à qualidade e segurança do paciente, e respectivas competências, foram abordados no curso, e onde esse aprendizado se deu.

Na percepção dos estudantes, os conteúdos foram mais frequentemente ensinados em sala de aula e em experiências clínicas (Tabela 2).

Tabela 2 - Percepção dos estudantes de graduação em Enfermagem quanto ao local onde os conteúdos relacionados à qualidade e segurança do paciente foram ensinados - Brasil - 2018

	Sala de aula	Atividades do curso e leituras	Experiências clínicas	Laboratório e simulações	Não foi abordado
CCP1. Contextos sociais, étnicos e culturais diversos como fontes de valores dos pacientes, familiares e da comunidade.	92 (70,8%)	15 (11,5%)	16 (12,3%)	2 (1,5%)	5 (3,8%)
CCP2. Conceitos de dor e sofrimento, e as intervenções de Enfermagem associadas a eles.	94 (72,3%)	11 (8,5%)	15 (11,5%)	7 (5,4%)	3 (2,3%)
CCP3. Estratégias para empoderar pacientes e familiares como parceiros no cuidado.	81 (62,3%)	14 (10,8%)	25 (19,2%)	5 (3,8%)	5 (3,8%)
CCP4. Princípios de comunicação efetiva com pacientes.	80 (61,5%)	8 (6,2%)	34 (26,2%)	5 (3,8%)	3 (2,3%)
TEC1. Estratégias efetivas de comunicação e resolução de conflitos entre profissionais de saúde.	70 (53,8%)	8 (6,2%)	27 (20,8%)	15 (11,5%)	10 (7,7%)
TEC2. Áreas de atuação e papéis dos membros da equipe de Enfermagem.	103 (79,2%)	6 (4,6%)	15 (11,5%)	4 (3,1%)	2 (1,5%)
TEC3. Áreas de atuação e papéis de outros profissionais da equipe de saúde.	72 (55,4%)	11 (8,5%)	30 (23,1%)	2 (1,5%)	15 (11,5%)
TEC4. Impacto das diferenças de poder percebidas entre os papéis da equipe de saúde no trabalho em equipe e na segurança (Enfermagem e outras profissões).	59 (45,4%)	6 (4,6%)	43 (33,1%)	5 (3,8%)	17 (13,1%)
TEC5. Características da organização de saúde que influenciam o funcionamento efetivo da equipe.	86 (66,2%)	9 (6,9%)	28 (21,5%)	3 (2,3%)	4 (3,1%)

(continua)

Resultados

	Sala de aula	Atividades do curso e leituras	Experiências clínicas	Laboratório e simulações	Não foi abordado
<i>(continuação)</i>					
PBE1. Papel da evidência na determinação da melhor prática clínica.	86 (66,2%)	14 (10,8%)	21 (16,2%)	6 (4,6%)	3 (2,3%)
PBE2. Fontes confiáveis para localizar publicações baseadas em evidências e diretrizes para a prática clínica.	77 (59,2%)	27 (20,8%)	8 (6,2%)	1 (0,8%)	17 (13,1%)
MQ1. Estratégias para aprender sobre os resultados dos cuidados num ambiente clínico.	70 (53,8%)	11 (8,5%)	20 (15,4%)	16 (12,3%)	13 (10,0%)
MQ2. Métodos para determinar como a qualidade do cuidado num ambiente local se compara aos padrões nacionais.	54 (41,5%)	14 (10,8%)	14 (10,8%)	6 (4,6%)	42 (32,3%)
MQ3. Abordagens para melhoria dos processos de cuidado (melhoria da qualidade).	91 (70,0%)	12 (9,2%)	15 (11,5%)	7 (5,4%)	5 (3,8%)
S1. Papel dos fatores humanos e princípios básicos de <i>design</i> de segurança na garantia da segurança.	81 (62,3%)	8 (6,2%)	17 (13,1%)	4 (3,1%)	20 (15,4%)
S2. Benefícios e limitações das tecnologias que aumentam a segurança (ex: código de barras, bombas de infusão, alarmes).	61 (46,9%)	12 (9,2%)	28 (21,5%)	7 (5,4%)	22 (16,9%)
S3. Tipos gerais de erros e riscos nos cuidados.	97 (74,6%)	9 (6,9%)	16 (12,3%)	6 (4,6%)	2 (1,5%)
S4. Processos usados na análise das causas de erro (ex: análise de causa raiz).	62 (47,7%)	12 (9,2%)	9 (6,9%)	4 (3,1%)	43 (33,1%)
I1. Como a tecnologia e o gerenciamento das informações estão relacionados à qualidade e segurança do cuidado ao paciente.	86 (66,2%)	7 (5,4%)	15 (11,5%)	5 (3,8%)	17 (13,1%)

CCP: Cuidado centrado no paciente; TEC: Trabalho em equipe e colaboração; PBE: Prática baseada em evidência; MQ: Melhoria da qualidade; S: Segurança; I: Informática.

Atividades do curso e leituras foram recursos utilizados, principalmente, para aprendizagem sobre “Fontes confiáveis para localizar publicações baseadas em evidências e diretrizes para a prática clínica”, segundo 20,8% dos estudantes. Laboratório e Simulações, por sua vez, foram utilizados para aprendizagem sobre “Estratégias para aprender sobre os resultados dos cuidados num ambiente clínico” (12,3%) e “Estratégias efetivas de comunicação e resolução de conflitos entre profissionais de saúde” (11,5%).

Nessa escala, os estudantes poderiam selecionar de um até os quatro locais como resposta para cada item. Foi observado que todos os estudantes selecionaram apenas um local, de modo que não é possível afirmar se o conteúdo foi ensinado em um único local, ou se o enunciado não evidenciou a possibilidade de escolher mais de uma opção.

A Tabela 3 apresenta os dados da escala Conhecimento, dicotomizados entre abordados e não abordados.

Tabela 3 - Conteúdos relacionados à qualidade e segurança do paciente abordados no curso de graduação em Enfermagem - Brasil - 2018

	Foi abordado	Não foi abordado
CCP1. Contextos sociais, étnicos e culturais diversos como fontes de valores dos pacientes, familiares e da comunidade.	125 (96,2%)	5 (3,8%)
CCP2. Conceitos de dor e sofrimento, e as intervenções de Enfermagem associadas a eles.	127 (97,7%)	3 (2,3%)
CCP3. Estratégias para empoderar pacientes e familiares como parceiros no cuidado.	125 (96,2%)	5 (3,8%)
CCP4. Princípios de comunicação efetiva com pacientes.	127 (97,7%)	3 (2,3%)
TEC1. Estratégias efetivas de comunicação e resolução de conflitos entre profissionais de saúde.	120 (92,3%)	10 (7,7%)
TEC2. Áreas de atuação e papéis dos membros da equipe de Enfermagem.	128 (98,5%)	2 (1,5%)
TEC3. Áreas de atuação e papéis de outros profissionais da equipe de saúde.	115 (88,5%)	15 (11,5%)

(continua)

Resultados

	Foi abordado	Não foi abordado
<i>(continuação)</i>		
TEC4. Impacto das diferenças de poder percebidas entre os papéis da equipe de saúde no trabalho em equipe e na segurança (Enfermagem e outras profissões).	113 (86,9%)	17 (13,1%)
TEC5. Características da organização de saúde que influenciam o funcionamento efetivo da equipe.	126 (96,9%)	4 (3,1%)
PBE1. Papel da evidência na determinação da melhor prática clínica.	127 (97,7%)	3 (2,3%)
PBE2. Fontes confiáveis para localizar publicações baseadas em evidências e diretrizes para a prática clínica.	113 (86,9%)	17 (13,1%)
MQ1. Estratégias para aprender sobre os resultados dos cuidados num ambiente clínico.	117 (90,0%)	13 (10,0%)
MQ2. Métodos para determinar como a qualidade do cuidado num ambiente local se compara aos padrões nacionais.	88 (67,7%)	42 (32,3%)
MQ3. Abordagens para melhoria dos processos de cuidado (melhoria da qualidade).	125 (96,2%)	5 (3,8%)
S1. Papel dos fatores humanos e princípios básicos de <i>design</i> de segurança na garantia da segurança.	110 (84,6%)	20 (15,4%)
S2. Benefícios e limitações das tecnologias que aumentam a segurança (ex: código de barras, bombas de infusão, alarmes).	108 (83,1%)	22 (16,9%)
S3. Tipos gerais de erros e riscos nos cuidados.	128 (98,5%)	2 (1,5%)
S4. Processos usados na análise das causas de erro (ex: análise de causa raiz).	87 (66,9%)	43 (33,1%)
I1. Como a tecnologia e o gerenciamento das informações estão relacionados à qualidade e segurança do cuidado ao paciente.	113 (86,9%)	17 (13,1%)

CCP: Cuidado centrado no paciente; TEC: Trabalho em equipe e colaboração; PBE: Prática baseada em evidência; MQ: Melhoria da qualidade; S: Segurança; I: Informática.

Os itens “Áreas de atuação e papéis dos membros da equipe de Enfermagem” e “Tipos gerais de erros e riscos nos cuidados” foram indicados por 98,5% dos estudantes como abordados em sua formação.

Em sentido oposto, os itens “Processos usados na análise das causas de erro (ex: análise de causa raiz)” e “Métodos para determinar como a qualidade do

cuidado num ambiente local se compara aos padrões nacionais”, foram indicados por mais de 30,0% dos estudantes como não abordados.

Destaca-se que todos os itens da escala Conhecimento foram indicados como “não abordado” por pelo menos dois respondentes.

A análise da abordagem dos conteúdos, segundo suas competências, evidencia que os tópicos relacionados à competência Cuidado centrado no paciente foram os mais abordados (96,9%), seguidos de Prática baseada em evidências (92,3%), Trabalho em equipe e colaboração (91,5%), Informática (86,9%), Melhoria da qualidade (84,6%) e, com menor porcentagem, aqueles relacionados à Segurança (83,2%).

5.2.3 Percepções dos estudantes quanto ao seu nível de preparo para executar ações e habilidades relacionadas à qualidade e segurança do paciente

Com relação às habilidades, os estudantes referiram maior preparo para “Identificar os valores, preferências e necessidades expressas de pacientes, como parte da avaliação clínica” (55,9% um pouco preparados e 37,3% muito preparados) e “Avaliar a presença e extensão da dor e do sofrimento” (51,7% um pouco preparados e 39,0% muito preparados); ambas ações relacionadas à competência Cuidado centrado no paciente. Os estudantes também se sentem preparados para “Comunicar observações ou preocupações relacionadas a riscos ou erros no ambiente de cuidado” (49,2% um pouco preparados e 40,7% muito preparados).

O menor preparo dos estudantes foi percebido para “Utilizar sistemas organizacionais para reportar quase erro e erro” (33,1% um pouco despreparados e 10,2% muito despreparados), “Utilizar ferramentas de gerenciamento de informação e tecnologia para apoiar processos seguros de cuidado” (30,5% um pouco despreparados e 10,2% muito despreparados) e “Consultar especialistas clínicos antes de decidir desviar-se de protocolos baseados em evidência” (29,7% um pouco despreparados e 8,5% muito despreparados) (Tabela 4).

Tabela 4 - Percepção dos estudantes de graduação em Enfermagem quanto ao preparo para executar ações e habilidades relacionadas à qualidade e segurança do paciente - Brasil - 2018

	Muito despreparado	Um pouco despreparado	Um pouco preparado	Muito preparado
CCP1. Identificar valores, preferências e necessidades expressas de pacientes, como parte da avaliação clínica.	0 (0,0%)	8 (6,8%)	66 (55,9%)	44 (37,3%)
CCP2. Avaliar a presença e a extensão da dor e do sofrimento.	2 (1,7%)	9 (7,6%)	61 (51,7%)	46 (39,0%)
CCP3. Engajar pacientes e familiares em parcerias para promover a saúde, segurança, bem-estar, e auto-cuidado.	1 (0,8%)	12 (10,2%)	60 (50,8%)	45 (38,1%)
CCP4. Facilitar o consentimento informado do paciente para o cuidado.	0 (0,0%)	14 (11,9%)	54 (45,8%)	50 (42,4%)
CCP5. Comunicar o cuidado prestado e demandado em cada transição de cuidado (denominada <i>handoff</i>) para minimizar riscos.	6 (5,1%)	16 (13,6%)	50 (42,4%)	46 (39,0%)
TEC1. Demonstrar consciência de suas próprias forças e limitações como membro da equipe de cuidado.	2 (1,7%)	21 (17,8%)	46 (39,0%)	49 (41,5%)
TEC2. Assumir o papel de membro ou líder da equipe de cuidado com base na situação.	7 (5,9%)	32 (27,1%)	58 (49,2%)	21 (17,8%)
TEC3. Comunicar-se com membros da equipe adaptando seu estilo com base nas necessidades da equipe e da situação.	4 (3,4%)	18 (15,3%)	55 (46,6%)	41 (34,7%)
PBE1. Consultar especialistas clínicos antes de decidir desviar-se de protocolos baseados em evidência.	10 (8,5%)	35 (29,7%)	49 (41,5%)	24 (20,3%)
PBE2. Basear um plano individual de cuidado nos valores do paciente, conhecimento clínico e evidência.	4 (3,4%)	15 (12,7%)	53 (44,9%)	46 (39,0%)

(continua)

	Muito despreparado	Um pouco despreparado	Um pouco preparado	Muito preparado
<i>(continuação)</i>				
PBE3. Localizar publicações baseadas em evidência relacionadas aos tópicos e diretrizes da prática clínica.	5 (4,2%)	29 (24,6%)	54 (45,8%)	30 (25,4%)
PBE4. Questionar a lógica das abordagens de rotina para o cuidado que resultam em desfechos inferiores aos desejados ou eventos adversos.	6 (5,1%)	25 (21,2%)	57 (48,3%)	30 (25,4%)
MQ1. Utilizar ferramentas de melhoria da qualidade como fluxogramas e diagramas de causa e efeito.	11 (9,3%)	28 (23,7%)	47 (39,8%)	32 (27,1%)
MQ2. Identificar lacunas entre o cuidado real, no seu ambiente, e a melhor prática.	3 (2,5%)	25 (21,2%)	50 (42,4%)	40 (33,9%)
MQ3. Avaliar os efeitos de mudanças na prática utilizando métodos e medidas de melhoria da qualidade.	7 (5,9%)	26 (22,0%)	61 (51,7%)	24 (20,3%)
S1. Demonstrar uso efetivo de estratégias para reduzir risco de dano a si próprio ou outros.	4 (3,4%)	19 (16,1%)	60 (50,8%)	35 (29,7%)
S2. Comunicar observações ou preocupações relacionadas a riscos ou erros no ambiente de cuidado.	3 (2,5%)	9 (7,6%)	58 (49,2%)	48 (40,7%)
S3. Utilizar sistemas organizacionais para reportar quase-erro e erro.	12 (10,2%)	39 (33,1%)	54 (45,8%)	13 (11,0%)
I1. Utilizar ferramentas de gerenciamento de informação e tecnologia para apoiar processos seguros de cuidado.	12 (10,2%)	36 (30,5%)	51 (43,2%)	19 (16,1%)
I2. Documentar e planejar o cuidado ao paciente num prontuário eletrônico de saúde.	4 (3,4%)	18 (15,3%)	49 (41,5%)	47 (39,8%)
I3. Usar tecnologias de comunicação para coordenar o cuidado aos pacientes.	6 (5,1%)	18 (15,3%)	63 (53,4%)	31 (26,3%)
I4. Utilizar fontes eletrônicas de alta qualidade de informações de saúde.	12 (10,2%)	21 (17,8%)	55 (46,6%)	30 (25,4%)

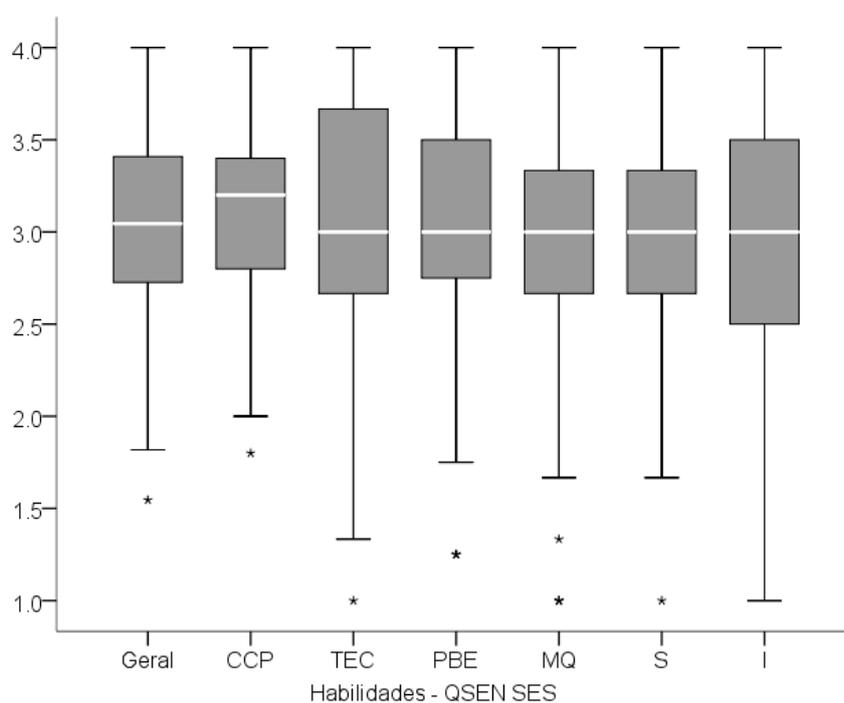
CCP: Cuidado centrado no paciente; TEC: Trabalho em equipe e colaboração; PBE: Prática baseada em evidência; MQ: Melhoria da qualidade; S: Segurança; I: Informática.

A avaliação das medidas de habilidades referidas pelos estudantes no geral, e para cada competência, indicou média de habilidades próxima a 3,0, indicando que os estudantes se sentem um pouco preparados para desempenhar as ações relacionadas à qualidade e segurança do paciente (Tabela 5; Figura 3).

Tabela 5 - Descrição das medidas de habilidades relacionadas à qualidade e segurança do paciente, no geral e por competências - Brasil - 2018

	Média	DP	Mediana	1ºQ	3º Q	Mín	Máx
Geral	3,03	0,51	3,05	2,73	3,41	1,55	4,00
Cuidado centrado no paciente	3,18	0,45	3,20	2,80	3,40	1,80	4,00
Trabalho em equipe e colaboração	3,04	0,67	3,00	2,67	3,67	1,00	4,00
Prática baseada em evidência	3,05	0,60	3,00	2,75	3,50	1,25	4,00
Melhoria da qualidade	2,93	0,74	3,00	2,67	3,33	1,00	4,00
Segurança	2,97	0,61	3,00	2,67	3,33	1,00	4,00
Informática	2,93	0,68	3,00	2,50	3,50	1,00	4,00

DP: Desvio padrão; 1º Q: 1º quartil; 3º Q: 3º quartil; Mín: Mínimo; Máx: Máximo.



CCP: Cuidado centrado no paciente; TEC: Trabalho em equipe e colaboração; PBE: Prática baseada em evidência; MQ: Melhoria da qualidade; S: Segurança; I: Informática.

Figura 3: Descrição das medidas de habilidades relacionadas à qualidade e segurança do paciente, no geral e por competências. Brasil, 2018.

5.2.4 Percepções dos estudantes sobre a importância de aprender habilidades fundamentais para as competências de qualidade e segurança do paciente

Na avaliação das atitudes, os estudantes perceberam como muito importante, mais frequentemente: “Avaliar a presença e extensão da dor e do sofrimento” (97,3%), “Comunicar observações ou preocupações relacionadas a riscos ou erros no ambiente de cuidado” (97,3%) e “Identificar os valores, preferências e necessidades expressas de pacientes, como parte da avaliação clínica” (96,4%). Estas três ações são as mesmas para as quais os estudantes referiram maior preparo, quando da avaliação de habilidades.

Poucos foram os estudantes que perceberam alguma(s) ação(ões) como sem importância. Dentre as que foram assim classificadas, tem-se “Consultar especialistas clínicos antes de decidir desviar-se de protocolos baseados em evidência” (0,9% muito sem importância; 6,4% um pouco sem importância), “Utilizar fontes eletrônicas de alta qualidade de informações de saúde” (1,8% muito sem importância; 5,5% um pouco sem importância) e “Utilizar sistemas organizacionais para reportar quase-erro e erro” (1,8% muito sem importância; 4,5% um pouco sem importância). Novamente, duas destas ações coincidem com aquelas às quais os estudantes referiram menor preparo, na avaliação de habilidades.

Vale salientar que, mais de 90% dos estudantes identificaram todas as ações como um pouco ou muito importantes (Tabela 6).

Tabela 6 - Percepção dos estudantes de graduação em Enfermagem quanto a importância das competências de qualidade e segurança do paciente - Brasil - 2018

	Muito sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Muito importante
CCP1. Identificar valores, preferências e necessidades expressas de pacientes, como parte da avaliação clínica.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (3,6%)	106 (96,4%)
CCP2. Avaliar a presença e a extensão da dor e do sofrimento.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (2,7%)	107 (97,3%)
CCP3. Engajar pacientes e familiares em parcerias para promover a saúde, segurança, bem-estar, e auto-cuidado.	0 (0,0%)	1 (0,9%)	6 (5,5%)	103 (93,6%)
CCP4. Facilitar o consentimento informado do paciente para o cuidado.	0 (0,0%)	1 (0,9%)	7 (6,4%)	102 (92,7%)
CCP5. Comunicar o cuidado prestado e demandado em cada transição de cuidado (denominada handoff) para minimizar riscos.	1 (0,9%)	2 (1,8%)	12 (10,9%)	95 (86,4%)
TEC1. Demonstrar consciência de suas próprias forças e limitações como membro da equipe de cuidado.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	9 (8,2%)	101 (91,8%)
TEC2. Assumir o papel de membro ou líder da equipe de cuidado com base na situação.	0 (0,0%)	6 (5,5%)	13 (11,8%)	91 (82,7%)
TEC3. Comunicar-se com membros da equipe adaptando seu estilo com base nas necessidades da equipe e da situação.	1 (0,9%)	1 (0,9%)	11 (10,0%)	97 (88,2%)
PBE1. Consultar especialistas clínicos antes de decidir desviar-se de protocolos baseados em evidência.	1 (0,9%)	7 (6,4%)	21 (19,1%)	81 (73,6%)
PBE2. Basear um plano individual de cuidado nos valores do paciente, conhecimento clínico e evidência.	0 (0,0%)	1 (0,9%)	6 (5,5%)	103 (93,6%)

(continua)

Resultados

	Muito sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Muito importante
<i>(continuação)</i>				
PBE3. Localizar publicações baseadas em evidência relacionadas aos tópicos e diretrizes da prática clínica.	0 (0,0%)	6 (5,5%)	12 (10,9%)	92 (83,6%)
PBE4. Questionar a lógica das abordagens de rotina para o cuidado que resultam em desfechos inferiores aos desejados ou eventos adversos.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	12 (10,9%)	98 (89,1%)
MQ1. Utilizar ferramentas de melhoria da qualidade como fluxogramas e diagramas de causa e efeito.	2 (1,8%)	4 (3,6%)	11 (10,0%)	93 (84,5%)
MQ2. Identificar lacunas entre o cuidado real, no seu ambiente, e a melhor prática.	1 (0,9%)	1 (0,9%)	6 (5,5%)	102 (92,7%)
MQ3. Avaliar os efeitos de mudanças na prática utilizando métodos e medidas de melhoria da qualidade.	0 (0,0%)	4 (3,6%)	13 (11,8%)	93 (84,5%)
S1. Demonstrar uso efetivo de estratégias para reduzir risco de dano a si próprio ou outros.	0 (0,0%)	4 (3,6%)	7 (6,4%)	99 (90,0%)
S2. Comunicar observações ou preocupações relacionadas a riscos ou erros no ambiente de cuidado.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (2,7%)	107 (97,3%)
S3. Utilizar sistemas organizacionais para reportar quase-erro e erro.	2 (1,8%)	5 (4,5%)	18 (16,4%)	85 (77,3%)
I1. Utilizar ferramentas de gerenciamento de informação e tecnologia para apoiar processos seguros de cuidado.	2 (1,8%)	3 (2,7%)	16 (14,5%)	89 (80,9%)
I2. Documentar e planejar o cuidado ao paciente num prontuário eletrônico de saúde.	1 (0,9%)	3 (2,7%)	13 (11,8%)	93 (84,5%)
I3. Usar tecnologias de comunicação para coordenar o cuidado aos pacientes.	1 (0,9%)	3 (2,7%)	20 (18,2%)	86 (78,2%)
I4. Utilizar fontes eletrônicas de alta qualidade de informações de saúde.	2 (1,8%)	6 (5,5%)	18 (16,4%)	84 (76,4%)

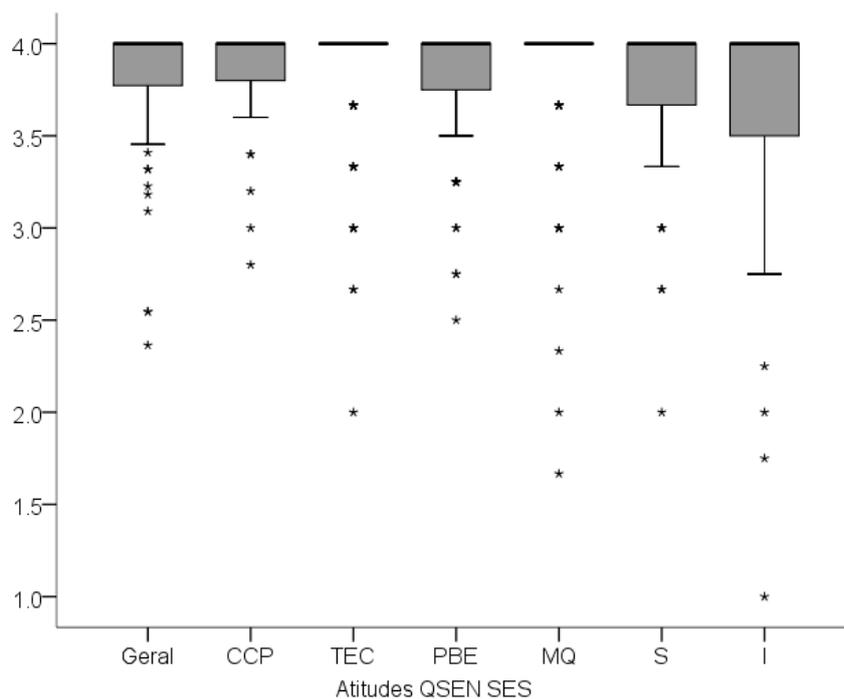
CCP: Cuidado centrado no paciente; TEC: Trabalho em equipe e colaboração; PBE: Prática baseada em evidência; MQ: Melhoria da qualidade; S: Segurança; I: Informática.

A avaliação das medidas de atitudes referidas pelos estudantes no geral, e para cada competência, evidenciou média de atitudes próxima a 4,0, indicando que os estudantes percebem como muito importantes as competências de qualidade e segurança do paciente (Tabela 7; Figura 4).

Tabela 7 - Descrição das medidas de atitudes relacionadas à qualidade e segurança do paciente, no geral e por competências - Brasil - 2018

	Média	DP	Mediana	1ºQ	3º Q	Mín	Máx
Geral	3,84	0,31	4,00	3,77	4,00	2,36	4,00
Cuidado centrado no paciente	3,89	0,21	4,00	3,80	4,00	2,80	4,00
Trabalho em equipe e colaboração	3,85	0,35	4,00	4,00	4,00	2,00	4,00
Prática baseada em evidência	3,86	0,30	4,00	3,75	4,00	2,50	4,00
Melhoria da qualidade	3,83	0,42	4,00	4,00	4,00	1,67	4,00
Segurança	3,84	0,34	4,00	3,67	4,00	2,00	4,00
Informática	3,74	0,51	4,00	3,50	4,00	1,00	4,00

DP: Desvio padrão; 1º Q: 1º quartil; 3º Q: 3º quartil; Mín: Mínimo; Máx: Máximo.

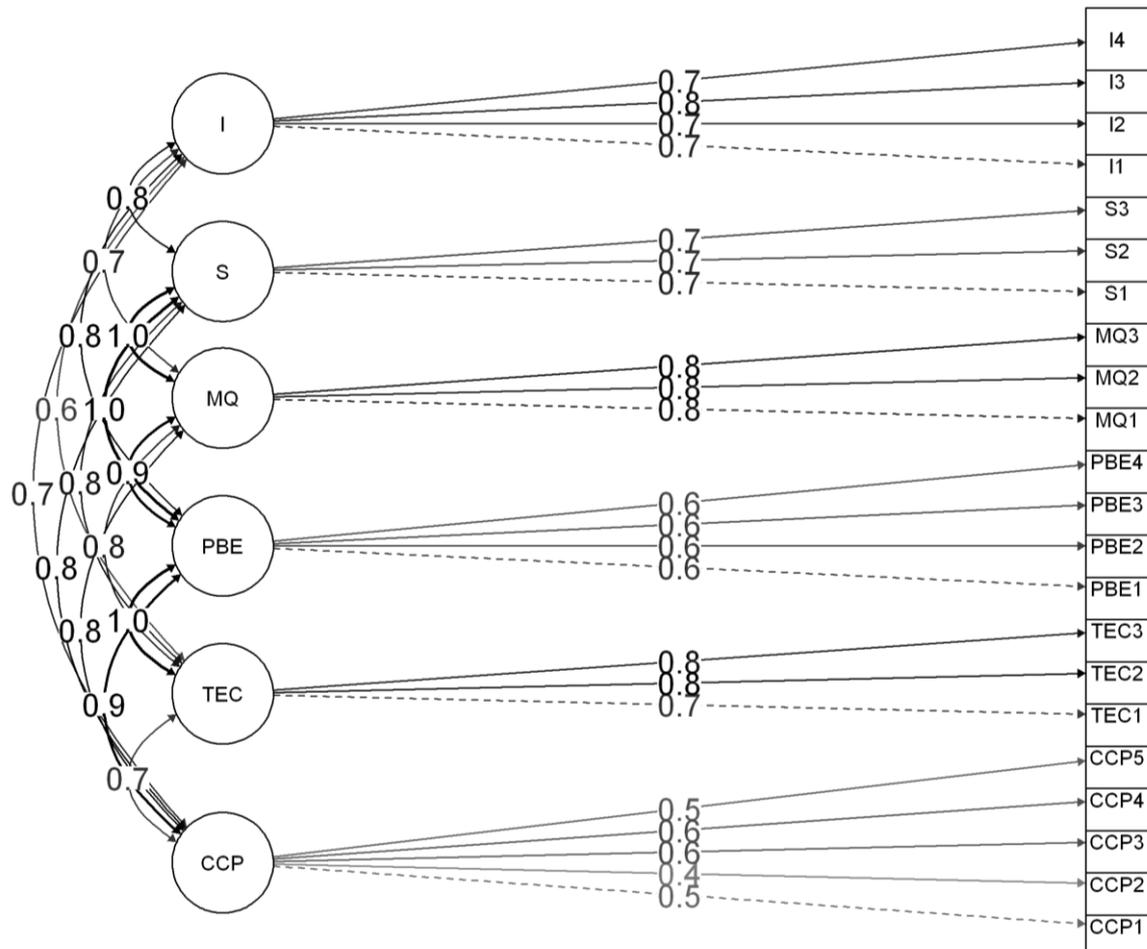


CCP: Cuidado centrado no paciente; TEC: Trabalho em equipe e colaboração; PBE: Prática baseada em evidência; MQ: Melhoria da qualidade; S: Segurança; I: Informática.

Figura 4: Descrição das medidas de atitudes relacionadas à qualidade e segurança do paciente, no geral e por competências. Brasil, 2018.

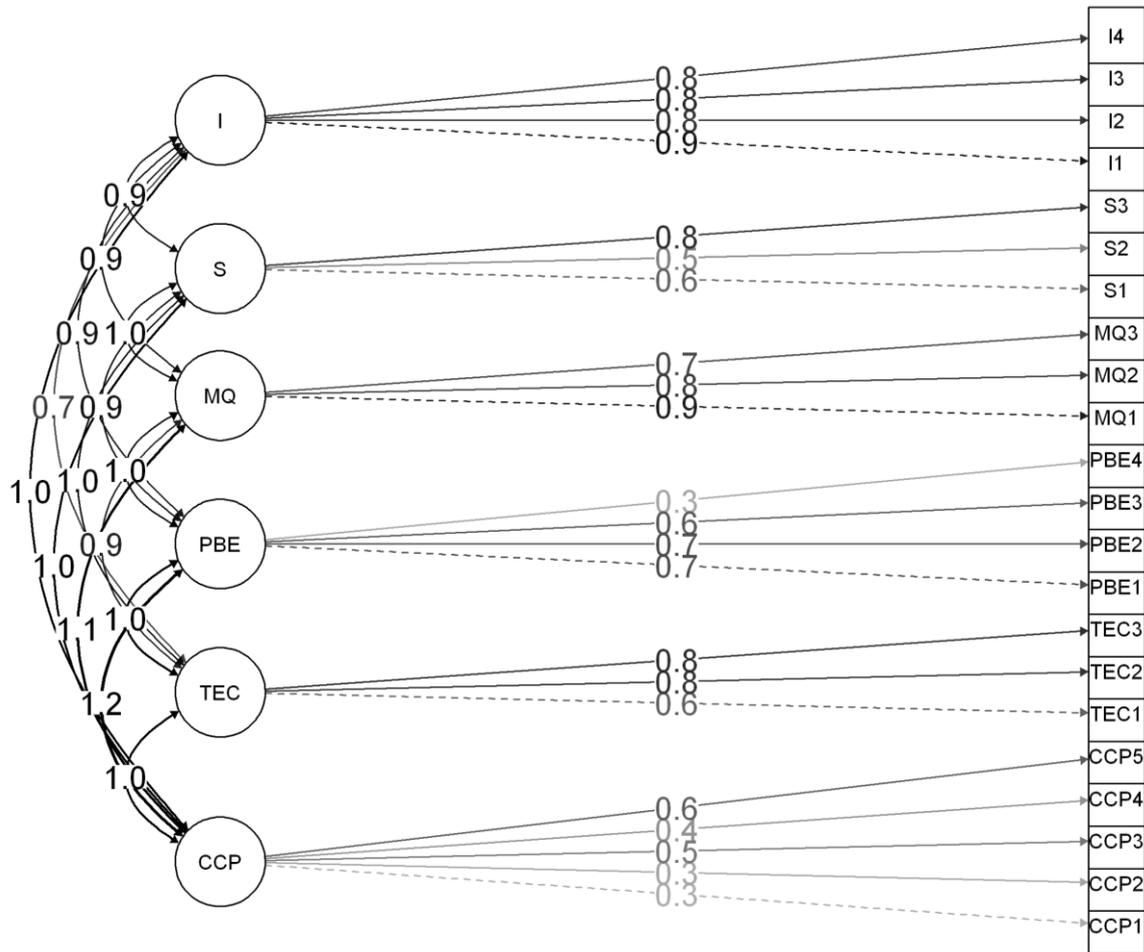
5.2.5 Avaliação da validade do construto estrutural das escalas Habilidades e Atitudes do QSEN SES Br

As figuras 5 e 6 apresentam os resultados da análise fatorial confirmatória para avaliação da validade de construto das escalas Habilidades e Atitudes do QSEN SES Br. O modelo testado foi o proposto pelos autores da versão original do instrumento, e incluiu uma estrutura hexafatorial contendo os construtos, indicados pelos círculos: Cuidado centrado no paciente (fator 1, com 5 itens, indicados por retângulos), Trabalho em equipe e colaboração (fator 2, com 3 itens), Prática baseada em evidências (fator 3, com 4 itens), Melhoria da qualidade (fator 4, com 3 itens), Segurança (fator 5, com 3 itens) e Informática (fator 6, com 4 itens).



CCP: Cuidado centrado no paciente; TEC: Trabalho em equipe e colaboração; PBE: Prática baseada em evidência; MQ: Melhoria da qualidade; S: Segurança; I: Informática.

Figura 5: Estrutura de competências proposta para a escala Habilidades do QSEN SES Br. Brasil, 2018.



CCP: Cuidado centrado no paciente; TEC: Trabalho em equipe e colaboração; PBE: Prática baseada em evidência; MQ: Melhoria da qualidade; S: Segurança; I: Informática.

Figura 6: Estrutura de competências proposta para a escala Atitudes do QSEN SES Br. Brasil, 2018.

Para o modelo de Habilidades, apresentado na Figura 5, verifica-se que apenas um item possui carga fatorial padronizada menor que 0,5: “Avaliar a presença e a extensão da dor e do sofrimento” (0,43), referente ao construto Cuidado centrado no paciente.

O valor que Qui-Quadrado para esse modelo foi 352,43, com 194 graus de liberdade, e uma razão de 1,817, considerada excelente. O SRMR também apresenta valor indicativo de ajuste bom (0,075). No entanto, as medidas de CFI (0,868) e RMSEA (0,084) indicam qualidade de ajuste insuficiente.

Para o modelo de Atitudes, apresentado na Figura 6, o resultado mostra que cinco itens apresentaram carga fatorial inferior a 0,5, sendo candidatos potenciais a deixar o modelo:

- “Identificar valores, preferências e necessidades expressas de pacientes, como parte da avaliação clínica” (0,32), construto Cuidado centrado no paciente;
- “Avaliar a presença e a extensão da dor e do sofrimento” (0,35), construto Cuidado centrado no paciente;
- “Facilitar o consentimento informado do paciente para o cuidado” (0,42), construto Cuidado centrado no paciente;
- “Questionar a lógica das abordagens de rotina para o cuidado que resultam em desfechos inferiores aos desejados ou eventos adversos” (0,34), construto Prática baseada em evidências.
- “Comunicar observações ou preocupações relacionadas a riscos ou erros no ambiente de cuidado” (0,48) construto Segurança.

As medidas de qualidade de ajuste do modelo de Atitudes indicam ajuste insatisfatório à estrutura de seis construtos (Tabela 8).

Tabela 8 - Medidas de qualidade de ajuste para os modelos de Habilidades e Atitudes do QSEN SES Br - Brasil - 2018

Medidas de ajuste	Habilidades (n=118)	Atitudes (n=110)
Qui-Quadrado	352,46	981,02
graus de liberdade (gl)	194	194
valor-p	<0,001	<0,001
Razão (Qui-quadrado/gl)	1,817	5,057
SRMR	0,075	0,112
RMSEA	0,084	0,193
CFI	0,868	0,608

5.2.6 Avaliação da confiabilidade do QSEN SES Br

Para a avaliação da confiabilidade foi verificada a consistência interna geral das escalas Habilidades e Atitudes e de cada um dos seis construtos que as

compõem. O coeficiente alpha de Cronbach foi calculado e, assumiu valores entre 0,70 e 0,94 para Habilidades (Tabela 9) e entre 0,86 e 0,97 para Atitudes (Tabela 10). Segundo DeVellis (2012), valores entre 0,7 e 0,9 são respeitáveis, e indicam que os construtos possuem boa consistência interna.

Tabela 9 - Medidas de consistência interna dos itens da escala Habilidades do QSEN SES Br - Brasil - 2018

	Número de itens	Alpha de Cronbach (IC 95%)
Geral	22	0,94 (0,92; 0,96)
Cuidado centrado no paciente	5	0,70 (0,61; 0,78)
Trabalho em equipe e colaboração	3	0,86 (0,81; 0,90)
Prática baseada em evidência	4	0,77 (0,70; 0,84)
Melhoria da qualidade	3	0,89 (0,85; 0,92)
Segurança	3	0,79 (0,71; 0,85)
Informática	4	0,87 (0,83; 0,91)

IC: Intervalo de confiança

Tabela 10 - Medidas de consistência interna dos itens da escala Atitudes do QSEN SES Br - Brasil - 2018

	Número de itens	Alpha de Cronbach (IC 95%)
Geral	22	0,97 (0,97; 0,98)
Cuidado centrado no paciente	5	0,86 (0,82; 0,90)
Trabalho em equipe e colaboração	3	0,90 (0,87; 0,93)
Prática baseada em evidência	4	0,87 (0,83; 0,91)
Melhoria da qualidade	3	0,90 (0,86; 0,93)
Segurança	3	0,88 (0,84; 0,92)
Informática	4	0,87 (0,83; 0,91)

IC: Intervalo de confiança

Diante dos resultados identificados neste estudo, a versão brasileira do QSEN SES é confiável, entretanto, sua validade estrutural não foi confirmada pela análise fatorial, devendo ser reavaliada em estudo com amostra maior.

5.2.7 Relação entre variáveis sociodemográficas de estudantes de graduação em Enfermagem e habilidades de qualidade e segurança do paciente.

A análise evidenciou associação entre a universidade e habilidades de qualidade e segurança do paciente, tanto no geral quanto para as competências, exceto “Cuidado centrado no paciente”. Os estudantes da Universidade A se sentem mais preparados (Tabela 11).

Tabela 11 - Relação entre habilidades de qualidade e segurança do paciente dos estudantes de graduação em Enfermagem e a universidade - Brasil - 2018

	Universidade	Universidade	Universidade	valor- p*
	(A)	(B)	(C)	
	Mediana (1ºQ; 3ºQ)	Mediana (1ºQ; 3ºQ)	Mediana (1ºQ; 3ºQ)	
Geral	2,27 (2,00; 2,50)	1,82 (1,41; 2,00)	1,95 (1,59; 2,36)	<0,005
Cuidado centrado no paciente	2,40 (2,00; 2,60)	2,00 (1,80; 2,40)	2,20 (1,80; 2,60)	0,063
Trabalho em equipe e colaboração	2,33 (1,67; 3,00)	1,67 (1,33; 2,00)	2,00 (1,67; 2,33)	0,012
Prática baseada em evidência	2,25 (2,00; 2,75)	1,75 (1,50; 2,00)	2,00 (1,50; 2,50)	0,001
Melhoria da qualidade	2,33 (1,67; 2,67)	1,83 (1,33; 2,00)	1,67 (1,33; 2,33)	0,002
Segurança	2,33 (2,00; 2,67)	1,33 (1,00; 2,33)	2,00 (1,67; 2,33)	0,002
Informática	2,25 (2,00; 2,50)	1,88 (1,00; 2,25)	1,75 (1,50; 2,25)	0,003
n	43	10	65	

*: Teste de Kruskal-Wallis; 1º Q: 1º quartil; 3º Q: 3º quartil

Os estudantes cursavam do 5º ao 10º período do curso de graduação em Enfermagem. Apesar da diferença da carga horária do curso cumprida e de exposição a conhecimentos gerais e específicos da profissão, a avaliação da relação entre habilidades e período do curso, não forneceu evidências de alterações

significantes ao longo dos períodos, tanto para o geral como para as competências separadamente (Tabela 12).

Tabela 12 - Relação entre habilidades de qualidade e segurança do paciente dos estudantes de graduação em Enfermagem e o período do curso - Brasil - 2018

	5º per	6º per	7º per	8º per	9º per	10º per	valor-p*
	Mediana (1ºQ; 3ºQ)						
Geral	2,05 (2,00; 2,34)	2,05 (1,41; 2,27)	1,86 (1,73; 2,05)	2,00 (1,68; 2,36)	2,00 (1,77; 2,36)	2,23 (1,68; 2,50)	0,701
CCP	2,20 (1,70; 2,60)	2,20 (1,80; 2,40)	2,20 (1,80; 2,40)	2,20 (2,00; 2,40)	2,20 (1,80; 2,60)	2,40 (1,80; 2,60)	0,921
TEC	2,33 (2,00; 2,67)	2,00 (1,67; 2,33)	1,83 (1,33; 2,00)	2,00 (1,67; 2,33)	2,33 (1,67; 2,33)	2,33 (1,83; 2,67)	0,372
PBE	2,25 (2,25; 2,38)	2,00 (1,50; 2,50)	1,75 (1,50; 2,25)	2,00 (1,75; 2,25)	2,00 (1,75; 2,75)	2,13 (1,75; 2,50)	0,406
MQ	1,67 (1,67; 2,33)	1,67 (1,33; 2,00)	2,00 (1,00; 2,33)	2,00 (1,67; 2,33)	1,67 (1,33; 2,00)	2,17 (1,33; 2,67)	0,744
S	2,33 (1,67; 2,67)	2,00 (1,67; 2,33)	1,83 (1,33; 2,00)	2,00 (1,67; 2,33)	2,00 (1,67; 2,33)	2,17 (1,50; 2,33)	0,884
I	2,13 (1,63; 2,50)	2,00 (1,25; 2,25)	1,50 (1,00; 2,00)	2,00 (1,50; 2,50)	2,00 (1,25; 2,50)	2,00 (1,75; 2,38)	0,370
n	4	17	14	26	13	20	

*: Teste de Kruskal-Wallis; 1º Q: 1º quartil; 3º Q: 3º quartil

CCP: Cuidado centrado no paciente; TEC: Trabalho em equipe e colaboração; PBE: Prática baseada em evidência; MQ: Melhoria da qualidade; S: Segurança; I: Informática.

A relação entre habilidades e sexo, apontou estimativas de habilidades maiores para as mulheres no geral e para todas as competências. Todavia, diferença significativa foi observada para a competência informática, que foi menor para os homens (Tabela 13).

Tabela 13 - Relação entre habilidades de qualidade e segurança do paciente dos estudantes de graduação em Enfermagem e o sexo - Brasil - 2018

	Feminino	Masculino	valor- p*
	Mediana (1ºQ; 3ºQ)	Mediana (1ºQ; 3ºQ)	
Geral	2,05 (1,73; 2,41)	1,73 (1,59; 1,95)	0,109
Cuidado centrado no paciente	2,20 (2,00; 2,60)	1,80 (1,60; 2,40)	0,102
Trabalho em equipe e colaboração	2,00 (1,67; 2,33)	1,67 (1,67; 2,33)	0,779
Prática baseada em evidência	2,00 (1,75; 2,50)	1,75 (1,50; 2,00)	0,140
Melhoria da qualidade	2,00 (1,33; 2,33)	1,67 (1,33; 2,33)	0,589
Segurança	2,00 (1,67; 2,33)	1,67 (1,33; 2,00)	0,247
Informática	2,00 (1,50; 2,50)	1,50 (1,00; 2,00)	0,029
n	83	11	

*: Teste de Mann-Whitney; 1º Q: 1º quartil; 3º Q: 3º quartil

Para verificar a relação entre habilidades de qualidade e segurança e idade, duas faixas etárias foram utilizadas: até 29 anos e 30 anos ou mais. Não foram encontradas evidências de diferenças entre as faixas etárias (Tabela 14).

Tabela 14 - Relação entre habilidades de qualidade e segurança do paciente dos estudantes de graduação em Enfermagem e a idade - Brasil - 2018

	Até 29 anos	30 anos ou mais	valor- p*
	Mediana (1ºQ; 3ºQ)	Mediana (1ºQ; 3ºQ)	
Geral	2,05 (1,73; 2,36)	2,00 (1,68; 2,36)	0,913
Cuidado centrado no paciente	2,20 (1,80; 2,40)	2,00 (1,60; 2,60)	0,702
Trabalho em equipe e colaboração	2,00 (1,67; 2,33)	2,00 (2,00; 2,33)	0,694
Prática baseada em evidência	2,00 (1,75; 2,50)	2,00 (1,75; 2,25)	0,872
Melhoria da qualidade	2,00 (1,33; 2,33)	2,00 (1,67; 2,00)	0,925
Segurança	2,00 (1,67; 2,33)	2,00 (1,67; 2,33)	0,973
Informática	2,00 (1,50; 2,25)	2,00 (1,75; 2,00)	0,899
n	89	5	

*: Teste de Mann-Whitney; 1º Q: 1º quartil; 3º Q: 3º quartil

Não foi verificada relação entre habilidades e experiência de cuidado a pacientes (Tabela 15).

Tabela 15 - Relação entre habilidades de qualidade e segurança do paciente dos estudantes de graduação em Enfermagem e a experiência prévia de cuidado a pacientes - Brasil - 2018

	Não possui experiência	Possui experiência	valor- p*
	Mediana (1ºQ; 3ºQ)	Mediana (1ºQ; 3ºQ)	
Geral	2,05 (1,73; 2,41)	2,11 (1,73; 2,50)	0,529
Cuidado centrado no paciente	2,20 (1,80; 2,40)	2,20 (1,80; 2,60)	0,906
Trabalho em equipe e colaboração	2,00 (1,67; 2,33)	2,17 (2,00; 2,67)	0,171
Prática baseada em evidência	2,00 (1,75; 2,50)	2,13 (1,75; 2,50)	0,964
Melhoria da qualidade	2,00 (1,50; 2,33)	2,00 (1,67; 2,67)	0,727
Segurança	2,00 (1,67; 2,33)	2,00 (1,67; 2,33)	0,597
Informática	2,00 (1,50; 2,50)	2,00 (2,00; 2,25)	0,538
n	96	22	

*: Teste de Mann-Whitney; 1º Q: 1º quartil; 3º Q: 3º quartil

5.2.8 Relação entre variáveis sociodemográficas de estudantes de graduação em Enfermagem e atitudes de qualidade e segurança do paciente.

Não foram observadas evidências de associação entre atitudes e universidade, período do curso, sexo, idade ou experiência prévia de cuidado a pacientes, no geral e para as diferentes competências (Tabelas 16 a 20).

Tabela 16 - Relação entre atitudes de qualidade e segurança do paciente dos estudantes de graduação em Enfermagem e a universidade - Brasil - 2018

	Universidade (A)	Universidade (B)	Universidade (C)	valor- p*
	Mediana (1ºQ; 3ºQ)	Mediana (1ºQ; 3ºQ)	Mediana (1ºQ; 3ºQ)	
Geral	2,98 (2,77; 3,00)	3,00 (3,00; 3,00)	2,95 (2,77; 3,00)	0,156
Cuidado centrado no paciente	3,00 (2,80; 3,00)	3,00 (3,00; 3,00)	3,00 (2,80; 3,00)	0,085
Trabalho em equipe e colaboração	3,00 (2,67; 3,00)	3,00 (3,00; 3,00)	3,00 (3,00; 3,00)	0,380
Prática baseada em evidência	3,00 (2,75; 3,00)	3,00 (3,00; 3,00)	3,00 (2,75; 3,00)	0,468
Melhoria da qualidade	3,00 (3,00; 3,00)	3,00 (3,00; 3,00)	3,00 (3,00; 3,00)	0,705
Segurança	3,00 (3,00; 3,00)	3,00 (3,00; 3,00)	3,00 (2,67; 3,00)	0,500
Informática	3,00 (2,75; 3,00)	3,00 (3,00; 3,00)	3,00 (2,50; 3,00)	0,420
n	42	9	59	

*: Teste de Mann-Whitney; 1º Q: 1º quartil; 3º Q: 3º quartil

Tabela 17 - Relação entre atitudes de qualidade e segurança do paciente dos estudantes de graduação em Enfermagem e o período do curso - Brasil - 2018

	5º per	6º per	7º per	8º per	9º per	10º per	valor- p*
	Mediana (1ºQ; 3ºQ)						
Geral	2,98 (2,95; 3,00)	3,00 (3,00; 3,00)	2,91 (2,73; 3,00)	3,00 (2,77; 3,00)	2,95 (2,91; 3,00)	2,95 (2,57; 3,00)	0,254
CCP	3,00 (2,90; 3,00)	3,00 (3,00; 3,00)	3,00 (2,60; 3,00)	3,00 (2,80; 3,00)	3,00 (2,80; 3,00)	2,90 (2,80; 3,00)	0,339
TEC	3,00 (3,00; 3,00)	3,00 (2,67; 3,00)	0,641				
PBE	3,00 (3,00; 3,00)	3,00 (3,00; 3,00)	3,00 (2,75; 3,00)	3,00 (2,75; 3,00)	3,00 (3,00; 3,00)	3,00 (2,63; 3,00)	0,104

(continua)

	5º per	6º per	7º per	8º per	9º per	10º per	valor- p*
	Mediana (1ºQ; 3ºQ)						
<i>(continuação)</i>							
MQ	3,00 (3,00; 3,00)	3,00 (3,00; 3,00)	3,00 (2,67; 3,00)	3,00 (3,00; 3,00)	3,00 (3,00; 3,00)	3,00 (2,50; 3,00)	0,140
S	3,00 (2,83; 3,00)	3,00 (3,00; 3,00)	3,00 (2,67; 3,00)	3,00 (3,00; 3,00)	3,00 (2,67; 3,00)	3,00 (2,50; 3,00)	0,238
I	3,00 (3,00; 3,00)	3,00 (3,00; 3,00)	3,00 (2,25; 3,00)	3,00 (2,50; 3,00)	3,00 (3,00; 3,00)	3,00 (2,50; 3,00)	0,278
n	4	16	13	23	11	20	

*: Teste de Kruskal-Wallis; 1º Q: 1º quartil; 3º Q: 3º quartil

CCP: Cuidado centrado no paciente; TEC: Trabalho em equipe e colaboração; PBE: Prática baseada em evidência; MQ: Melhoria da qualidade; S: Segurança; I: Informática.

Tabela 18 - Relação entre atitudes de qualidade e segurança do paciente dos estudantes de graduação em Enfermagem e o sexo - Brasil - 2018

	Feminino	Masculino	valor- p*
	Mediana (1ºQ; 3ºQ)	Mediana (1ºQ; 3ºQ)	
Geral	3,00 (2,82; 3,00)	2,93 (2,32; 3,00)	0,357
Cuidado centrado no paciente	3,00 (2,80; 3,00)	3,00 (2,60; 3,00)	0,829
Trabalho em equipe e colaboração	3,00 (3,00; 3,00)	3,00 (2,33; 3,00)	0,225
Prática baseada em evidência	3,00 (3,00; 3,00)	2,88 (2,75; 3,00)	0,078
Melhoria da qualidade	3,00 (3,00; 3,00)	3,00 (2,00; 3,00)	0,343
Segurança	3,00 (3,00; 3,00)	3,00 (2,67; 3,00)	0,256
Informática	3,00 (2,75; 3,00)	2,75 (2,25; 3,00)	0,121
n	77	10	

*: Teste de Mann-Whitney; 1º Q: 1º quartil; 3º Q: 3º quartil

Tabela 19 - Relação entre atitudes de qualidade e segurança do paciente dos estudantes de graduação em Enfermagem e a idade - Brasil - 2018

	Até 29 anos	30 anos ou mais	valor- p*
	Mediana (1ºQ; 3ºQ)	Mediana (1ºQ; 3ºQ)	
Geral	3,00 (2,77; 3,00)	2,95 (2,91; 3,00)	0,758
Cuidado centrado no paciente	3,00 (2,80; 3,00)	3,00 (2,80; 3,00)	0,939
Trabalho em equipe e colaboração	3,00 (3,00; 3,00)	3,00 (3,00; 3,00)	0,299
Prática baseada em evidência	3,00 (2,75; 3,00)	3,00 (3,00; 3,00)	0,832
Melhoria da qualidade	3,00 (3,00; 3,00)	3,00 (3,00; 3,00)	0,990
Segurança	3,00 (2,67; 3,00)	3,00 (2,67; 3,00)	0,486
Informática	3,00 (2,50; 3,00)	3,00 (2,75; 3,00)	0,832
n	82	5	

*: Teste de Mann-Whitney; 1º Q: 1º quartil; 3º Q: 3º quartil

Tabela 20 - Relação entre atitudes de qualidade e segurança do paciente dos estudantes de graduação em Enfermagem e a experiência prévia de cuidado a pacientes - Brasil - 2018

	Não possui experiência	Possui experiência	valor- p*
	Mediana (1ºQ; 3ºQ)	Mediana (1ºQ; 3ºQ)	
Geral	3,00 (2,77; 3,00)	2,95 (2,64; 3,00)	0,406
Cuidado centrado no paciente	3,00 (2,80; 3,00)	3,00 (2,80; 3,00)	0,357
Trabalho em equipe e colaboração	3,00 (3,00; 3,00)	3,00 (2,67; 3,00)	0,097
Prática baseada em evidência	3,00 (2,75; 3,00)	3,00 (2,75; 3,00)	0,690
Melhoria da qualidade	3,00 (3,00; 3,00)	3,00 (2,67; 3,00)	0,526
Segurança	3,00 (3,00; 3,00)	3,00 (2,67; 3,00)	0,440
Informática	3,00 (2,75; 3,00)	3,00 (2,25; 3,00)	0,277
n	91	19	

*: Teste de Mann-Whitney; 1º Q: 1º quartil; 3º Q: 3º quartil

Discussão

6. DISCUSSÃO

Compreender o nível de conhecimento, habilidades e atitudes de segurança do paciente dos estudantes de enfermagem é relevante, em um momento em que a competência em segurança do paciente está se tornando uma competência essencial para estudantes de enfermagem em todo o mundo (PARK; KIN, 2018).

Nessa perspectiva, o presente estudo realizou a adaptação transcultural do QSEN SES para uso no Brasil, analisou sua validade de conteúdo, validade de construto e confiabilidade, por meio da análise de comitê de especialistas, análise fatorial confirmatória, e consistência interna, fazendo assim a validação cultural do instrumento, disponibilizando uma ferramenta de avaliação do ensino de Enfermagem no país, com foco nas competências de qualidade e segurança do paciente.

A adaptação transcultural de um instrumento já existente tem sido cada vez mais recomendada por pesquisadores, já que, ao adaptar um instrumento, avalia-se o construto a partir de uma mesma perspectiva teórica e metodológica, permitindo comparações, generalizações e o fortalecimento do fenômeno estudado (HAMBLETON, 2001).

A qualidade da adaptação transcultural e validação de instrumentos é fundamental para que os resultados obtidos de sua aplicação indiquem as reais diferenças e similaridades entre as culturas envolvidas, e não sejam provenientes de erros na tradução (MANEESRIWONGUL; DIXON, 2004).

O processo de adaptação transcultural do QSEN SES seguiu as recomendações de Beaton *et al.* (2000). A validade de conteúdo foi avaliada por um comitê de sete especialistas, e demonstrou a equivalência semântica, conceitual, idiomática e contextual entre o instrumento original e o adaptado para uso no Brasil, com índice de validade considerado satisfatório e excelente coeficiente de concordância.

O pré-teste do instrumento, que buscou verificar a compreensibilidade e tempo de preenchimento, evidenciou uma boa aceitação pelos estudantes, considerando que 80% responderam a, no mínimo, 75% dos itens do instrumento. As versões retrotraduzida e brasileira do instrumento foram aprovadas pela autora do instrumento original, Dr^a. Linda Cronenwett.

A análise das propriedades psicométricas do QSEN SES Br mostrou que o instrumento é confiável (escala Habilidades: $0,70 \geq \alpha \leq 0,94$; escala Atitudes: $0,86 \geq \alpha \leq 0,97$). A confiabilidade do instrumento QSEN SES também foi verificada nos estudos de Mennenga, Tschetter e Sanjaya (2015) e Peterson-Graziosa e Bryer (2017), nos quais o alpha de Cronbach assumiu valores superiores a 0,9.

A validade de construto estrutural das escalas Habilidades e Atitudes não foi confirmada pela análise fatorial, devendo ser reavaliada em estudo com amostra maior. Quando comparadas entre si, a escala Atitudes do QSEN SES Br apresentou índices de qualidade do ajuste inferiores, bem como mais itens com baixa carga fatorial (1 item na escala Habilidades; 5 itens na escala Atitudes), indicando que os itens não representam adequadamente o fator.

Conforme citado anteriormente, o estudo original, que culminou na construção do QSEN SES, não realizou análise psicométrica do instrumento, enquanto estudos posteriores que o utilizaram, verificaram apenas a sua confiabilidade (MENNENGA; TSCHETTER; SANJAYA, 2015; PETERSON-GRAZIOSE; BRYER, 2017).

Park e Kin (2018) realizaram a adaptação transcultural para o coreano e validação do instrumento *Patient Safety Attitudes, Skills and Knowledge Scale* (PS-ASK), elaborado por Schnall e colaboradores (2008) e utilizado para avaliação de conhecimentos, habilidades e atitudes relacionadas à segurança do paciente. Na versão final do instrumento em coreano, a escala Atitudes foi eliminada, uma vez que a correlação total dos itens foi baixa, assim como o nível de confiabilidade, medido pelo alpha de Cronbach.

Um dos fatores que pode estar relacionado ao desafio de avaliar atitudes, trata da dificuldade de sua definição. Revisão de literatura conduzida por Altmann (2008) apontou que 'atitude' é um conceito vagamente definido na literatura. A análise conceitual realizada pelo autor estabeleceu como atributos críticos de uma atitude: ter componente cognitivo, afetivo e comportamental; ser bipolar (positivo ou negativo, favorável ou desfavorável); e ser uma resposta a um estímulo (ALTMANN, 2008).

Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) definem atitude como uma predisposição adquirida e duradoura para agir sempre do mesmo modo diante de

uma determinada classe de objetos, a partir da maneira como são concebidos (DECS, 2019).

Alguns autores sugerem que não é possível medir diretamente uma atitude (DAWSON, 1992; HENERSON; MORRIS; FITZ-GIBBON, 1987). Uma atitude pode estar além do reconhecimento consciente do indivíduo ou ele pode escolher não revelá-lo (em parte, integralmente ou honestamente) (ALTMANN, 2008).

Para Altmann (2008) se não é possível medir diretamente uma atitude, pode ser mais apropriado correlacionar os resultados da medição de diferentes combinações dos atributos críticos. Segundo Rodrigues e Souza (2018), em virtude da complexidade desse tema, o uso exclusivo de componentes quantitativos, muitas vezes, pode não ser suficiente para acessar aspectos subjetivos que envolvem as atitudes. Pesquisa de métodos mistos podem apoiar com mais precisão as inferências feitas em relação a uma atitude.

Ressalta-se que este é o primeiro estudo a realizar a validação de construto estrutural do QSEN SES, logo, não foi possível compará-la a outros contextos em que o instrumento tenha sido aplicado.

A aplicação do QSEN SES Br a estudantes de graduação em Enfermagem de universidades públicas federais brasileiras evidenciou aspectos importantes, discutidos a seguir.

Dos 130 respondentes, a maioria era do sexo feminino, na faixa etária entre 20 e 29 anos e sem experiência prévia de cuidado a pacientes. Essa predominância do sexo feminino é observada historicamente no âmbito da formação e da profissão (AMORIM, 2009).

No que se refere aos conteúdos relacionados à qualidade e segurança do paciente, no presente estudo, os mesmos foram abordados, em sua maioria, em salas de aula e experiências clínicas, em detrimento de atividades do curso, leituras, laboratórios e simulações. Esse fato foi igualmente percebido por Sullivan, Hirst e Cronenwett, em 2009, quando da aplicação do QSEN SES a 575 estudantes, de 17 escolas de Enfermagem dos EUA e por Peterson-Graziosa e Bryer, em 2017, na avaliação de 73 estudantes deste mesmo país (PETERSON-GRAZIOSE; BRYER, 2017; SULLIVAN; HIRST; CRONENWETT, 2009).

Esses resultados indicam o uso de metodologias tradicionais de ensino, que contrariam as atuais recomendações, dentre elas as contidas nas teorias de

aprendizagem de adultos e nas DCN/ENF (MEC, 2001; KNOWLES; HOLTON; SWANSON, 2009).

As DCN/ENF, do ano 2001, apontam para o uso de metodologias ativas, ao determinar que a estrutura dos cursos de graduação em Enfermagem assegure a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o estudante a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender (MEC, 2001).

A Resolução CNS nº 573/2018, que traz recomendações para a nova DCN/ENF, ainda não publicada, reafirma e fortalece esse princípio, ao acrescentar que as metodologias de ensino deverão ser ativas e direcionadas à formação de enfermeiros proativos, críticos, numa perspectiva plural e de respeito às dimensões das diversidades subjetivas, considerando o contexto histórico-social, político, jurídico, cultural e ético (MS, 2018). Esta resolução indica ainda a adoção de abordagens inovadoras e conectadas com a realidade, que estimulem a aprendizagem significativa (MS, 2018).

A aprendizagem significativa pressupõe a participação ativa dos estudantes no processo de ensino, favorecendo a construção e reconstrução de saberes (AUSUBEL, 2003), e converge com os princípios da andragogia, ciência da aprendizagem de adultos (KNOWLES; HOLTON; SWANSON, 2009).

Em pesquisa qualitativa sobre o ensino de segurança do paciente em Enfermagem, realizada no ano de 2011, estudantes expressaram considerável insatisfação com a abordagem dos problemas de segurança do paciente em sala de aula. A percepção dos estudantes é que os docentes utilizavam a maior parte das horas de aula ensinando a fisiopatologia das doenças, prognóstico e tratamento e, como consequência, não havia tempo suficiente para discutir cuidados de Enfermagem e questões de segurança do paciente (VAISMORADI; SALSALI; MARCK, 2011).

Ainda sobre a pesquisa de Vaismoradi, Salsali e Marck (2011), os estudantes relataram que os docentes apenas ensinavam sobre os princípios básicos da segurança do paciente, como manter as grades da cama elevadas, evitando quedas de pacientes, ou mudar as posições dos pacientes no leito, evitando lesões por pressão. Criticamente, eles não perceberam a sua atual formação em Enfermagem como capacitando-os a prestar cuidados seguros na prática (VAISMORADI; SALSALI; MARCK, 2011).

Romper com a metodologia tradicional de ensino e o padrão de aulas centradas no conhecimento do docente demanda vontade, capacitação pedagógica, e mudança de paradigmas sobre ensino, aprendizagem e o papel do docente em sala de aula (FREITAS; CUNHA; BATISTA, 2016).

A simulação realística é um recurso aliado para o ensino de competências de qualidade e segurança do paciente, permitindo o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades psicomotoras e do pensamento crítico, além da experiência de componentes emocionais, espirituais e éticos na prestação de cuidados para pacientes e famílias (TEIXEIRA *et al.*, 2015).

A educação em Enfermagem há muito tempo utiliza de simuladores para ensinar princípios e habilidades técnicas de cuidados de Enfermagem (DURHAM; ALDEN, 2008). Os simuladores, caracterizados pelo grau de fidelidade, podem ser de baixa fidelidade, exemplificada por manequins estáticos; média fidelidade, permitindo alguma proximidade com a realidade, como simuladores com sons respiratórios e cardíacos; e alta fidelidade, cujos manequins representam o corpo humano, com semelhanças na aparência, sentimentos e respostas aos cuidados. O objetivo final da simulação de alta fidelidade é expor os estudantes de Enfermagem a situações semelhantes àquelas encontradas na prática (DURHAM; ALDEN, 2008; MARTINS *et al.*, 2012).

Na maior parte das instituições de ensino brasileiras, salvo algumas exceções, a simulação tem sido apoiada por simuladores de baixa fidelidade, em razão da gestão acadêmica ineficiente, escassez de recursos financeiros das escolas para investimento e número reduzido de docentes qualificados para desenhar e conduzir as experiências (MARTINS *et al.*, 2012).

Devido ao investimento de dinheiro e tempo do corpo docente associado à simulação do paciente, é imperativo que os gestores e educadores vejam o valor do ensino com simulação. À medida que os docentes se tornarem mais conscientes das vantagens de educar os estudantes com simulação de pacientes, sua utilização em programas educacionais deverá aumentar (DURHAM; ALDEN, 2008).

Cant e Cooper (2017) conduziram uma revisão sistemática de evidências quantitativas relacionadas à simulação de média e alta fidelidade em comparação com os métodos de ensino tradicionais. Nos estudos analisados, a simulação foi considerada superior em seu efeito sobre o conhecimento em comparação com a aula tradicional usada sozinha. Outros estudos corroboram com esse achado

(BLAND; TOBBELL, 2016; GUINEA *et al.*, 2018; NIEMEYER, 2018; SHEARER, 2013).

Em um estudo de caso de Gantt e Webb-Corbett (2010), os comportamentos de segurança do paciente melhoraram com o uso da simulação como uma intervenção educacional após dois semestres. Para Strouse (2010), enfermeiros preparados por meio de simulação reduzem as chances de que um erro ocorra.

Tratando especificamente das competências QSEN avaliadas, estas são inerentes à maioria das atividades de aprendizagem baseadas em simulação de alta fidelidade (ALDEN; DURHAM, 2017). Para Lee, Jang e Park (2016), a competência Segurança não pode ser adquirida facilmente somente por meio de palestras e aulas expositivas. É importante desenvolver e aplicar uma variedade de métodos de ensino, como experiências de acompanhamento de enfermeiros, discussões em pequenos grupos, análise de vídeos, oficinas de comunicação experiencial e simulação, para promover efetivamente a competência.

A simulação realística também tem sido usada como uma estratégia para melhorar a dinâmica de grupo no treinamento da competência Trabalho em equipe e colaboração. A simulação pode incluir métodos diferentes para reproduzir possíveis situações clínicas e colaborar para obter essa competência (KNEEBONE; WELDON; BELLO, 2016).

A competência Informática é beneficiada pelo uso da simulação, uma vez que ela permite integrar tecnologias como telemedicina e prontuários eletrônicos de saúde à experiência de aprendizado (STARKWEATHER *et al.*, 2017).

Organizações internacionais como *Institute of Medicine*, *The Joint Commission*, *Institute of Healthcare Improvement*, e *Agency for Healthcare Research and Quality* reconhecem e recomendam o uso de simulação para melhorar a qualidade e a segurança do paciente.

Escolas de Enfermagem que se preocupam com a qualidade do ensino, com a satisfação de seus estudantes e que almejam elevado desempenho técnico, científico e humano de seus graduandos, devem investir no ensino prático simulado, em contexto laboratorial, de elevada qualidade, com embasamento científico, ético e respaldo legal. Este ensino deve ser prévio à inserção do estudante na prática clínica, garantindo o desenvolvimento das competências necessárias à minimização do erro, quando em contexto real (MARTINS *et al.*, 2012).

Em relação aos conteúdos abordados, de acordo com as seis competências de qualidade e segurança do paciente para a Enfermagem (1. Cuidados centrados no paciente; 2. Prática baseada em evidências; 3. Trabalho em equipe e colaboração; 4. Melhoria da qualidade; 5. Segurança; 6. Informática), evidenciou-se que os tópicos relacionados à competência Cuidado centrado no paciente foram os mais abordados, seguidos de Prática baseada em evidências, Trabalho em equipe e colaboração e Informática. Com menor frequência estão os conteúdos relacionados à Melhoria da qualidade e Segurança. Em consonância com esse achado estão aqueles da análise das habilidades e atitudes, onde os estudantes, no geral, referiram maior preparo e atribuíram maior importância para ações relacionadas a competência Cuidado centrado no paciente.

A competência Cuidado centrado no paciente sobressaiu-se também nos estudos de Sullivan, Hirst e Cronenwett (2009), Durham e Hofwegen (2014) e Peterson-Graziosa e Bryer (2017). Em estudo conduzido por Steven e colaboradores (2014), os estudantes mencionaram as formas como a segurança do paciente foi introduzida em toda a sua formação, ligando-a aos cuidados centrados no paciente. Segundo os estudantes, os docentes responsáveis pelas experiências clínicas expressavam uma visão holística da segurança do paciente focada no paciente e incorporada em todos os cuidados de Enfermagem (STEVEN *et al.*, 2014).

A história do cuidado centrado no paciente teve início nos anos 1960, durante a era norte-americana dos direitos civis e humanos. Esse conceito, às vezes usado como sinônimo de envolvimento do paciente ou participação do paciente, pode ser identificado em diversos documentos e iniciativas e substituiu o atual sistema centrado no médico, por um sistema organizado em torno do paciente, colocando os pacientes e seus familiares no centro de cada decisão (IOM, 2001; JCI, 2010; JOHNSON *et al.*, 2008; KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Na atualidade, o papel fundamental da Enfermagem no cuidado centrado no paciente, especialmente nos cenários de atenção primária à saúde, é enfatizado pelo Conselho Internacional de Enfermeiros e na iniciativa *Nursing Now* (ICN, 2019).

As características definidoras do cuidado centrado no paciente, no contexto do cuidado de Enfermagem, incluem a necessidade de estabelecer uma relação entre o paciente e o enfermeiro, a entrega de algum poder ou controle pelo enfermeiro ao paciente, o compartilhamento de informações e conhecimentos entre pacientes e enfermeiros e, finalmente, engajamento mútuo em atividades

intelectuais ou físicas. Os principais atributos desse modelo são: personalização, acesso, comprometimento e aliança terapêutica (HIGGINS; LARSON; SCHNALL, 2017).

O cuidado centrado no paciente beneficia os pacientes de várias maneiras. Quando os pacientes participam de seus cuidados, há evidências de maior satisfação, segurança e qualidade dos cuidados prestados (DYKES *et al.*, 2017; ETCHEGARAY *et al.*, 2014; SOUTHWICK; CRANLEY; HALLISY, 2015). Além disso, os pacientes se sentem humanizados e respeitados quando se envolvem em seus cuidados de Enfermagem, considerando o respeito como necessário para a participação ocorrer (TOBIANO *et al.*, 2018).

Um desafio fundamental para a participação efetiva do paciente são os comportamentos dos enfermeiros. A confiança dos pacientes em participar é diminuída quando os enfermeiros demonstram comportamentos que não apoiam a participação do paciente. Notavelmente, quando os enfermeiros parecem ocupados ou orientados para a tarefa, a participação do paciente é difícil de alcançar. A participação também é um desafio quando os enfermeiros não engajam verbalmente, fazendo com que os pacientes se sintam desinformados ou ignorados, ou quando os enfermeiros não mostram uma comunicação respeitosa com os pacientes; com a linguagem condescendente ou despersonalizada sendo barreiras (TOBIANO *et al.*, 2018).

Outra barreira para obter participação nos cuidados de saúde é ter muito pouco tempo para construir um relacionamento e, assim, compartilhar conhecimento (SCHANDL; FALK; FRANK, 2017).

Estudantes de Enfermagem e corpo docente estão expostos a variações na forma como os serviços de saúde implementam parcerias com pacientes e familiares, entretanto, ambos reconhecem que o cuidado centrado no paciente é fundamental em seus papéis profissionais (CRONENWETT *et al.*, 2007; SHERWOOD; DRENKARD, 2007). Devido a isso, espera-se que o corpo docente de escolas de Enfermagem esteja mais preparado para ensinar o cuidado centrado no paciente em comparação com as outras competências (EHRENBERG *et al.*, 2016).

A educação de enfermeiros para abordagens centradas no paciente durante os cuidados e o desenvolvimento de habilidades interpessoais são necessários para aumentar a participação do paciente. Os estudantes de Enfermagem devem ser ensinados no início de seu curso a se apresentarem de maneira profissional aos

pacientes, familiares e membros da equipe de saúde, bem como se sentirem à vontade com a comunicação relacional que respeita a identidade e a escolha de como desejam ser endereçados (LEBLANC; BURKE; HENNEMAN, 2016).

A experiência clínica tradicional dos estudantes, que envolve cuidar dos pacientes por curto período de tempo, deve ser redesenhada para permitir que os estudantes avaliem a complexidade do cuidado e a trajetória completa da doença. Os estudantes nem sempre têm oportunidades de testemunhar decisões compartilhadas e podem não visualizar maneiras de incorporar as preferências e os valores dos pacientes em planos individualizados de cuidado. Além de implementar a competência de cuidado centrado no paciente nos currículos de Enfermagem, as escolas devem permitir aos estudantes exposição mais sustentada à progressão dos cuidados que os pacientes recebem, permitindo o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes (SHERWOOD; DRENKARD, 2007).

A competência Prática baseada em evidência foi a segunda mais ensinada aos estudantes de graduação em Enfermagem deste estudo. Entretanto, embora os conteúdos tenham sido abordados e os estudantes reconheçam a importância, cerca de 22% deles referiram estar despreparados para as ações relacionadas a esta competência.

Destaca-se que uma das três ações para as quais os estudantes referiram menor preparo e, também, atribuíram a menor importância, trata de “Consultar especialistas clínicos antes de decidir desviar-se de protocolos baseados em evidência”, sendo esta ação relativa à competência Prática baseada em evidência. Estudos realizados por Sullivan, Hirst e Cronenwett (2009), e por Mennenga, Tschetter e Sanjaya (2015), em que resultados semelhantes foram encontrados, validam este achado.

A prática baseada em evidências envolve tomadas de decisões complexas e conscientes baseadas em evidências disponíveis e nas características, situações e preferências dos pacientes (STAVOR; ZEDRECK-GONZALEZ; HOFFMANN, 2017).

O primeiro conceito na literatura associado ao uso de evidências na prática de saúde foi denominado medicina baseada em evidências (SACKETT *et al.*, 1996). No entanto, uma vez que outras profissões adotaram para seu próprio uso, o conceito foi renomeado como prática baseada em evidências (BEYEA; SLATTERY, 2013). A prática baseada em evidências na Enfermagem é um conceito amplo que visa melhorar a segurança do paciente, reduzir os custos de assistência a saúde e

fornecer uma estrutura que apoie a tomada de decisões em situações específicas do paciente (BEYEA; SLATTERY, 2013).

Florence Nightingale, enfermeira amplamente conhecida por seu trabalho em hospitais militares durante a Guerra da Criméia, pode ter sido a primeira enfermeira a usar evidências determinadas por meio de experimentação e exame crítico para influenciar positivamente os resultados dos pacientes (ARAVIND; CHUNG, 2010).

Enfermeiros que usam uma abordagem baseada em evidências para o cuidado são mais empoderados, pois são capazes de fazer a diferença no cuidado de seus pacientes (MELNYK *et al.*, 2018).

Embora existam benefícios no uso da PBE, algumas barreiras dificultam o seu estabelecimento como padrão de cuidado. Essas barreiras incluem: conhecimento e habilidades sobre PBE inadequados; percepções errôneas de que a PBE necessita de muito tempo; cultura organizacional e políticas; falta de suporte de líderes e gerentes; e recursos e investimentos inadequados na PBE (JUN; KOVNER; STIMPFEL, 2016; MELNYK *et al.*, 2018). A falta de acesso a internet sem fio, a falta de conhecimento sobre as ferramentas de busca bibliográfica e sobre a seleção de evidências relevantes e atuais da pesquisa também podem ser barreiras para a PBE.

Com o objetivo de orientar a implementação da PBE por indivíduos e sistemas de saúde, vários modelos conceituais foram desenvolvidos, como o *Advancing research and clinical practice through close collaboration* (MELNYK, 1999); *Model for evidence-based practice change* (ROSSWURM; LARABEE, 1999); *Iowa model of evidence-based practice to promote quality care* (TITLER *et al.*, 2001); *Johns Hopkins Nursing evidence-based practice model* (DEARHOLT; DANG, 2012); e *ACE star model of knowledge transformation* (STEVENS, 2013).

Quando um sistema de saúde usa um modelo de PBE para a Enfermagem, facilita o processo de formulação de uma pergunta usando componentes críticos de planejamento, implementação e avaliação de resultados (STAVOR; ZEDRECK-GONZALEZ; HOFFMANN, 2017).

A educação em Enfermagem usando a prática baseada em evidências é importante para construir um entendimento básico da PBE, seus modelos e utilização de pesquisa como ponto de partida para melhorar seu uso, melhorar os

resultados dos pacientes e avançar como uma disciplina (MENA-TUDELA *et al.*, 2018).

O fato de conteúdos relacionados ao Trabalho em equipe e colaboração terem sido o terceiro mais abordado no ensino dos estudantes, no presente estudo, ressalta que constitui competência essencial para o cuidado em saúde interprofissional, priorizado no atual modelo de atenção a saúde.

No que tange a abordagem de conteúdos relacionados a esta competência na formação em Enfermagem, evidenciou-se que o tópico “Áreas de atuação e papéis dos membros da equipe de Enfermagem” foi o mais frequentemente abordado. Todavia, as “Áreas de atuação e papéis dos outros profissionais da equipe de saúde” não foram abordados na mesma frequência.

Atualmente, os pacientes são atendidos por uma equipe de saúde, constituída por profissionais de diferentes disciplinas, muitos dos quais especializados em uma área específica, permitindo a avaliação rigorosa do paciente sob várias óticas (HORSLEY *et al.*, 2016). Neste contexto, o trabalho em equipe passou a ser definido como prática interprofissional colaborativa (PIC), e almeja o alcance da assistência holística, centrada no paciente, com custo, qualidade e segurança adequados (REEVES *et al.*, 2013).

A equipe de Enfermagem é parte importante da equipe de saúde, e inclui enfermeiros com grau de bacharelado, técnicos de Enfermagem e, auxiliares de Enfermagem, em alguns serviços. Para Souza e colaboradores (2016), o enfermeiro tem potencialidade para articular o cuidado com as demais áreas e categorias profissionais e priorizar a centralidade do cuidado no paciente.

Revisão de literatura publicada no ano de 2014, sobre a prática interprofissional colaborativa destacou a Enfermagem como a profissão mais citada nos estudos da temática, o que reforça a compreensão de seu papel nuclear de mediação em relação às demais profissões da saúde (BRANDT *et al.*, 2014) e evidencia a relevância do desenvolvimento da competência Trabalho em equipe e colaboração durante a formação desses profissionais.

A prática interprofissional colaborativa se constrói no exercício do diálogo entre os profissionais e destes com os usuários, famílias e comunidade, contempla a participação de todos os sujeitos envolvidos nos processos de decisão acerca do cuidado à saúde, e avança na construção de relações mais simétricas (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016). O cuidado centrado no paciente constitui um dos domínios

essenciais para a colaboração interprofissional e elemento primordial do trabalho em equipe e da PIC (D'AMOUR *et al.*, 2008).

A comunicação é considerada um componente essencial para o trabalho em equipe, e foi um dos itens avaliados pelas escalas Habilidades e Atitudes do QSEN SES. Uma parcela significativa dos estudantes de Enfermagem referiu estar despreparada para “comunicar-se com membros da equipe adaptando seu estilo com base nas necessidades da equipe e da situação”, apesar de considerarem esta habilidade muito importante.

Quando os profissionais de saúde não estão se comunicando de maneira eficaz, os pacientes correm risco por várias razões: falta de informações críticas, interpretação errônea de informações, solicitações pouco claras e mudanças de status dos pacientes negligenciadas (EGGINS; SLADE, 2015).

Algumas barreiras comuns à comunicação interprofissional são: valores e expectativas pessoais; diferenças de personalidade; hierarquia; comportamento disruptivo; diferenças geracionais; gênero; rivalidades históricas interprofissionais e intraprofissionais; diferenças de linguagem; diferenças de horários e rotinas profissionais; níveis variados de preparação, qualificação e status; diferenças nos requisitos, regulamentos e normas de educação profissional; diferenças em responsabilidade, pagamento e recompensas; preocupações em relação à responsabilidade clínica; complexidade do cuidado; e ênfase na tomada de decisão rápida (HUGHES; LLOYD; CLARK, 2008).

Falhas no trabalho em equipe têm sido associadas à omissão de cuidados, complicações graves, aumento do tempo de permanência no hospital, aumento do custo dos cuidados de saúde e mortalidade de pacientes. O trabalho em equipe deficiente ocorre quando os indivíduos trabalham isoladamente, não assumem responsabilidade pelo trabalho de seus colegas de equipe, tão pouco pelos eventos adversos que os envolvem (IOM, 2001; KALISCH; LEE, 2010; KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000; RAHN, 2016).

A Organização Mundial de Saúde reconhece que a educação interprofissional (EIP) eficaz proporciona a prática colaborativa eficaz e deve ser implementada. Para tanto, publicou no ano de 2010, o Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, que enfatiza a situação da colaboração interprofissional no mundo à época, identifica os mecanismos que resultam no trabalho em equipe colaborativo bem-sucedido e delinea uma série de

itens para a ação que os formuladores de políticas podem aplicar em seu sistema de saúde local (OMS, 2010).

O Brasil, no ano de 2017, por meio de um chamado da OPAS/OMS, elaborou um amplo plano de ação para a implementação da EIP no Brasil. Representantes do Ministério da Saúde, Ministério da Educação, instituições de ensino e OPAS, de forma coletiva, traçaram propostas para a efetivação da EIP nas políticas nacionais de educação e saúde (COSTA *et al.*, 2018).

O desafio à EIP no país é a lógica e estrutura atual do ensino superior. No contexto do ensino universitário, os cursos funcionam em estruturas próprias, legitimando e fortalecendo a separação e dificultando a interação entre os cursos da área da saúde. A lógica da formação específica é muito forte e exerce importante influência na construção das identidades profissionais. Corroborando com esses cenários, o processo de formação é muito conteudista e dificulta a adoção de estratégias capazes de formar atitudes, habilidades e valores pautados na colaboração (COSTA, 2016).

Apesar dos desafios evidenciados, mudanças se apresentam no cenário brasileiro de diversas formas, desde a oferta de disciplinas comuns aos diferentes cursos da área da saúde, desenho de currículos interprofissionais, até a adoção da interprofissionalidade no âmbito das residências multiprofissionais, com vistas ao fortalecimento da EIP no Brasil (COSTA, 2016).

Com relação ao ensino de Informática, destaca-se a mudança observada, nacional e internacionalmente, no que se refere à educação dos profissionais de saúde, em cursos de graduação e pós-graduação, ancorada no progresso científico e tecnológico atual, que tem possibilitado avançado desenvolvimento da genética, da inteligência artificial, da robótica, nanotecnologia e biotecnologia, e requerido novas competências dos profissionais (WILLIAMS *et al.*, 2012).

A informática em saúde integra três domínios: saúde, computadores e informação, para a concepção de novos modelos de cuidado (BALL; HANNAH, 1984). Esses modelos apoiam a decisão clínica, o gerenciamento e registro do cuidado e fornecem, não apenas suporte crítico para resultados ideais, segurança do paciente e direcionamento eficaz de recursos, mas também uma oportunidade de analisar e prever o futuro dos sistemas de saúde (HUSSEY; KENNEDY, 2016).

Os custos crescentes dos cuidados de saúde associados ao envelhecimento da população e a escassez de profissionais e serviços de saúde também tem

estimulado a informatização e a automatização dos sistemas, para equilibrar sua distribuição (MA *et al.*, 2015).

Desde a década de 1990 a informática em Enfermagem é uma especialidade reconhecida pela *American Nurses Association* e, como tal, tem avançado na identificação de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias aos enfermeiros para o uso de tecnologias de informação e comunicação (TIC) na prática profissional, e no desenvolvimento de padrões de ensino da competência (MARIN; PERES, 2015).

Estabelecer uma linha de base de competência em informática para estudantes de Enfermagem é vital para o planejamento do currículo e preparação adequada dos profissionais (HEBDA; CALDERONE, 2010).

No ano 2000 foi publicada, nos EUA, a primeira versão das recomendações da *International Medical Informatics Association* (IMIA) para educação em saúde e informática médica, atualizada no ano de 2010. Segundo as recomendações da IMIA, todos os profissionais de saúde devem ser ensinados sobre TIC durante a sua formação, utilizando de metodologias que promovam o desenvolvimento da competência nos diferentes níveis de educação (graduação, mestrado, doutorado), experiência profissional e papéis e responsabilidades (MANTAS *et al.*, 2010).

Em 2006, a iniciativa *Technology Informatics Guiding Education Reform* (TIGER), envolveu enfermeiros de diversos países a fim de desenvolver um modelo compartilhado, com estratégias e ações específicas para melhorar a prática de Enfermagem, a educação e a prestação de cuidados mediada por tecnologias de informação e comunicação em saúde. O modelo TIGER compreende três partes: competências básicas de informática, letramento informacional e gestão da informação (SHAW *et al.*, 2017).

As competências básicas de informática a serem desenvolvidas tratam do uso do computador, processamento de textos, planilhas, criação e uso de banco de dados, navegação na web e comunicação online. O letramento informacional refere-se à capacidade do enfermeiro identificar e localizar as informações necessárias para uma finalidade específica, bem como avaliar a pertinência das informações e das evidências para o cuidado. A gestão da informação é considerada uma área prioritária para a formação e capacitação dos enfermeiros, representada pela coleta, processamento e apresentação da informação para subsidiar a tomada de decisão clínica e gerencial (SHAW *et al.*, 2017).

No Brasil, as DCN/ENF determinam que, como parte da formação em Enfermagem, o estudante seja preparado para usar adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto de ponta para o cuidar de Enfermagem (MEC, 2001).

Em 2003, iniciou-se no país a discussão da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), publicada em 2004, e revisada em 2016. A PNIIS tem como propósito promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação a fim de melhorar os processos de trabalho em saúde e, assim, resultar em um Sistema Nacional de Informação em Saúde articulado e que produza informações para os cidadãos, a gestão, a prática profissional, a geração de conhecimento e o controle social (MS, 2016).

Essa política propõe a articulação entre os Ministérios da Saúde, da Ciência e Tecnologia e da Educação com vistas à inclusão de conteúdos relacionados à área de informação e informática em saúde nos cursos de graduação e pós-graduação (MS, 2016).

Enfermeiros educadores e programas de Enfermagem têm experimentado desafios na integração sistemática de informática na graduação em Enfermagem, como o acesso limitado a aplicativos de tecnologia da informação em ambientes clínicos, baixa integração e/ou interoperabilidade de sistemas, falhas sistêmicas regulares, falta de conhecimento e habilidades do corpo docente, e motivação (FETTER, 2009).

Ressalta-se que a inserção da disciplina de Informática em Saúde não deve ser confundida com o uso de tecnologias digitais no ensino, como o ambiente virtual de aprendizagem (AVA), ferramenta de apoio utilizada em algumas disciplinas básicas do currículo de Enfermagem que complementa o ensino presencial (SANTOS; GUIMARÃES; ABE, 2017).

Estudo que analisou a grade curricular de 100 cursos de graduação em Enfermagem brasileiros, em 2010, mostrou que 58,9% das universidades federais e 72,7% das universidades estaduais não continham disciplinas relacionadas ao ensino de informática. Dentre as instituições que ofereciam a disciplina, 80% o faziam no primeiro ou segundo ano de formação, quando o estudante ainda não vivenciou a prática em instituições de saúde (SANCHES *et al.*, 2011).

Severo e Cogo (2006) verificaram o conhecimento e a utilização de recursos computacionais por estudantes de Enfermagem de uma instituição pública de ensino

do sul do país e evidenciaram que 48% consideram o seu conhecimento na área de informática predominantemente como básico, 44,7% o qualificam como intermediário e 7,3%, como avançado.

Tanabe e Kobayashi (2013) realizaram estudo semelhante ao de Severo e Cogo (2006), com enfermeiros aprimorandos de São Paulo, com idade média de 23,4 anos, dos quais 58,3% avaliaram o conhecimento como intermediário, 31,7%, como básico e, apenas 10%, como avançado. Destaca-se que 98,3% dos aprimorandos informaram ter tido contato com recursos computacionais na graduação.

Neste estudo, observou-se que o tópico “Como a tecnologia e o gerenciamento das informações estão relacionados à qualidade e segurança do cuidado ao paciente” é ensinado aos estudantes, nas três Universidades avaliadas. Entretanto, estes referiram despreparo para “Utilizar ferramentas de gerenciamento de informação e tecnologia para apoiar processos seguros de cuidado”.

Sobre a importância das ações relacionadas à competência Informática, os estudantes reconheceram como pouco importante “Utilizar fontes eletrônicas de alta qualidade de informações de saúde”.

Diferentemente do nível de preparo aqui observado, no estudos de Sullivan, Hirst e Cronenwett (2009), Mennenga, Tschetter e Sanjaya (2015) e Peterson-Graziose e Bryer (2017) os alunos referiram nível elevado de preparo para as ações relacionadas a competência Informática, cuja justificativa pode estar no uso já consolidado de tecnologias em saúde nos EUA, que permite que os alunos apliquem os conhecimentos teóricos aprendidos em suas experiências clínicas e, por conseguinte, desenvolvam suas habilidades e atitudes.

Estes dados apontam a necessidade de revisão e ampliação do ensino desta competência no Brasil, para atingir com sucesso os resultados esperados da aplicação da Informática na prática de Enfermagem.

A competência informática pode ser incorporada em diferentes áreas do currículo de Enfermagem. Habilidades computacionais aplicadas poderiam ser incorporadas em cursos de prática clínica, pela aplicação de tecnologias no atendimento para apoio à decisão e documentação. Bases de dados administrativas, clínicas e educacionais poderiam ser usadas no planejamento e condução de trabalhos de conclusão de curso (CHOI; DE MARTINIS, 2013).

As atividades que usam conjuntos de dados clínicos podem ser incluídas em cursos de pesquisa em Enfermagem, como bioestatística, liderança ou qualidade em saúde. A familiarização dos estudantes com a extração de informações de grandes conjuntos de dados clínicos para projetos de melhoria da qualidade pode ser incorporada em cursos de liderança ou de qualidade em saúde (KLEIB; OLSON, 2015).

Enquanto algumas competências estão sendo desenvolvidas com mais frequência na educação da Enfermagem, de acordo com o presente estudo, outras se mostraram menos ensinadas aos estudantes, como Melhoria da qualidade e Segurança. No que se refere à Melhoria da qualidade, 32% dos estudantes informaram que não aprenderam sobre “Métodos para determinar como a qualidade do cuidado em um ambiente local se compara aos padrões nacionais”.

Na avaliação das habilidades, também cerca de 30% referiram não estar preparados para “Utilizar ferramentas de melhoria da qualidade, como fluxogramas e diagramas de causa e efeito”, “Identificar lacunas entre o cuidado real, no seu ambiente, e a melhor prática” e, ainda, “Avaliar os efeitos de mudanças na prática, utilizando métodos e medidas de melhoria da qualidade”. Independentemente do nível de preparo relatado, os estudantes consideraram essas ações muito importantes.

Apesar de os conceitos de qualidade e melhoria contínua terem sido desenvolvidos por pensadores norte-americanos e datarem do início do século 20, estudos mostram que eles ainda não são efetivamente abordados na formação de enfermeiros deste país (DURHAM; HOFWEGEN, 2014; MENNENGA; TSCHETTER; SANJAYA, 2015; PETERSON-GRAZIOSE; BRYER, 2017; SULLIVAN; HIRST; CRONENWETT, 2009).

Enfermeiros estão estrategicamente posicionados para fazer melhorias significativas nos cuidados de saúde. Embora seja crescente o número de organizações ativamente engajadas nos esforços de melhoria da qualidade, essa questão persiste e pode estar parcialmente associada à lacuna na formação destes profissionais e sua relutância em mudar (CHASSIN; LOEB, 2011; HARVEY; JAS; WALSH, 2015; KRINGOS *et al.*, 2015).

Neste contexto, os programas de educação em Enfermagem devem ampliar as oportunidades para enfermeiros liderarem e administrarem esforços de

colaboração com outros membros da equipe de saúde para realizar pesquisas, redesenhar e melhorar ambientes de prática e sistemas de saúde (IOM, 2011).

Intervenções de melhoria de qualidade são tipicamente complexas, multifacetadas e incluem componentes sociais e técnicos. Assim, se e quão bem elas funcionam depende da interação dinâmica entre os componentes das intervenções de melhoria, as pessoas envolvidas e o contexto organizacional e do sistema de saúde em que trabalham (HARVEY; LYNCH, 2017).

Ao planejar e implementar uma intervenção de melhoria é relevante observar fatores como a cultura organizacional e a receptividade a novas idéias e mudanças; qual foi a experiência passada de melhoria; se os líderes são solidários; quanta autoridade as pessoas têm para tomar decisões e introduzir novas idéias; e se os recursos estarão disponíveis para apoiar a introdução das melhorias propostas (HARVEY; LYNCH, 2017).

É igualmente relevante selecionar modelos de avaliação e indicadores que possibilitem descrever a situação existente, avaliar as mudanças ou tendências durante um período de tempo e avaliar, em termos de qualidade e quantidade, as ações de saúde executadas (VIEIRA; KURCGANT, 2010), permitindo a comparabilidade nos âmbitos intra e extra-institucional (TRONCHIN; MELLEIRO; MOTA, 2018).

A melhoria da qualidade e a prática baseada em evidências trabalham em conjunto para garantir o sucesso das intervenções propostas. Para que os cuidados de saúde se beneficiem plenamente da melhoria da qualidade, as mudanças precisam ser feitas sistematicamente e incorporar tanto o conhecimento científico quanto a melhor evidência de pesquisa disponível (BATALDEN; DAVIDOFF, 2007).

O envolvimento dos estudantes no processo de mudança pode ser alcançado usando projetos de melhoria de qualidade e suas várias ferramentas. Algumas iniciativas educacionais concentram-se em aspectos técnicos da melhoria, como ciclos de PDCA (*Plan - Do - Check - Act*, em inglês; Planejar - Fazer - Verificar - Agir, em português), mapeamento de processos e gráficos de execução, enquanto outros enfocam os aspectos psicossociais da mudança. As habilidades técnicas e psicossociais são essenciais e as melhorias são alcançadas por meio de sua interação (JAMES *et al.*, 2016).

Um dos benefícios de envolver os estudantes de Enfermagem na melhoria da qualidade é o potencial de eles a realizarem em sua prática profissional futura,

uma vez que eles terão esta competência desenvolvida. Eles trazem consigo o conhecimento teórico, bem como o valor da experiência prática com gestão de mudança, negociação, liderança e outras habilidades associadas e importantes para enfermeiros (JAMES *et al.*, 2016).

O ensino da competência Segurança também objetiva impactar positivamente a prática profissional dos futuros enfermeiros e necessita ser aprimorado. Autores tem mostrado que o ensino desta competência nos cursos de graduação em Saúde no Brasil apresenta-se fragmentado e desarticulado (BOHOMOL; CUNHA, 2015; BOHOMOL; FREITAS; CUNHA, 2015; MELLEIRO *et al.*, 2017; YOSHIKAWA *et al.*, 2013).

Em ambientes acadêmicos é importante que estudantes da área de saúde, incluindo estudantes de Enfermagem, aprendam sobre questões complexas de segurança do paciente, internalizem conhecimentos sobre princípios e políticas básicas, pratiquem múltiplas habilidades, como comunicação estruturada e notificações de erros, e tenham atitudes afirmativas, tais como se responsabilizar antes de entrar em estágios clínicos (OMS, 2016).

Este estudo evidenciou que os estudantes tem aprendido sobre “Tipos gerais de erros e riscos nos cuidados”, conceitos fundamentais em Segurança do Paciente. Entretanto, não aprendem sobre os “Processos usados na análise das causas de erro” e não se sentem preparados para “Utilizar sistemas organizacionais para reportar quase erro e erro”.

A notificação e o monitoramento de incidentes, tais como quase erro e erro, envolvem a coleta e a análise de informações sobre qualquer evento que poderia ter prejudicado ou que prejudicou um paciente em um ambiente clínico ou instituição de saúde (MS, 2016).

Para que um sistema de notificação seja efetivo, é necessário que ele seja não punitivo, confidencial, independente, orientado para soluções dos problemas notificados e ofereça resposta oportuna para os usuários do sistema. Faz-se necessário ainda que as instituições participantes sejam responsivas as mudanças sugeridas (LEAPE, 2002).

No Brasil, desde 2007 está disponível o Notivisa, um sistema informatizado de notificações de EA relacionados ao uso dos produtos que estão sob a vigilância sanitária. No ano de 2013, a RDC nº 36/2013 instituiu a obrigatoriedade da notificação de EA relacionados tanto aos produtos quanto às falhas nos processos

de cuidado, em um esforço para ampliação e articulação do escopo de notificações de EA no país (MS, 2013a). A realidade observada no país é de subnotificação, isso porque a abordagem de pessoas para a análise de incidentes ainda predomina na área de saúde (MS, 2016; MAIA *et al.*, 2018).

Estudantes também estão susceptíveis a erros e precisam ser orientados sobre isso. Discutir a notificação de erros ocorridos no processo de aprendizagem é importante para que os estudantes incorporem esse conceito e comprometam-se com o processo de melhoria (BOHOMOL; CUNHA, 2015; MELLEIRO *et al.*, 2017).

A Universidade de Miami, objetivando estimular a notificação de erros cometidos pelos estudantes durante sua formação, implementou dois sistemas anônimos de notificação, sendo um destinado a notificação de quase-erros durante as experiências clínicas (*Clinical near-miss reporting system*) e o outro destinado a notificação de eventos adversos ocorridos durante as atividades de simulação (*Simulated adverse event system*). Esses sistemas constituem um repositório de informações sobre eventos que ocorrem nas áreas clínicas e de simulação, e fornecem dados que podem ser usados para fins de pesquisa e melhoria da qualidade do ensino (SANKO; MCKAY, 2017).

O impacto de atividade educativa sobre a notificação de EA em uma instituição de saúde foi investigado por Marinho e colaboradores (2018), que verificaram aumento de 256% no número de notificações pós-intervenção, reiterando a importância do ensino da temática.

Objetivando auxiliar as instituições acadêmicas da área de saúde no ensino deste tema, a OMS publicou a Edição Multiprofissional do Guia Curricular de Segurança do Paciente, e apontou os tópicos a serem ensinados, como ensiná-los e como avaliá-los nos currículos (WHO, 2011).

No contexto dos currículos tradicionais, organizados em disciplinas e aplicados por meio de aulas expositivas para grandes grupos, é preferível ensinar sobre os princípios de segurança do paciente de forma detalhada nos anos finais, quando os estudantes têm mais conhecimento da prática e mais experiência de contato profissional com os pacientes, além de mais desenvoltura no local de trabalho. Entretanto, conhecimentos gerais sobre os princípios de segurança do paciente podem ser abordados ainda nos primeiros anos (OMS, 2016).

Em currículos integrados, onde ciências básicas, comportamentais, clínicas, e habilidades são apresentadas em paralelo ao longo dos anos de formação, e

utiliza-se de metodologias ativas de ensino, é interessante uma integração vertical de elementos de segurança do paciente durante todo o curso (OMS, 2016).

Apesar da importância da implementação da competência de segurança, alguns fatores dificultam o processo e os principais são a crescente escassez de docentes e a necessidade contínua de desenvolvimento destes nesta área, uma vez que muitos não foram educados sobre técnicas de prevenção de erros e melhoria da qualidade em sua própria formação (CHENOT; DANIEL, 2010).

Outras barreiras para a educação adequada em segurança do paciente incluem a infraestrutura acadêmica variada entre as escolas, o currículo saturado, a falta de recursos e materiais educacionais relacionados à temática e a falta de motivação do corpo docente (CRONENWETT; SHERWOOD; GELMON, 2009).

Além disso, os ambientes clínicos desempenham um papel importante na experiência de aprendizado dos estudantes. A atmosfera pedagógica em ambientes clínicos que estimulam o raciocínio crítico dos estudantes e requerem autorreflexão crítica e abertura para mudanças, tem uma correlação positiva estatisticamente significativa com o nível geral da competência Segurança dos estudantes (JONES, 2013).

A universidade e o sexo foram variáveis associadas a maiores habilidades de qualidade e segurança do paciente. Embora se esperasse alguma associação entre as variáveis idade, período do curso, experiência prévia de contato com paciente e habilidades e atitudes de qualidade e segurança do paciente, esta não foi verificada, indicando a relevância do desenvolvimento das competências de maneira transversal no currículo de Enfermagem.

Algumas limitações necessitam ser mencionadas, como a coleta de dados ter sido restrita a três instituições do país reconhecidas pelo ensino de excelência, segundo indicadores de qualidade do Ministério da Educação. O ensino praticado nestas instituições pode não representar o praticado nas centenas de escolas de Enfermagem existentes. Desta forma, estudos com amostras maiores e mais heterogêneas devem ser realizados, a fim de se obter uma visão clara das percepções dos estudantes sobre o ensino e para que outras comparações e generalizações possam ser feitas.

A aplicação *online* do instrumento apresenta benefícios e barreiras. Os benefícios incluem a possibilidade de atingir grande população com custos baixos e

a conveniência dada ao participante, de responder quando e onde quiser. O baixo engajamento e taxas de resposta são barreiras evidenciadas neste estudo.

Conclusão

7. CONCLUSÃO

O instrumento QSEN SES foi adaptado transculturalmente para avaliação do ensino sobre qualidade e segurança do paciente em cursos de graduação em Enfermagem do Brasil.

Quanto a análise psicométrica, conclui-se que:

- O QSEN SES Br manteve as equivalências semântica, conceitual, idiomática e contextual em relação à versão original em inglês, confirmando a validade de conteúdo, segundo avaliação do comitê de especialistas.
- O instrumento apresentou alta confiabilidade, com alpha de Cronbach superior a 0,70, similar a outros estudos que a avaliaram.
- A validade de construto estrutural, realizada por meio da análise fatorial confirmatória, evidenciou ajuste insuficiente do modelo de seis competências, tal como proposto pelos autores originais do QSEN SES. Um item da escala Habilidades e cinco itens da escala Atitudes apresentaram baixa carga fatorial.
- Novo estudo deve ser realizado, contemplando amostra maior, a fim de comprovar a validade de construto estrutural do instrumento, eliminando-se o viés de tamanho de amostra.
- Foi observada associação entre as variáveis universidade e sexo e habilidades de qualidade e segurança do paciente.
- Não foi observada associação entre as variáveis idade, período do curso, experiência prévia de contato com paciente e habilidades e atitudes de qualidade e segurança do paciente.

Os resultados da aplicação do QSEN SES Br em cursos de graduação em Enfermagem brasileiros sugerem a necessidade de esforços para incorporar de forma significativa e efetiva todas as competências de qualidade e segurança do paciente nos currículos.

Considerações Finais

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O QSEN SES Br é o primeiro instrumento publicado em português para avaliação da percepção dos estudantes sobre o desenvolvimento de competências de qualidade e segurança do paciente durante os programas de graduação, e poderá ser utilizado no país, considerando a limitação psicométrica encontrada neste estudo.

A aplicação do QSEN SES Br possibilitou evidenciar que, de uma maneira geral, os estudantes percebem a abordagem dos conteúdos relacionados à qualidade e segurança do paciente em sua formação, reconhecem as ações relacionadas à qualidade e segurança do paciente como muito importantes, entretanto, se sentem pouco preparados para executá-las. Este diagnóstico pode subsidiar docentes e líderes no planejamento de ações que aproximem o conhecimento oferecido da prática, adotando metodologias que favoreçam o desenvolvimento das habilidades.

O instrumento pode ser utilizado, não apenas para a análise situacional do ensino de Enfermagem, em dado contexto e momento, mas, também, como uma ferramenta de gestão e *benchmarking*. Vislumbra-se ainda sua adaptação e aplicabilidade a demais estudantes da área de saúde e docentes, considerando que as competências avaliadas pelo instrumento tem caráter multiprofissional.

O QSEN SES foi elaborado fundamentado nas seis competências QSEN e respectivos conhecimentos, habilidades e atitudes. Sua aplicação e análise dos dados obtidos deve considerar a diferença existente entre este referencial, e demais diretrizes existentes nacional e internacionalmente.

O desenvolvimento de pesquisas com métodos mistos poderá favorecer o aprofundamento do entendimento do construto entre os estudantes de Enfermagem.

Referências

REFERÊNCIAS

- Adamy EK, Teixeira E. A qualidade da educação em tempos de novas Diretrizes Curriculares Nacionais. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(4):1570-1.
- Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. *Interface.* 2016;20(59):905-16.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, et al. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA.* 2002;288(16):1987-93.
- Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ.* 2012; 344.
- Aiken LH, Sloane D, Bruynee L, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *Lancet.* 2014;383(9931):1824-30.
- Aiken LH, Sloane D, Griffiths P, et al. Nursing skill mix in European hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Qual Saf.* 2017;26:559–568.
- Akbari Sari A, Doshmangir L, Torabi F, et al. The incidence, nature and consequences of adverse events in Iranian hospitals. *Arch Iran Med.* 2015;18(12):811-5.
- Alden KR, Durham CF. In: Sherwood G, Barnsteiner. *Quality and safety in Nursing: A competency approach to improving outcomes.* 2nd ed. New Jersey: John Wiley & Sons. 2017:233-252.
- Alexandre MC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência e saúde coletiva.* 2011.
- Altmiller G, Dolansky M. Quality and Safety Education for Nurses: Looking forward. *Nurse Educator.* 2017;42(55):S1-S2.
- Altman DG. *Practical statistics for medical research.* London: CRC Press; 1991.
- Altmann TK. Attitude: A concept analysis. *Nursing Forum.* 2008;43(3):144-150.
- Altmiller G, Armstrong G. 2017 National Quality and Safety Education for Nurses faculty survey results. *Nurse Educator.* 2017;42(55):S3-S7.
- Altmiller G. Content validation of a Quality and Safety Education for Nurses–based clinical evaluation instrument. *Nurse Educator.* 2017;42(1),23–27.
- American Association of Colleges of Nursing (AACN). *Essentials of college and university education for professional Nursing.* 1986 edition. Washington, DC: AACN.1986.
- American Association of Colleges of Nursing (AACN). *The essentials of baccalaureate education for professional Nursing practice.* 2008 edition. Washington, DC: AACN. 2008.
- Amorim RC. A questão do gênero no ensinar em Enfermagem. *Rev. Enferm. UERJ.* 2009;171:64-8.

- Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: Results of the 'Iberoamerican study of adverse events' (IBEAS). *BMJ Qual Saf*. 2011;20(12):1043-5.
- Aravind M, Chung KC. Evidence-based medicine and hospital reform: Tracing origins back to Florence Nightingale. *Plast Reconstr Surg*. 2010;125(1): 403–409.
- Armstrong GE, Dietrich M, Norman L, et al. Development and psychometric analysis of a Nurses' attitudes and skills safety scale. *J Nurs Care Qual*. 2017;32(2):3-10.
- Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn): 1926-1976. Documentário. Brasília (DF); 1976.
- Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Carta de Belém para a educação em Enfermagem brasileira. *Rev Bras Enferm*, 2012 jul-ago;65(4):696-8.
- Australian Council for Safety and Quality in Health Care (ACSQHC). National Patient Safety Education framework. Sidney: ACSQHC. 2005.
- Ausubel DP. Apresentação da teoria da assimilação da aprendizagem e da retenção significativas. In: *Aquisição e retenção de conhecimentos: Uma perspectiva cognitiva*. Lisboa: Plátano Edições Técnicas; 2003. p. 1-19.
- Baker GR, Norton PG, Flintoft V, et al. The Canadian adverse events study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ*. 2004;170(11):1678–1686.
- Ball MJ, Hannah KH. Nursing and computers: Past, present, future. *Journal of Clinical Computing*. 1984;12:179-184.
- Barnsteiner J, Disch J, Johnson J, et al. Diffusing QSEN competencies across schools of Nursing: The AACN/RWCF faculty development institutes. *J Prof Nurs*. 2012;29(2):68-74.
- Barnsteiner J, Disch J. A just culture for nurses and Nursing students. *Nurs Clin North Am*. 2012;47(3):407-16.
- Barrett PT, Kline P. The observation to variable ratio in factor analysis. *Personality Study in Group Behavior*. 1981;1:23-33.
- Barton AJ, Armstrong G, Preheim G, et al. A national Delphi to determine developmental progression of quality and safety competencies in Nursing education. *Nurs Outlook*. 2009;57(6):313-22.
- Batalden PB, Davidoff F. What is "quality improvement" and how can it transform healthcare? *Qual Saf Health Care*. 2007;16(1):2-3.
- Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-reported measures. *Spine*. 2000. 25(24):3186-3191.
- Berney B, Needleman J, Kovner C. Factors influencing the use of registered nurse overtime in hospitals, 1995-2000. *J Nurs Scholarsh*. 2005;37(2):165-72.
- Beyea SC, Slattery MJ. Historical perspectives on evidence-based Nursing. *Nurs Sci Q*. 2013;26(2):152-5.
- Bezerra ALQ, Silva AEBC, Branquinho NCSS, Paranagua TT. Análise das queixas técnicas e eventos adversos notificados em um hospital. *Revista Enfermagem UERJ*. 2009;17:467-472.

- Bianchi M, Bressan V, Cadorin L, et al. Patient safety competencies in undergraduate Nursing students: A rapid evidence assessment. *J Adv Nurs*. 2016;72(12):2966-2979.
- Bim LL, Bim FL, Silva AMB, et al. Aquisição teórico-prática de tópicos relevantes à segurança do paciente: Dilemas na formação de enfermeiros. *Esc Anna Nery*. 2017;21(4):e20170127.
- Bland AJ, Tobbell J. Towards an understanding of the attributes of simulation that enable learning in undergraduate nurse education: A grounded theory study. *Nurse Education Today*. 2016;44:8-13.
- Blegen MA, Goode CJ, Park SH, et al. Baccalaureate education in Nursing and patient outcomes. *J Nurs Adm*. 2013;43(2):89-94.
- Bogarim DF, Zanetti ACB, Brito MFP, Machado JP, Gabriel CS, Bernardes A. segurança do paciente: Conhecimento de alunos de graduação em Enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2014;19(3):491-7.
- Bohomol E, Cunha ICKO. Ensino sobre segurança do paciente no curso de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. *Einstein*. 2015;13(1):7-13.
- Bohomol E, Freitas MAO, Cunha ICKO. Patient safety teaching in undergraduate health programs: Reflections on knowledge and practice. *Interface*, 2015.
- Bohomol E. Ensino sobre segurança do paciente em curso de graduação em Enfermagem na perspectiva docente. *Esc. Anna Nery*. 2019;23(2).
- Brandt B, Lutfiyya MN, King JA, Chioreso C. A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of Triple Aim. *J Interprof Care*. 2014;28(5):393-9.
- Bussab WdO, Morettin PA. Estatística básica. 6th ed. São Paulo: Saraiva; 2010.
- Caldana G, Guirardello EB, Urbanetto JS, Peterlini MAS, Gabriel CS. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente: Desafios e perspectivas. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(3):906-11.
- Campana AN, Tavares MC, Silva D. Modelagem de equações estruturais: Apresentação de uma abordagem estatística multivariada para pesquisas em Educação Física. *Motri*. 2009;5(4):59-80.
- Canadian Patient Safety Institute (CPSI). The safety competencies: Enhancing patient safety across the health professions. Ottawa: CPSI. 2008.
- Cant RP, Cooper SJ. Use of simulation-based learning in undergraduate nurse education: An umbrella systematic review. *Nurse Education Today*. 2017;49:63-71.
- Carneiro FS, Bezerra ALQ, Silva AEBC, Souza LP, Paranagua TTB, Branquinho NCSS. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: Instrumento de avaliação da qualidade. *Revista Enfermagem UERJ*. 2011;19:204-211.
- Carvalho AC. Associação Brasileira de Enfermagem 1926-1976: Documentário. Brasília, Folha Carioca, 1976.
- Castle NG, Anderson RA. Caregiver staffing in Nursing homes and their influence on quality of care: Using dynamic panel estimation methods. *Med Care*. 2011;49(6):545-52.

- Cattell RB. The scientific use of factor analysis in behavioral and life sciences. Nova York: Plenum, 1978.
- Cauduro GMR, Magnago TSBS, Andolhe R, Lanes TC, Dal Ongaro J. Segurança do paciente na compreensão de estudantes da área da saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(2):e64818.
- Chassin MR, Loeb JM. The ongoing quality improvement journey: Next stop, high reliability. Health Aff (Millwood). 2011;30(4):559-68.
- Chenot TM, Daniel L. Frameworks for patient safety in the Nursing curriculum. J. Nurs. Educ. 2010;49(10):559-568.
- Cho E, Sloane DM., Kim EY, et al. Effects of nurse staffing, work environments, and education on patient mortality: An observational study. Int J Nurs Stud. 2015; 52(2):535–542.
- Choi J, De Martinis JE. Nursing informatics competencies: Assessment of undergraduate and graduate Nursing students. J Clin Nurs. 2013;22(13-14):1970-6.
- Christófaro MAC. Currículo mínimo para formação do enfermeiro: Na ordem do dia. Rev Bras Enf. 1991;44(213):7-9.
- Clarke SP, Donaldson NE. In: Hughes RG, editor. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008:Chapter 25.
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Enfermagem em números. 2019. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/Enfermagem-em-numeros>. Acesso em 23 de março de 2019.
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Pesquisa perfil da Enfermagem no Brasil. 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilEnfermagem/>. Acesso em 20 de agosto de 2018.
- Costa MV, Peduzzi M, Freire Filho JR, Silva CBG. Educação interprofissional em saúde. Natal: SEDIS-UFRN, 2018.
- Costa MV. A educação interprofissional no contexto brasileiro: Algumas reflexões. Interface. 2016;20(56):197-8.
- Couto RC, Pedrosa TMG, Roberto BAD, et al. II Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil: Propondo as prioridades nacionais. Belo Horizonte: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. 2018.
- Crocker L, Algina J. Introduction to classical and modern test theory. Harcourt, New York, 527. 1986.
- Cronenwett L, Sherwood G, Barnsteiner J, et al. Quality and Safety Education for Nurses. Nursing Outlook. 2007;55:122-131
- Cronenwett L, Sherwood G, Gelmon SB. Improving quality and safety education: The QSEN learning collaborative. Nurs Outlook. 2009;57(6):304-12
- D'Amour D, Goulet L, Labadie J-F, Martín-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health Serv Res. 2008;8(1):1-14.
- Dabney BW, Kalisch BJ. Nurse staffing levels and patient-reported missed nursing care. J Nurs Care Qual. 2015;30(4):306-12.

- Dall TM, Chen YJ, Seifert RF, et al. The economic value of professional Nursing. *Med Care*. 2009;47(1):97-104.
- Damásio BF. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação Psicológica*. 2012;11(2):213-228.
- Davis P, Lay-Yee R, Briant R, et al. Adverse events in New Zealand public hospitals: Principal findings from a national survey. Occasional Papers Series. Ministry of Health, Wellington, New Zealand. 2001.
- Dawson KP. Attitude and assessment in Nursing education. *Journal of Advanced Nursing*. 1992;17:473-479.
- Dearholt SL, Dan D. Johns Hopkins Nursing evidence-based practice: Models and guidelines. Indianapolis, IN: Sigma Theta Tau International. 2012.
- DeBorough GA. Synergy for patient safety and quality: Academic and service partnerships to promote effective nurse education and clinical practice. *Journal of Professional Nursing*. 2012;28:48-61.
- Descritores em Ciências da Saúde: DeCS [Internet]. ed. 2019. São Paulo (SP): BIREME/ OPAS/ OMS. 2019. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>. Acesso em 03 jun 2019.
- DeVellis R. Scale development: Theory and applications. 2012.
- Devon HA, Block ME, Moyle-Wright P, et al. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. *Journal of Nursing Scholarship*. 2007;39(2):155-164.
- Donabedian A. The assessment of technology and quality. A comparative study of certainties and ambiguities. *Int J Technol Assess Health Care*. 1988;4(4):487-96.
- Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*. 1990;114(11):1115-8.
- Dubois C, D'Amour D, Pomey MP et al. Conceptualizing performance of Nursing care as a prerequisite for better measurement: A systematic and interpretive review. *BMC Nursing* 2013;12(7).
- Durham CF, Alden KR. Enhancing patient safety in nursing education through patient simulation. In: Hughes RG, editor. *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008. 221-260.
- Durham R, Hofwegen LV. Integration of Quality and Safety Education for Nurses into Nursing curriculum: Small steps or comprehensive redesign. *International Journal for Innovation Education and Research*. 2014;2(4):77-85.
- Dycus P, McKeon L. Using QSEN to measure quality and safety knowledge, skills, and attitudes of experienced pediatric oncology nurses: An international study. *Qual Manag Health Care*. 2009;18(3):202-8.
- Dykes PC, Rozenblum R, Dalal A, et al. Prospective evaluation of a multifaceted intervention to improve outcomes in intensive care: The promoting respect and ongoing safety through patient engagement communication and technology study. *Crit Care Med*. 2017;45(8):e806-e813.
- Eggs S, Slade D. Communication in clinical handover: Improving the safety and quality of the patient experience. *J Public Health Res*. 2015;17; 4(3):666.

- Ehrenberg A, Gustavsson P, Wallin L, et al. New graduate nurses' developmental trajectories for capability beliefs concerning core competencies for healthcare professionals: A national cohort study on patient-centered care, teamwork, and evidence-based practice. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2016;13(6):454-462.
- Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA*. 2002;287(2):226-35.
- Etchegaray JM, Ottosen MJ, Burrell L, et al. Structuring patient and family involvement in medical error disclosure and analysis. *Health Affairs*. 2014;33(1):46-52.
- European Union Network for Patient Safety. A general guide for education and training in patient safety. EUNetPaS. 2010.
- Fayers PM, Machin D. Quality of life: Assessment, analysis, and interpretation. Chichester: John Wiley & Sons. 2007.
- Fernandes JD, Rebouças LC. Uma década de Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em Enfermagem: Avanços e desafios. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(esp):95-101.
- Fetter M. Curriculum strategies to improve baccalaureate Nursing information technology outcomes. *J Nurs Educ*. 2009;48(2):78-85.
- Flin R, Martin L, Goeters K, et al. Development of the NOTECHS (Non-Technical Skills) system for assessing pilots' CRM skills. *Human Factors and Aerospace Safety*. 2003;3:95-117.
- Freitas MAO, Cunha ICK, Batista SHSS. Aprendizagem significativa e andragogia na formação continuada de profissionais de saúde. *Aprendizagem Significativa em Revista*. 2016;6(2):01-20.
- Freitas J, Silva A, Minamisava R, Bezerra A, Sousa M. Qualidade dos cuidados de Enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*. 2014;22(3):454-460.
- Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. 2010;376(9756):1923-1958.
- Gantt LT, Webb-Corbett R. Using simulation to teach patient safety behaviors in undergraduate Nursing education. *J Nurs Educ*. 2010;49:48-51.
- Garrouste-Orgeas M, Soufir L, Tabah A, et al. A multifaceted program for improving quality of care in intensive care units: IATROREF study. *Crit Care Med*. 2012;40(2):468-76.
- Ginsburg LR, Castel E, Tregunno D, et al. The H-PEPSS: An instrument to measure health professionals' perceptions of patient safety competence at entry into practice. *BMJ Quality & Safety*. 2012;21:676-684.
- Gonçalves N, Siqueira LDC, Caliri MHL. Ensino sobre segurança do paciente nos cursos de graduação: Um estudo bibliométrico. *Rev Enferm UERJ*. 2017;25:e15460.
- Gonzalo JD, Wolpaw T, Wolpaw D. Curricular transformation in health systems science: The need for global change. *Academic Medicine*. 2018;93(10): 1431-33.

- Gorski MS, Farmer P, Sroczyński M, et al. Nursing education transformation: Promising practices in academic progression. *J Nurs Educ.* 2015;54(9):509-515.
- Gorsuch RL. Factor analysis (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1983.
- Gray CE. The standard curriculum for schools of Nursing. *The American Journal of Nursing.* 1918;18(9):790-794.
- Greiner AC, Knebel E. Health professions education: A bridge to quality. Washington, DC: Institute of Medicine; 2003.
- Grove SK, Burns N, Gray JR. The practice of Nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence. United States: Elsevier; 2012.
- Guadagnoli E, Velicer WF. Relation of sample size to the stability of component patterns. *Psychological Bulletin.* 1988;103(2):265-275.
- Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol.* 1993;46(12):1417-32.
- Guinea S, Andersen P, Reid-Searle K, Levett-Jones T, Dwyer T, et al. Simulation-based learning for patient safety: The development of the Tag Team Patient Safety Simulation methodology for Nursing education. *Collegian.* 2018.
- Guirardello EB. Impacto do ambiente de cuidados críticos no burnout, percepção da qualidade do cuidado e atitude de segurança da equipe de Enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2017;2.
- Gwet K. Handbook of inter-rater reliability. Fourth edition ed.: Advanced Analytics, LLC; 2014.
- Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. Análise multivariada de dados. 6th ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
- Hambleton RK. The next generation of the ITC test translation and adaptation guidelines. *European Journal of Psychological Assessment.* 2001;17(3):164.
- Harvey G, Jas P, Walshe K. Analysing organisational context: Case studies on the contribution of absorptive capacity theory to understanding inter-organisational variation in performance improvement. *BMJ Quality & Safety.* 2015;24(1):48-55.
- Harvey G, Lynch E. Enabling continuous quality improvement in practice: The role and contribution of facilitation. *Front Public Health.* 2017;5:27.
- Health Education England (HEE). Commission on education and training for patient safety. Improving safety through education and training. 2016a. Disponível em <https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/Improving%20safety%20through%20education%20and%20training.pdf>. Acesso em 31 mar 2019.
- Health Education England (HEE). Commission on education and training for patient safety. Education and training interventions to improve patient safety: HEE implementation plan 2016 – 2018. 2016b. Disponível em <https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/Implementation%20plan%20-%20Education%20and%20Training%20Interventions%20to%20Improve%20Patient%20Safety.pdf>. Acesso em 31 mar 2019.

- Health Education England (HEE). Education and training for patient safety. 2019. Disponível em <https://www.hee.nhs.uk/our-work/education-training-patient-safety>. Acesso em 31 mar 2019.
- Hebda T, Calderone TL. What nurse educators need to know about the TIGER initiative. *Nurse Educator*. 2010;35:56-60.
- Henerson ME, Morris LL, Fitz-Gibbon CT. How to measure attitudes. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1987.
- Higgins T, Larson E, Schnall R. Unraveling the meaning of patient engagement: A concept analysis. *Patient Educ Couns*. 2017;100(1):30-36.
- Horsley T, Reed T, Muccino Q, et al. Developing a foundation for interprofessional education within Nursing and Medical curricula. *Nursing Education*. 2016;41(5):234-238.
- Hu L-t, Bentler PM. Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*. 1998;3(4):424-453.
- Hughes R, Lloyd D, Clark DJ. A conceptual model for Nursing information. *International Journal of Nursing Knowledge*. 2008;19(2):48-56.
- Hussey PA, Kennedy MA. Instantiating informatics in Nursing practice for integrated patient centred holistic models of care: A discussion paper. *J Adv Nurs*. 2016;72(5):1030-41.
- Institute for Healthcare Improvement (IHI). Open School. Disponível em: <http://www.ihl.org/education/ihlopenschool/Pages/default.aspx>. Acesso em: 24 mar. 2019.
- Institute of Medicine (IOM). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Institute of Medicine. Washington, D.C.: National Academy Press; 2001.
- Institute of Medicine (IOM). The future of Nursing: Leading change, advancing health. Washington, DC: The National Academies Press; 2011.
- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Conceito Preliminar de Curso - CPC. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/educacao-superior/indicadores/cpc>. Acesso em: 10 abr. 2019.
- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Nota Técnica nº 18/2018/CGCQES/DAES. Apresenta a metodologia de cálculo do Conceito Preliminar de Curso (CPC). Disponível em: http://download.inep.gov.br/educacao_superior/enade/notas_tecnicas/2017/nota_tecnica_n18_2018_cpc2017.pdf Acesso em: 10 abr. 2019.
- International Council of Nurses (ICN). International Council of Nurses and Nursing Now bring Nursing voice to Global Conference on Primary Health Care. Disponível em: <https://www.icn.ch/news/international-council-nurses-and-Nursing-now-bring-Nursing-voice-global-conference-primary>. Acesso em 01 mai. 2019
- James B, Beattie M, Shepherd A, et al. Time, fear and transformation: Student nurses' experiences of doing a practicum (quality improvement project) in practice. *Nurse Educ Pract*. 2016;19:70-8.

- James JT. A New, Evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *J Patient Saf*, v. 9, n. 3, 2013.
- Johnson B, Abraham M, Conway J, et al. Partnering with patients and families to design a patient and family-centered health care system: Recommendations and promising practices. Institute for Family-Centered Care in collaboration with Institute for Healthcare Improvement. Bethesda, MD. 2008.
- Joint Commission International (JCI). Advancing effective communication, cultural competence, and patient- and family-centered care: A roadmap for hospitals. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission, 2010.
- Jones AD. The impact of integrating Quality and Safety Education for Nurses' safety competency in first-year associate degree Nursing students. *Teaching and learning in Nursing*. 2013;8(4):140-146.
- Jun J, Kovner CT, Stimpfel AW. Barriers and facilitators of nurses' use of clinical practice guidelines: An integrative review. *Int J Nurs Stud*. 2016;60:54-68.
- Kalisch BJ, Lee KH. The impact of teamwork on missed Nursing care. *Nurs Outlook*. 2010;58(5):233-41.
- Kalisch BJ. Errors of omission. How missed Nursing care imperils patients. American Nurses Association, 2015, 420p.
- Kessler I, Heron P, Dopson S. The modernization of the Nursing workforce: Valuing the healthcare assistant. Oxford: Oxford University Press, 2012. 256 p.
- Keszei AP, Novak M, Streiner D. Introduction to health measurement scales. *Journal of Psychosomatic Research*. 2010;68(4):319-23.
- Kleib M, Olson, K. Evaluation of an informatics educational intervention to enhance informatics competence among baccalaureate Nursing students. *Knowledge Management & E-Learning*. 2015;7(3):395-411.
- Kneebone R, Weldon SM, Bello F. Engaging patients and clinicians through simulation: Rebalancing the dynamics of care. *Advances in Simulation*. 2016. 1:19
- Knowles MS, Holton EF, Swanson RA. *Aprendizagem de resultados: Uma abordagem prática para aumentar a efetividade da educação corporativa*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: Building a safer health system: A report of the Committee on Quality of Health Care in America*, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
- Kowalski SL, Anthony M. CE: Nursing's evolving role in patient safety. *Am J Nurs*. 2017;117(2):34-48.
- Kringos DS, Sunol R, Wagner C, et al. The influence of context on the effectiveness of hospital quality improvement strategies: A review of systematic reviews. *BMC Health Services Research*. 2015;15:277.
- Laros J. O uso da análise fatorial: Algumas diretrizes para pesquisadores. In: Pasquali L, editor. *Análise fatorial para pesquisadores*. Brasília: LabPAM; 2005. p. 163-84.
- Leape LL. Reporting of adverse events. *N Engl J Med*. 2002;347:20.

- LeBlanc R, Burke ME, Henneman EA. The professional introduction. *Am J Nurs*. 2016;116(6):11.
- Lee N, An JY, Song TM, et al. Psychometric evaluation of a patient safety competency self-evaluation tool for Nursing students. *Journal of Nursing Education*. 2014;53(10):550-562.
- Lee N, Jang H, Park S. Patient safety education and baccalaureate Nursing students' patient safety competency: A cross-sectional study. *Nursing and Health Sciences*. 2016;18:163-171.
- Lohr KN, editor. Medicare: A strategy for quality assurance: VOLUME II sources and methods. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press; 1990.
- Lopes MNA, Beccaria LM, Silva LB, Cesarino CB, Faria JIL. Segurança do paciente: Desenvolvimento do tema em cursos de graduação em Enfermagem. *Enfermagem Brasil*. 2018;17(3):208-217.
- Lukewich J, Edge DS, Tranmer J, et al. Undergraduate baccalaureate Nursing students' self-reported confidence in learning about patient safety in the classroom and clinical settings: An annual cross-sectional study (2010-2013). *Int J Nurs Stud*. 2015;52(5):930-938.
- Lyle-Eldrosolo GL. Aligning healthcare safety and quality competencies: Quality and Safety Education for Nurses (QSEN), The Joint Commission, and American Nurses Credentialing Center (ANCC) Magnet® Standards Crosswalk. *Nurse Leader*. 2016;14(1):70-75.
- Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*. 1986;35(6):382-386.
- Ma Y, Zhang Y, Wan J, Zhang D, Pan N. Robot and cloud-assisted multi-modal healthcare system. *Cluster Comput*. 2015;18(3):1295-306.
- MacCalum RC, Widaman KF, Zhang S, Hong S. Sample size in factor analysis. *Psychological Methods*. 1999;4(1):84-99.
- Machado MH, Wermelinger M, Vieira M, Oliveira E, Lemos W, Aguiar Filho W, et al. Aspectos gerais da formação da Enfermagem: O perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares. *Enferm Foco*. 2016;6(2/4):15-34.
- Maia CS, Freitas DRC, Gallo LG, Araújo WN. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. *Epidemiol. Serv. Saude*. 2018;27(2):e2017320.
- Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016;353:i2139.
- Makeham M, Dovey S, Runciman W, Larizgoitia I. Methods and measures used in primary care patient safety research. Geneva: World Health Organization; 2008.
- Maneesriwongul W, Dixon JK. Instrument translation process: A methods review. *Journal of Advanced Nursing*. 2004;48(2):175-186.
- Mantas J, Ammenwerth E, Demiris G, Hasman A, Haux R, et al. Recommendations of the International Medical Informatics Association (IMIA) on education in biomedical and health informatics: First revision. *Methods Inf Med*. 2010;49:105-120.

- Marchon SG, Mendes Junior WV, Pavão ALB. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2015;31(11):2313-2330.
- Marin HF, Peres HHC. O ensino de informática em saúde e o curriculum de Enfermagem. *J. Health Inform*. 2015;7(4):II.
- Marinho MM, Radünz V, Rosa LM, Tourinho FSV, Ilha P, et al. Resultados de intervenções educativas sobre segurança do paciente na notificação de erros e eventos adversos. *Rev baiana enferm*. 2018;32:e25510.
- Martins GA. Sobre confiabilidade e validade. *RBGN*. 2006;8(20):1-12.
- Martins JCA, Mazzol A, Baptista RCN, et al. A experiência clínica simulada no ensino de Enfermagem: Retrospectiva histórica. *Acta paul. enferm*. 2012;25(4):619-25.
- McGonigal M. Implementing a 4C approach to quality improvement. *Crit Care Nurs Q*. 2017;40(1):3-7.
- Mchugh MD, Kelly LA, Smith HL, et al. Lower mortality in Magnet hospitals. *Medical care*, 2013;51(5).
- Melleiro MM; Tronchin DMR; Lima MOP, et al. Temática segurança do paciente nas matrizes curriculares de escolas de graduação em Enfermagem e obstetrícia. *Rev. baiana enferm*. 2017;31(2):e16814.
- Melnyk BM, Gallagher-Ford L, Zellefrow C. The first U.S. study on nurses' evidence-based practice competencies indicates major deficits that threaten healthcare quality, safety, and patient outcomes. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2018 Feb;15(1):16-25.
- Melnyk BM. Building a case for evidence-based practice: Inhalers vs. nebulizers. *Pediatric Nursing*. 1999;25(1):102-3.
- Mena-Tudela D, González-Chordá V, Cervera-Gasch A, Maciá-Soler ML, Orts-Cortés M. Eficácia de uma intervenção educativa de prática baseada em evidências com estudantes do segundo ano de Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2018;26.
- Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care* 2009;22:1-6.
- Mennenga HA, Tschetter L, Sanjaya L. Student perceptions of quality and safety competencies. *Int. J. Nurs. Educ. Scholarsh*. 2015;12(1):155-161.
- Ministério da Educação (MEC). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2001. Seção 1, p. 37.
- Ministério da Educação (MEC). Decreto nº 27.426, de 14 de novembro de 1949. Aprova o regulamento básico para os cursos de Enfermagem e de Auxiliar de Enfermagem. Diário Oficial República Federativa do Brasil; 1949b.
- Ministério da Educação (MEC). Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949. Dispõe sobre o ensino de Enfermagem no Brasil e dá outras providências. Diário Oficial República Federativa do Brasil; 1949a.
- Ministério da Educação (MEC). Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da União; 1961.

- Ministério da Educação (MEC). Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 1996.
- Ministério da Educação (MEC). Portaria nº 1.721, de 15 de dezembro de 1994. Fixa os mínimos de conteúdo e duração do curso de graduação em Enfermagem. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 1994.
- Ministério da Saúde (MS). Comitê de Informação e Informática em Saúde, Ministério da Saúde. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Brasília : Ministério da Saúde. 2016.
- Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 569 de 8 de dezembro de 2017. Aprova o parecer técnico nº 300/2017 que apresenta princípios gerais para as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2017.
<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>
- Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 573, de 31 de janeiro de 2018. Aprova o parecer técnico nº 28/2018 contendo recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de graduação Bacharelado em Enfermagem. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2018.
- Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jun. 2013b. p. 59.
- Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 abr. 2013a. Seção 1, p. 43.
- Mira JJ, Navarro IM, Guilabert M, Poblete R, Franco AL, et al. A Spanish-language patient safety questionnaire to measure medical and Nursing students' attitudes and knowledge. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;38(2):110-9.
- Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, et al. COSMIN checklist manual. Amsterdam: COSMIN; 2012. Disponível em: http://fac.ksu.edu.sa/sites/default/files/cosmin_checklist_manual_v9.pdf. Acesso em: 24 abr. 2019.
- Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, et al. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: An international Delphi study. *Qual Life Res*. 2010;19(4):539–549.
- Moreira COF, Dias MSA. Diretrizes Curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. *ABCS Health Sci*. 2015;40(3):300-305.
- National Academy of Medicine (NAM). The future of Nursing 2020-2030. Disponível em: <https://nam.edu/the-future-of-Nursing-2020-2030/>. Acesso em: 24 mar. 2019.
- National League for Nursing (NLN). Curriculum revolution: Mandate for change. New York: NLN. 1988.
- National League for Nursing (NLN). Innovation in Nursing education: A call to reform (Position Statement). New York: NLN. 2003.

- National Organization of Nurse Practitioner Faculties (NONPF). Nurse practitioner core competencies content. Washington: NONPF, 2017.
- National Patient Safety Foundation (NPSF). Patient safety curriculum. Disponível em: <https://www.npsf.org/page/pscurriculum>. Acesso em 10 mar. 2019.
- Niemeyer MA. Effective patient safety education for novice RNs: A systematic review. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2018;8(3):103-115.
- Olds D, Dolansky MA. Quality and safety research: Recommendations from the Quality and Safety Education for Nursing (QSEN) Institute. *Appl Nurs Res*. 2017;35:126-127.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Guia curricular de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde: Edição multiprofissional. Coordenação de Vera Neves Marra, Maria de Lourdes Sette. Rio de Janeiro: Autografia, 2016. 270p.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra: OMS; 2010.
- Paiva KCM, Santo Junior WJ. Competências profissionais de enfermeiros e sua gestão em um hospital particular. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(6):899-908.
- Paranhos VD, Mendes MMR. Currículo por competência e metodologia ativa: Percepção de estudantes de Enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010. 18(1).
- Park AY, Kim JO. A validity and reliability of Korean version of the Student Perception of Patient Safety Knowledge, Skills, Attitudes. *Journal of Digital Convergence*. 2018;16(2):479-488.
- Pasquali L. Análise fatorial: Um manual teórico-prático. Brasília: Editora UnB. 1999.
- Pasquali L. Psicometria. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(Esp):992-9.
- Pasquali, L. Psicometria: Teoria dos testes na Psicologia e na Educação. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.
- Perlo J, Balik B, Swensen S, Kabcenell A, Landsman J, Feeley D. IHI Framework for improving joy in work. IHI White Paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2017.
- Peterson-Graziose V, Bryer J. Assessing student perceptions of Quality and Safety Education for Nurses competencies in a baccalaureate curriculum. *Journal of Nursing Education*. 2017;56(7).
- Piscotty R, Grobbel C, Abele C. Initial psychometric evaluation of the Nursing quality and safety self-inventory. *J Nurs Educ*. 2013;52(5):269-74.
- Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2004. 488p.
- Polit DF, Beck CT. Essentials of Nursing research. Methods, appraisal and utilization. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins. 2006.
- Porto S, Martins M, Mendes W, et al. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. *Rev Port Saude Publica* 2010;vol temat(10):3-1.
- Prapanjaroensin A, Patrician PA, Vance DE. Conservation of resources theory in nurse burnout and patient safety. *J Adv Nurs*. 2017;73(11):2558-2565.

- Prytherch H, Nafula M, Kandie C, et al. Quality management: Where is the evidence? Developing an indicator-based approach in Kenya. *Int J Qual Health Care*. 2017;29(1):19-25.
- Quality and Safety Education for Nurses (QSEN). Project overview: The Evolution of the Quality and Safety Education for Nurses (QSEN) Initiative. Disponível em <http://qsen.org/about-qsen/project-overview/>. Acesso em: 10 mar. 2019.
- Rafter N, Hickey A, Conro RM, et al. The Irish national adverse events study (INAES): The frequency and nature of adverse events in Irish hospitals—a retrospective record review study. *BMJ Qual Saf*. 2016 ;0:1-9.
- Rahn DJ. Transformational teamwork: Exploring the impact of Nursing teamwork on nurse-sensitive quality indicators. *J Nurs Care Qual*. 2016;31(3):262-8.
- Raymundo VP. Construção e validação de instrumentos: Um desafio para a psicolinguística. *Letras de Hoje*. 2009;44(3):86-93.
- Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Estratégias para a segurança do paciente: Manual para profissionais da saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.132 p.
- Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: Effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 28(3).
- Riley J, Yearwood E. The effect of pedagogy of curriculum infusion on Nursing student well-being and intent to improve the quality of Nursing care. *Arch Psychiat Nurs*. 2012;26:364-373.
- Ringle CM, Silva D, Bido D. Modelagem de equações estruturais com utilização do SmartPLS. *Revista Brasileira de Marketing – ReMark*. 2014;13(2):56-73.
- Rizzotto MLF. História da Enfermagem e sua relação com a saúde pública. Goiânia: AB Editora, 1999.
- Rodrigues SB, Souza J. Atitudes de estudantes iniciantes da graduação em enfermagem diante do paciente alcoolista. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*. 2018;14(1):37-44.
- Rosswurm MA, Larrabee JH. A model for change to evidence-based practice. *Image J Nurs Sch*. 1999;31(4):317-22.
- Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA. Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312(7023):71-2.
- Sanches LMP, Jensen R, Monteiro MI, Lopes MHBM. Ensino da informática na graduação em Enfermagem de instituições públicas brasileiras. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(6):[07 telas].
- Sanko JS, Mckay M. Impact of simulation-enhanced pharmacology education in prelicensure Nursing education. *Nurse Educator*. 2017;42(5S):32-37.
- Santos MA, Guimarães MP, Abe KC. O ensino da disciplina de informática em saúde nos cursos de graduação em Enfermagem. *EmRede - Revista de Educação a Distância*. 2017;4(1).
- Santos WS. Organização curricular baseada em competência na educação médica. *Rev. bras. educ. med*. 2011;35(1):86-92.

- Schandl A, Falk AC, Frank C. Patient participation in the intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs.* 2017;42:105-109.
- Schnall R, Stone P, Currie L, et al. Development of a self-report instrument to measure patient safety attitudes, skills, and knowledge. *Journal of Nursing Scholarship.* 2008;40(4):391-94.
- Scorzoni MF, Bueno SMV, Coscrato G. O currículo e as implicações dos novos paradigmas educacionais na formação do enfermeiro. *Sau. & Transf. Soc.* 2013;4(1):11-15.
- Severo CL, Cogo ALP. Acesso e conhecimento dos acadêmicos de Enfermagem acerca de recursos computacionais. *Rev Gaúcha Enferm.* 2006;27(4):516-23.
- Shaw T, Blake R, Hübner U, Anderson C, Wangia-Anderson V, et al. The evolution of TIGER competencies and informatics resources: Executive supplemental report. Disponível em: <file:///Users/Juliana/Desktop/The%20Evolution%20of%20TIGER%20Competencies%20and%20Informatics%20Resources%20FINAL%2010.2017.pdf>. Acesso em 01 de maio de 2019.
- Shearer JE. High-fidelity simulation and safety: An integrative review. *The Journal of Nursing Education.* 2013;52(1):39-45.
- Sherwood G, Drenkard K. Quality and safety curricula in Nursing education: Matching practice realities. *Nurs Outlook.* 2007;55(3):151-5.
- Sherwood G. Integrating quality and safety science in Nursing education and practice. *Journal of Research in Nursing.* 2011;16(3).
- Silva AEBC, Reis AM, Miasso AI, Santos JO, Cassiani SHB. Eventos adversos a medicamentos em um hospital sentinela do Estado de Goiás. *Revista Latino-Americana de Enfermagem.* 2011;12:378-396.
- Silva AMB. Segurança do paciente no ensino de graduação: Subsídios para repensar as disciplinas na perspectiva do Guia Curricular Multiprofissional da Organização Mundial da Saúde [thesis]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP; 2016. 172 p.
- Southwick FS, Cranley NM, Hallisy JA. A patient-initiated voluntary online survey of adverse medical events: The perspective of 696 injured patients and families. *BMJ Qual Saf.* 2015;24(10):620-9
- Souza GC, Peduzzi M, Silva JAM, Carvalho BG. Teamwork in Nursing: Restricted to Nursing professionals or an interprofessional collaboration. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(4):640-647.
- Souza LP, Bezerra ALQ, Silva AEBC, Carneiro FS, Paranagua TTB, Lemos LF. Eventos Adversos: Instrumento de avaliação do desempenho em centro cirúrgico de um hospital universitário. *Revista Enfermagem UERJ.* 2011;19:127-133.
- Staggs VS, Dunton N. Associations between rates of unassisted inpatient falls and levels of registered and non-registered nurse staffing. *Int J Qual Health Care.* 2014;26(1):87-92.
- Starkweather A, Sargent L, Nye C, Albrecht T, Cloutier R, et al. Progressive assessment and competency evaluation framework for integrating simulation in nurse practitioner education. *The Journal for Nurse Practitioners.* 2017;13(7):e301-e310.

- Stavor DC, Zedreck-Gonzalez J, Hoffmann RL. Improving the use of evidence-based practice and research utilization through the identification of barriers to implementation in a critical access hospital. *J Nurs Adm.* 2017;47(1):56-61.
- Stevanin S, Bressan V, Bulfone G, et al. Knowledge and competence with patient safety as perceived by Nursing students: The findings of a cross-sectional study. *Nurse Educ Today.* 2015;35(8):926-934.
- Steven A, Magnusson C, Smith P, Pearson PH. Patient safety in Nursing education: Contexts, tensions and feeling safe to learn. *Nurse Education Today.* 2014;34:277-284.
- Stevens, K. The impact of evidence-based practice in Nursing and the next big ideas. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing.* 2013;18(2).
- Strouse AC. Multidisciplinary simulation centers: Promoting safe practice. *Clinical Simulation in Nursing.* 2010;6(4):139-142.
- Sullivan DT, Hirst Denise, Cronenwett L. Assessing quality and safety competencies of graduating prelicensure Nursing students. *Nurs Outlook.* 2009;57:323-331.
- Tanabe LP, Kobayashi RM. Perfil, competências e fluência digital dos enfermeiros do Programa de Aprimoramento Profissional. *Rev Esc Enferm USP.* 2013;47(4):943-9.
- Teixeira CRS, Pereira MCA, Kusumota L, Gaioso VP, Mello CL, Carvalho EC. Evaluation of Nursing students about learning with clinical simulation. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(2):311-9.
- Teixeira E, Fernandes JD, Andrade AC, et al. Panorama dos cursos de graduação em Enfermagem no Brasil na década das Diretrizes Curriculares Nacionais. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(esp):102-10.
- Tella S, Jamook D, Partanen P, et al. What do Nursing students learn about patient safety? An integrative literature review. *Journal of Nursing Education.* 2014;53(1).
- Terwee CB, Bot SDM, Boer MR, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology.* 2007;60:34-42
- Titler MG, Kleiber C, Steelman VJ, et al. The Iowa model of evidence-based practice to promote quality care. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2001;13(4):497-509.
- Tobiano G, Bucknall T, Sladdin I. Patient participation in Nursing bedside handover: A systematic mixed-methods review. *Int J Nurs Stud.* 2018;77:243-258.
- Trinkoff A, Geiger-Brown J, Brady B, et al. How long and how much are nurses now working? *Am J Nurs.* 2006;106(4):60-71.
- Tronchin DMR, Melleiro MM, Mota NVVP. Indicadores de qualidade de Enfermagem. Uma experiência compartilhada entre instituições integrantes do "Programa de Qualidade Hospitalar". *O Mundo da Saúde São Paulo.* 2006;30(2):300-305.
- Twigg DE, Myers H, Duffield C, et al. The impact of adding assistants in Nursing to acute care hospital ward nurse staffing on adverse patient outcomes: An analysis of administrative health data. *International Journal of Nursing Studies.* 2016;63:189-200.

- Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL). Resolução nº 046/2008. Aprova o Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem. Disponível em: <https://www.unifal-mg.edu.br/graduacao/system/files/imce/Cursos/Enfermagem/Projeto%20Pedag%C3%B3gico%20Enfermagem.pdf>. Acesso em 10 abr. 2019.
- Universidade Federal de Goiás (UFG). Resolução CEPEC nº 1427/2017. Aprova o Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem, grau acadêmico Bacharelado, modalidade presencial, da Faculdade de Enfermagem, Regional Goiânia. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/up/126/o/Resolucao_CEPEC_2016_1427.pdf. Acesso em 10 abr. 2019.
- Universidade Federal do Ceará (UFC). Projeto pedagógico de curso de graduação em Enfermagem, Regional Fortaleza 2013-1. Disponível em: https://si3.ufc.br/sigaa/public/curso/ppp.isf?lc=pt_BR&id=657454. Acesso em 10 abr. 2019.
- Usher K, Woods C, Parmenter G, et al. Self-reported confidence in patient safety knowledge among Australian undergraduate Nursing students: A multi-site cross-sectional survey study. *Int J Nurs Stud*. 2017;71:89-96.
- Vaismoradi M, Salsali M, Marck P. Patient safety: Nursing students' perspectives and the role of Nursing education to provide safe care. *International Nursing Review*. 2011;58:434-442.
- Vale EG, Fernandes JD. Ensino de graduação em Enfermagem: A contribuição da Associação Brasileira de Enfermagem. *Rev. bras. enferm*. 2006;59(spe):417-422.
- Van Bogaert P, Van Heusden D, Timmermans O, et al. Nurse work engagement impacts job outcome and nurse-assessed quality of care: Model testing with nurse practice environment and nurse work characteristics as predictors. *Front Psychol*. 2014; 5:1261.
- Vieira APM, Kurcgant P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em Enfermagem: Elementos constitutivos segundo percepção de enfermeiro. *Acta paul enferm*. 2010;23(1):11-15.
- Williams LM, Hubbard KE, Daye O, Barden C. TeleNursing in the intensive care unit: Transforming Nursing practice. *Critic Care Nurse*. 2012;32(6):62-9.
- Wilson RM, Michel P, Olsen S, et al. Patient safety in developing countries: Retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. *BMJ*. 2012;344:e832.
- Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, et al. The quality in Australian health care study. *Med J Aust*. 1995;163(9):458-71.
- Woodhouse KD, Volz E, Maity A, et al. Journey toward high reliability: A comprehensive safety program to improve quality of care and safety culture in a large, multisite radiation oncology department. *J Oncol Pract*. 2016;12:e603-e612.
- World Health Organization (WHO). Conceptual framework for the international classification for patient safety (v 1.1). Final technical report 2009. Geneva: World Health Organization; 2009a.
- World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. WHO patient safety curriculum guide: Multi-professional edition. Geneva: WHO; 2011.

World Health Organization. (WHO). WHO patient safety curriculum guide for medical schools. Geneva: World Health Organization; 2009b.

Yoshikawa JM, Sousa BEC, Peterlini MAS, et al. Compreensão de alunos de cursos de graduação em Enfermagem e Medicina sobre segurança do paciente. Acta Paul Enferm. 2013;26(1):21-9.

Apêndices

APÊNDICE 1 - SEGUNDA VERSÃO CONSENSUAL EM PORTUGUÊS DO QUALITY AND SAFETY EDUCATION FOR NURSES STUDENT EVALUATION SURVEY

INTRODUÇÃO

Prezado estudante de Enfermagem,

Você foi convidado a preencher essa pesquisa por causa da sua escola de Enfermagem [insira o texto aqui]. O Projeto Quality and Safety Education for Nurses – QSEN (Educação de Segurança e Qualidade para Enfermeiros, em português) (financiado pela Fundação Robert Wood Johnson) tem como foco preparar enfermeiros para desempenhar seus papéis garantindo ou melhorando a qualidade de segurança do cuidado aos pacientes.

Estamos interessados nas suas opiniões sobre aspectos específicos das suas experiências na escola de Enfermagem, em sala de aula, laboratórios clínicos, clínicas e qualquer outro lugar onde seu aprendizado tenha ocorrido. Por favor, responda todas as perguntas do levantamento. Suas respostas individuais serão revisadas apenas por um grupo de avaliação [insira informação adicional sobre os revisores]. Entretanto, um resumo das respostas dos estudantes da sua escola será fornecido à sua faculdade para ajudá-la a entender as opiniões dos alunos sobre o currículo.

Nós o parabenizamos por sua graduação que se aproxima e agradecemos antecipadamente pela sua participação.

1. Por favor, informe a Escola de Enfermagem à qual você está vinculado:

2. Você possui experiência de cuidado ao paciente, além da sua formação no curso de graduação em Enfermagem? Caso não, por favor, prossiga para a próxima página.

- Sim
- Não

3. Se você respondeu sim para a questão acima, por favor, indique a sua experiência. Selecione todos os campos que se aplicam:

	< 1 ano	1 - 2 anos	3 a 5 anos	> 5 anos
Auxiliar de Enfermagem	▪	▪	▪	▪
Técnico de Enfermagem	▪	▪	▪	▪
Cuidador de Idosos	▪	▪	▪	▪
Instrumentador Cirúrgico	▪	▪	▪	▪
Outra: _____	▪	▪	▪	▪

PESQUISA

4. Por favor, pense sobre as disciplinas do seu curso de Enfermagem. Da melhor forma que puder, para cada um dos tópicos listados abaixo indique se você aprendeu sobre estes conteúdos e onde este aprendizado aconteceu. Marque todas as alternativas que se aplicarem. Se você achar que um conteúdo não foi abordado pelo seu currículo, marque a opção “não foi abordado”.

	Sala de aula	Atividades do curso/ Leituras	Experiências clínicas	Laboratório/ Simulações	Não foi abordado
Contextos sociais, étnicos e culturais diversos como fontes de valores dos pacientes, familiares e da comunidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conceitos de dor e sofrimento, e as intervenções de Enfermagem associadas a eles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estratégias para empoderar pacientes ou famílias como parceiros no cuidado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Princípios de comunicação efetiva com pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estratégias efetivas de comunicação e resolução de conflitos entre profissionais de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Áreas de atuação e papéis dos membros da equipe de Enfermagem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Áreas de atuação e papéis de outros profissionais da equipe de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impacto das diferenças de poder percebidas entre os papéis da equipe de saúde no trabalho em equipe e na segurança do paciente (Enfermagem e outras disciplinas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Características da organização de saúde que influenciam o funcionamento efetivo da equipe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Papel da evidência na determinação da melhor prática clínica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fontes confiáveis para localizar relatórios baseados em evidências e diretrizes para a prática clínica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estratégias para aprender sobre os resultados dos cuidados num ambiente clínico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sala de aula	Atividades do curso/ Leituras	Experiências clínicas	Laboratório/ Simulações	Não foi abordado
Métodos para determinar como a qualidade do cuidado num ambiente local se compara aos padrões nacionais.	■	■	■	■	■
Abordagens para melhorar processos de cuidados (melhoria da qualidade).	■	■	■	■	■
Papel dos fatores humanos e princípios básicos de <i>design</i> de segurança na garantia de segurança.	■	■	■	■	■
Benefícios e limitações das tecnologias que aumentam a segurança (por exemplo, código de barras, bombas de infusão, alarmes).	■	■	■	■	■
Tipos gerais de erros e riscos nos cuidados.	■	■	■	■	■
Processos usados na análise das causas de erro (por exemplo, análise de causa raiz).	■	■	■	■	■
Como a tecnologia e o gerenciamento de informações estão relacionadas à qualidade e à segurança do cuidado ao paciente.	■	■	■	■	■

5. Quão preparado você está para executar as seguintes ações e habilidades.

	Muito despreparado	Um pouco despreparado	Um pouco preparado	Muito preparado
Levantar valores, preferências e necessidades expressas de pacientes como parte da avaliação clínica.	■	■	■	■
Avaliar a presença e a extensão da dor e do sofrimento.	■	■	■	■
Engajar pacientes ou substitutos designados em parcerias para promover a saúde, segurança, bem-estar e auto-cuidado.	■	■	■	■
Facilitar o consentimento informado do paciente para o cuidado.	■	■	■	■
Consultar especialistas clínicos antes de decidir desviar-se de protocolos baseados em evidência.	■	■	■	■

	Muito despreparado	Um pouco despreparado	Um pouco preparado	Muito preparado
Demonstrar consciência de suas próprias forças e limitações como membro da equipe de cuidado.	■	■	■	■
Assumir o papel de membro ou líder da equipe de cuidado com base na situação.	■	■	■	■
Comunicar-se com membros da equipe adaptando seu estilo com base nas necessidades da equipe e da situação.	■	■	■	■
Comunicar o cuidado oferecido e demandado em cada transição de cuidado (denominada <i>handoff</i>) para minimizar riscos.	■	■	■	■
Basear um plano individual de cuidado nos valores do paciente, conhecimento clínico e evidência.	■	■	■	■
Localizar relatórios de evidência relacionados aos tópicos e diretrizes da prática clínica.	■	■	■	■
Questionar a lógica das abordagens de rotina para o cuidado que resultam em desfechos inferiores aos desejados ou eventos adversos.	■	■	■	■
Utilizar ferramentas para melhora da qualidade como fluxogramas e diagramas de causa e efeito.	■	■	■	■
Identificar lacunas entre o cuidado real no seu ambiente e a melhor prática.	■	■	■	■
Avaliar os efeitos de mudanças na prática utilizando métodos e medições de melhoria da qualidade.	■	■	■	■
Demonstrar uso efetivo de estratégias para reduzir risco ou dano a si próprio ou outros.	■	■	■	■
Comunicar observações ou preocupações relacionadas a riscos ou erros no ambiente de cuidado.	■	■	■	■
Utilizar sistemas organizacionais para reportar erro ou quase-erro.	■	■	■	■
Utilizar ferramentas de gerenciamento de informação e tecnologia para apoiar processos seguros de cuidado.	■	■	■	■

	Muito despreparado	Um pouco despreparado	Um pouco preparado	Muito preparado
Documentar e planejar o cuidado ao paciente num registro eletrônico de saúde.	■	■	■	■
Usar tecnologias de comunicação para coordenar o cuidado aos pacientes.	■	■	■	■
Utilizar fontes eletrônicas de alta qualidade de informações de saúde.	■	■	■	■

6. Independentemente do seu nível de preparo, quão importante você considera que é para os enfermeiros, no primeiro ano de prática, serem capazes de:

	Muito sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Muito importante
Levantar valores, preferências e necessidades expressas de pacientes como parte da avaliação clínica.	■	■	■	■
Avaliar a presença e a extensão da dor e do sofrimento.	■	■	■	■
Engajar pacientes ou substitutos designados em parcerias para promover a saúde, segurança, bem-estar e auto-cuidado.	■	■	■	■
Facilitar o consentimento informado do paciente para o cuidado.	■	■	■	■
Consultar especialistas clínicos antes de decidir desviar-se de protocolos baseados em evidência.	■	■	■	■
Demonstrar consciência de suas próprias forças e limitações como membro da equipe de cuidado.	■	■	■	■
Assumir o papel de membro ou líder da equipe de cuidado com base na situação.	■	■	■	■
Comunicar-se com membros da equipe adaptando seu estilo com base nas necessidades da equipe e da situação.	■	■	■	■

	Muito sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Muito importante
Comunicar o cuidado fornecido e necessário em cada transição de cuidado (também chamado de <i>handoff</i>) para minimizar riscos.	■	■	■	■
Basear um plano individual de cuidado nos valores do paciente, conhecimento clínico e evidência.	■	■	■	■
Localizar relatórios de evidência relacionados aos tópicos e diretrizes da prática clínica.	■	■	■	■
Questionar a lógica das abordagens de rotina para o cuidado que resultam em desfechos inferiores aos desejados ou eventos adversos.	■	■	■	■
Utilizar ferramentas para melhora da qualidade como fluxogramas e diagramas de causa e efeito.	■	■	■	■
Identificar lacunas entre o cuidado real no seu ambiente e a melhor prática.	■	■	■	■
Avaliar os efeitos de mudanças na prática utilizando métodos e medições de melhoria da qualidade.	■	■	■	■
Demonstrar uso efetivo de estratégias para reduzir risco ou dano a si próprio ou outros.	■	■	■	■
Comunicar observações ou preocupações relacionadas a riscos ou erros no ambiente de cuidado.	■	■	■	■
Utilizar sistemas organizacionais para reportar erro ou quase-erro.	■	■	■	■
Utilizar ferramentas de gerenciamento de informação e tecnologia para apoiar processos seguros de cuidado.	■	■	■	■
Documentar e planejar o cuidado ao paciente num registro eletrônico de saúde.	■	■	■	■
Usar tecnologias de comunicação para coordenar o cuidado aos pacientes.	■	■	■	■
Utilizar fontes eletrônicas de alta qualidade de informações de saúde.	■	■	■	■

7. Comentários:

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CÔMITE DE ESPECIALISTAS

Prezado(a) colega, convido você para participar do Comitê de Especialistas da pesquisa: Análise do Ensino sobre Qualidade e Segurança do Paciente a Graduandos de Enfermagem no Brasil, que tem como um de seus objetivos realizar a adaptação transcultural do instrumento *Quality and Safety Education for Nurses Student Evaluation Survey* (QSES SES) para uso no Brasil.

Uma das etapas da adaptação transcultural de instrumentos consiste na avaliação das equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual da ferramenta. Ao concordar em participar você receberá as versões do instrumento e devidas orientações.

Caso você concorde em participar peço que assine esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ao assinar este termo você estará ciente de que:

- Sua participação na pesquisa será como especialista e a finalidade será avaliar as equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual desse instrumento.
- Responder a esta pesquisa poderá envolver riscos ou desconfortos mínimos, relacionados à expressão da sua opinião. Ressalta-se que sua opinião será mantida em sigilo.
- Você está livre para recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo.
- Não haverá nenhum custo ou remuneração pela sua participação.
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos, favoráveis ou não.

Agradeço sua atenção e coloco-me à sua disposição para quaisquer esclarecimentos, pessoalmente, por e-mail ju.santana.freitas@gmail.com ou pelo telefone (11) 97534-9535. Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: (62) 3269-8338 e (62) 3269-8426.

Atenciosamente,

Juliana Santana de Freitas e Ana Elisa Bauer de Camargo Silva

Eu, _____, aceito participar no Comitê de Especialistas, e estou ciente de que as informações serão tratadas sigilosamente, e caso eu não queira mais participar da pesquisa, tenho liberdade de retirar este consentimento.

Goiânia, _____, de abril de 2018.

Nome do especialista

APÊNDICE 3 - VERSÃO BRASILEIRA 1.0 DO QUALITY AND SAFETY EDUCATION FOR NURSES STUDENT EVALUATION SURVEY

INTRODUÇÃO

Prezado estudante de Enfermagem,

Você está sendo convidado a preencher esta pesquisa como estudante do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade [colocar o nome aqui]. O projeto *Quality and Safety Education for Nurses - QSEN* (Ensino sobre Qualidade e Segurança para Enfermagem, em português) tem como foco preparar enfermeiros para seus papéis, garantindo ou melhorando a qualidade e segurança do cuidado aos pacientes.

Nós estamos interessados em sua opinião sobre aspectos específicos das suas experiências no curso de graduação em Enfermagem, em sala de aula, laboratórios de prática, clínicas e qualquer outro lugar onde o seu aprendizado tenha ocorrido. Por favor, responda todas as perguntas da pesquisa. Suas respostas individuais serão revisadas apenas pela equipe de pesquisadores. Um resumo das respostas dos estudantes de seu curso será enviado a sua Faculdade, para auxiliá-los a compreender a visão do estudante sobre o currículo.

Nós agradecemos antecipadamente pela sua participação.

1. Por favor, informe a Faculdade de Enfermagem à qual você está vinculado:

2. Você possui experiência de cuidado ao paciente, além da sua formação no curso de graduação em Enfermagem? Caso não, por favor, prossiga para a próxima página.

- Sim
- Não

3. Se você respondeu sim para a questão acima, por favor, indique a sua experiência. Selecione todos os campos que se aplicam:

	< 1 ano	1 - 2 anos	3 a 5 anos	> 5 anos
Auxiliar de Enfermagem	▪	▪	▪	▪
Técnico de Enfermagem	▪	▪	▪	▪
Cuidador de Idosos	▪	▪	▪	▪
Instrumentador Cirúrgico	▪	▪	▪	▪
Outra: _____	▪	▪	▪	▪

PESQUISA

4. Por favor, pense em todas as disciplinas do seu curso de Enfermagem. Da melhor forma que puder, para cada um dos tópicos listados abaixo, indique se você aprendeu sobre estes conteúdos e onde este aprendizado aconteceu. Marque todos que se aplicarem. Se você achar que um conteúdo não foi abordado pelo seu currículo, marque a opção “não foi abordado”.

	Sala de aula	Atividades do curso/ Leituras	Experiências clínicas	Laboratório/ Simulações	Não foi abordado
Contextos sociais, étnicos e culturais diversos como fontes de valores dos pacientes, familiares e da comunidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conceitos de dor e sofrimento, e as intervenções de Enfermagem associadas a eles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estratégias para empoderar pacientes e familiares como parceiros no cuidado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Princípios da comunicação efetiva com pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estratégias efetivas de comunicação e resolução de conflitos entre profissionais de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Áreas de atuação e papéis dos membros da equipe de Enfermagem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Áreas de atuação e papéis de outros profissionais da equipe de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impacto das diferenças de poder percebidas entre os papéis da equipe de saúde no trabalho em equipe e na segurança do paciente (Enfermagem e outras profissões).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Características da organização de saúde que influenciam o funcionamento efetivo da equipe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Papel da evidência na determinação da melhor prática clínica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fontes confiáveis para localizar publicações baseadas em evidências e diretrizes para a prática clínica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sala de aula	Atividades do curso/ Leituras	Experiências clínicas	Laboratório/ Simulações	Não foi abordado
Estratégias para aprender sobre os resultados dos cuidados num ambiente clínico.	■	■	■	■	■
Métodos para determinar como a qualidade do cuidado num ambiente local se compara aos padrões nacionais.	■	■	■	■	■
Abordagens para melhoria dos processos de cuidado (melhoria da qualidade).	■	■	■	■	■
Papel dos fatores humanos e princípios básicos de <i>design</i> de segurança na garantia da segurança do paciente.	■	■	■	■	■
Benefícios e limitações das tecnologias que aumentam a segurança (ex: código de barras, bombas de infusão, alarmes).	■	■	■	■	■
Tipos gerais de erros e riscos nos cuidados.	■	■	■	■	■
Processos usados na análise das causas de erro (ex: análise de causa raiz).	■	■	■	■	■
Como a tecnologia e o gerenciamento das informações estão relacionados à qualidade e segurança do cuidado ao paciente.	■	■	■	■	■

5. Quão preparado você está para executar as seguintes ações e habilidades.

	Muito despreparado	Um pouco despreparado	Um pouco preparado	Muito preparado
Identificar os valores, preferências e necessidades expressas de pacientes, como parte da avaliação clínica.	■	■	■	■
Avaliar a presença e extensão da dor e do sofrimento.	■	■	■	■
Engajar pacientes ou familiares em parcerias para promover saúde, segurança, bem-estar, e autocuidado.	■	■	■	■

	Muito despreparado	Um pouco despreparado	Um pouco preparado	Muito preparado
Facilitar o consentimento informado do paciente para o cuidado.	■	■	■	■
Consultar especialistas clínicos antes de decidir desviar-se de protocolos baseados em evidência.	■	■	■	■
Demonstrar consciência de suas próprias forças e limitações como membro da equipe de cuidado.	■	■	■	■
Assumir o papel de membro ou líder da equipe de cuidado baseado na situação.	■	■	■	■
Comunicar-se com membros da equipe, adaptando seu estilo com base nas necessidades da equipe e da situação.	■	■	■	■
Comunicar o cuidado prestado e demandado em cada transição de cuidado (denominada <i>handoff</i>) para minimizar riscos.	■	■	■	■
Basear um plano individual de cuidado nos valores do paciente, conhecimento clínico e evidência.	■	■	■	■
Localizar publicações baseadas em evidência relacionadas aos tópicos e diretrizes da prática clínica.	■	■	■	■
Questionar a lógica das abordagens de rotina para o cuidado que resultam em desfechos inferiores aos desejados ou eventos adversos.	■	■	■	■
Utilizar ferramentas de melhoria da qualidade, como fluxogramas e diagramas de causa e efeito.	■	■	■	■
Identificar lacunas entre o cuidado real, no seu ambiente, e a melhor prática.	■	■	■	■
Avaliar os efeitos de mudanças na prática, utilizando métodos e medidas de melhoria da qualidade.	■	■	■	■
Demonstrar uso efetivo de estratégias para reduzir risco ou dano a si próprio ou outros.	■	■	■	■

	Muito despreparado	Um pouco despreparado	Um pouco preparado	Muito preparado
Comunicar observações ou preocupações relacionadas a riscos ou erros no ambiente de cuidado.	■	■	■	■
Utilizar sistemas organizacionais para reportar quase-erro e erro.	■	■	■	■
Utilizar ferramentas de gerenciamento de informação e tecnologia para apoiar processos seguros de cuidado.	■	■	■	■
Documentar e planejar o cuidado ao paciente num prontuário eletrônico de saúde	■	■	■	■
Usar tecnologias de comunicação para coordenar o cuidado aos pacientes.	■	■	■	■
Utilizar fontes eletrônicas de alta qualidade de informações de saúde.	■	■	■	■

6. Independentemente do seu nível de preparo, quão importante você considera que é para os enfermeiros, no primeiro ano de prática, serem capazes de:

	Muito sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Muito importante
Identificar os valores, preferências e necessidades expressas de pacientes, como parte da avaliação clínica.	■	■	■	■
Avaliar a presença e extensão da dor e do sofrimento.	■	■	■	■
Engajar pacientes ou familiares em parcerias para promover saúde, segurança, bem-estar, e autocuidado.	■	■	■	■
Facilitar o consentimento informado do paciente para o cuidado.	■	■	■	■
Consultar especialistas clínicos antes de decidir desviar-se de protocolos baseados em evidência.	■	■	■	■
Demonstrar consciência de suas próprias forças e limitações como membro da equipe de cuidado.	■	■	■	■

	Muito sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Muito importante
Assumir o papel de membro ou líder da equipe de cuidado baseado na situação.	■	■	■	■
Comunicar-se com membros da equipe, adaptando seu estilo com base nas necessidades da equipe e da situação.	■	■	■	■
Comunicar o cuidado prestado e demandado em cada transição de cuidado (denominada <i>handoff</i>) para minimizar riscos.	■	■	■	■
Basear um plano individual de cuidado nos valores do paciente, conhecimento clínico e evidência.	■	■	■	■
Localizar publicações baseadas em evidência relacionadas aos tópicos e diretrizes da prática clínica.	■	■	■	■
Questionar a lógica das abordagens de rotina para o cuidado que resultam em desfechos inferiores aos desejados ou eventos adversos.	■	■	■	■
Utilizar ferramentas de melhoria da qualidade, como fluxogramas e diagramas de causa e efeito.	■	■	■	■
Identificar lacunas entre o cuidado real, no seu ambiente, e a melhor prática.	■	■	■	■
Avaliar os efeitos de mudanças na prática utilizando métodos e medidas de melhoria da qualidade.	■	■	■	■
Demonstrar uso efetivo de estratégias para reduzir risco ou dano a si próprio ou outros.	■	■	■	■
Comunicar observações ou preocupações relacionadas a riscos ou erros no ambiente de cuidado.	■	■	■	■
Utilizar sistemas organizacionais para reportar quase-erro e erro.	■	■	■	■
Utilizar ferramentas de gerenciamento de informação e tecnologia para apoiar processos seguros de cuidado.	■	■	■	■

	Muito sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Muito importante
Documentar e planejar o cuidado ao paciente num prontuário eletrônico de saúde.	■	■	■	■
Usar tecnologias de comunicação para coordenar o cuidado aos pacientes.	■	■	■	■
Utilizar fontes eletrônicas de alta qualidade de informações de saúde.	■	■	■	■

7. Comentários:

APÊNDICE 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ELETRÔNICO PARA PARTICIPANTES

Prezado(a) estudante de graduação convido você a participar da pesquisa intitulada: Análise do Ensino sobre Qualidade e Segurança do Paciente a Graduandos de Enfermagem no Brasil.

Ao concordar em participar será disponibilizado para você um questionário eletrônico, com perguntas de múltipla escolha sobre conhecimentos, habilidades e atitudes relacionados a qualidade e segurança do paciente aprendidos por você durante o seu curso de graduação em Enfermagem.

Caso você concorde em participar, assinale seu consentimento abaixo e esteja ciente de que:

- Responder a esta pesquisa poderá envolver riscos ou desconfortos mínimos, relacionados à expressão da sua opinião. Garantimos o seu anonimato e em momento algum, você ou a instituição de ensino a qual está vinculado serão identificados na pesquisa.
- Você está livre para recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo.
- Não haverá nenhum custo ou remuneração pela sua participação. Caso se sinta, de alguma forma, prejudicado devido à coleta de dados, poderá requerer indenização junto aos órgãos competentes.
- Os dados obtidos serão utilizados unicamente para fins de pesquisa e não serão armazenados para estudos futuros.

Agradeço sua atenção e coloco-me à sua disposição para quaisquer esclarecimentos, pessoalmente, por e-mail ju.santana.freitas@gmail.com ou pelo telefone (11) 97534-9535. Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: (62) 3269-8338 e (62) 3269-8426.

Atenciosamente,

Juliana Santana de Freitas e Ana Elisa Bauer de Camargo Silva

Eu aceito participar da pesquisa e estou ciente de que as informações serão tratadas sigilosamente, e caso eu não queira mais participar da pesquisa, tenho liberdade de retirar este consentimento. Seguir para questionário.

Eu não gostaria de participar da pesquisa.

APÊNDICE 5 - VERSÃO BRASILEIRA FINAL DO QUALITY AND SAFETY EDUCATION FOR NURSES STUDENT EVALUATION SURVEY - QSEN SES Br

INTRODUÇÃO

Prezado estudante de Enfermagem,

Você está sendo convidado a preencher esta pesquisa como estudante do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade [colocar o nome aqui]. O projeto *Quality and Safety Education for Nurses - QSEN* (Ensino sobre Qualidade e Segurança para Enfermagem, em português) tem como foco preparar enfermeiros para seus papéis, garantindo ou melhorando a qualidade e segurança do cuidado aos pacientes.

Nós estamos interessados em sua opinião sobre aspectos específicos das suas experiências no curso de graduação em Enfermagem, em sala de aula, laboratórios de prática, clínicas e qualquer outro lugar onde o seu aprendizado tenha ocorrido. Por favor, responda todas as perguntas da pesquisa. Suas respostas individuais serão revisadas apenas pela equipe de pesquisadores. Um resumo das respostas dos estudantes de seu curso será enviado a sua Faculdade, para auxiliá-los a compreender a visão do estudante sobre o currículo.

Nós agradecemos antecipadamente pela sua participação.

1. Por favor, informe a Escola de Enfermagem à qual você está vinculado:

2. Em que período do curso de Enfermagem você está?

3. Qual o seu sexo?

4. Qual a sua idade?

() Menos de 20 anos () 20 - 29 anos () 30 - 39 anos () 40 anos ou mais

5. Você possui experiência de cuidado ao paciente, além da sua formação no curso de graduação em Enfermagem? Caso não, por favor, prossiga para a próxima página.

- Sim
- Não

6. Se você respondeu sim para a questão acima, por favor, indique a sua experiência. Selecione todos os campos que se aplicam:

	< 1 ano	1 - 2 anos	3 a 5 anos	> 5 anos
Auxiliar de Enfermagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Técnico de Enfermagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidador de Idosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instrumentador Cirúrgico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PESQUISA

7. Por favor, pense em todas as disciplinas do seu curso de Enfermagem. Da melhor forma que puder, para cada um dos tópicos listados abaixo, indique se você aprendeu sobre estes conteúdos e onde este aprendizado aconteceu. Marque todos que se aplicarem. Se você achar que um conteúdo não foi abordado pelo seu currículo, marque a opção “não foi abordado”.

	Sala de aula	Atividades do curso/ Leituras	Experiências clínicas	Laboratório/ Simulações	Não foi abordado
Contextos sociais, étnicos e culturais diversos como fontes de valores dos pacientes, familiares e da comunidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conceitos de dor e sofrimento, e as intervenções de Enfermagem associadas a eles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estratégias para empoderar pacientes e familiares como parceiros no cuidado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Princípios da comunicação efetiva com pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estratégias efetivas de comunicação e resolução de conflitos entre profissionais de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Áreas de atuação e papéis dos membros da equipe de Enfermagem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Áreas de atuação e papéis de outros profissionais da equipe de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sala de aula	Atividades do curso/ Leituras	Experiências clínicas	Laboratório/ Simulações	Não foi abordado
Impacto das diferenças de poder percebidas entre os papéis da equipe de saúde no trabalho em equipe e na segurança do paciente (Enfermagem e outras profissões).	■	■	■	■	■
Características da organização de saúde que influenciam o funcionamento efetivo da equipe.	■	■	■	■	■
Papel da evidência na determinação da melhor prática clínica.	■	■	■	■	■
Fontes confiáveis para localizar publicações baseadas em evidências e diretrizes para a prática clínica.	■	■	■	■	■
Estratégias para aprender sobre os resultados dos cuidados num ambiente clínico.	■	■	■	■	■
Métodos para determinar como a qualidade do cuidado num ambiente local se compara aos padrões nacionais.	■	■	■	■	■
Abordagens para melhoria dos processos de cuidado (melhoria da qualidade).	■	■	■	■	■
Papel dos fatores humanos e princípios básicos de <i>design</i> de segurança na garantia da segurança do paciente.	■	■	■	■	■
Benefícios e limitações das tecnologias que aumentam a segurança (ex: código de barras, bombas de infusão, alarmes).	■	■	■	■	■
Tipos gerais de erros e riscos nos cuidados.	■	■	■	■	■
Processos usados na análise das causas de erro (ex: análise de causa raiz).	■	■	■	■	■
Como a tecnologia e o gerenciamento das informações estão relacionados à qualidade e segurança do cuidado ao paciente.	■	■	■	■	■

8. Quão preparado você está para executar as seguintes ações e habilidades.

	Muito despreparado	Um pouco despreparado	Um pouco preparado	Muito preparado
Identificar valores, preferências e necessidades expressas de pacientes, como parte da avaliação clínica.	■	■	■	■
Avaliar a presença e extensão da dor e do sofrimento.	■	■	■	■
Engajar pacientes e familiares em parcerias para promover saúde, segurança, bem-estar, e autocuidado.	■	■	■	■
Facilitar o consentimento informado do paciente para o cuidado.	■	■	■	■
Consultar especialistas clínicos antes de decidir desviar-se de protocolos baseados em evidência.	■	■	■	■
Demonstrar consciência de suas próprias forças e limitações como membro da equipe de cuidado.	■	■	■	■
Assumir o papel de membro ou líder da equipe de cuidado baseado na situação.	■	■	■	■
Comunicar-se com membros da equipe, adaptando seu estilo com base nas necessidades da equipe e da situação.	■	■	■	■
Comunicar o cuidado prestado e demandado em cada transição de cuidado (denominada <i>handoff</i>) para minimizar riscos.	■	■	■	■
Basear um plano individual de cuidado nos valores do paciente, conhecimento clínico e evidência.	■	■	■	■
Localizar publicações baseadas em evidência relacionadas aos tópicos e diretrizes da prática clínica.	■	■	■	■
Questionar a lógica das abordagens de rotina para o cuidado que resultam em desfechos inferiores aos desejados ou eventos adversos.	■	■	■	■

	Muito despreparado	Um pouco despreparado	Um pouco preparado	Muito preparado
Utilizar ferramentas de melhoria da qualidade como fluxogramas e diagramas de causa e efeito.	■	■	■	■
Identificar lacunas entre o cuidado real, no seu ambiente, e a melhor prática.	■	■	■	■
Avaliar os efeitos de mudanças na prática, utilizando métodos e medidas de melhoria da qualidade.	■	■	■	■
Demonstrar uso efetivo de estratégias para reduzir risco ou dano a si próprio ou outros.	■	■	■	■
Comunicar observações ou preocupações relacionadas a riscos ou erros no ambiente de cuidado.	■	■	■	■
Utilizar sistemas organizacionais para reportar quase-erro e erro.	■	■	■	■
Utilizar ferramentas de gerenciamento de informação e tecnologia para apoiar processos seguros de cuidado.	■	■	■	■
Documentar e planejar o cuidado ao paciente num prontuário eletrônico de saúde	■	■	■	■
Usar tecnologias de comunicação para coordenar o cuidado aos pacientes.	■	■	■	■
Utilizar fontes eletrônicas de alta qualidade de informações de saúde.	■	■	■	■
	■	■	■	■

9. Independentemente do seu nível de preparo, quão importante você considera que é para os enfermeiros, no primeiro ano de prática, serem capazes de:

	Muito sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Muito importante
Identificar os valores, preferências e necessidades expressas de pacientes, como parte da avaliação clínica.	■	■	■	■
Avaliar a presença e extensão da dor e do sofrimento.	■	■	■	■

	Muito sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Muito importante
Engajar pacientes e familiares em parcerias para promover saúde, segurança, bem-estar, e autocuidado.	■	■	■	■
Facilitar o consentimento informado do paciente para o cuidado.	■	■	■	■
Consultar especialistas clínicos antes de decidir desviar-se de protocolos baseados em evidência.	■	■	■	■
Demonstrar consciência de suas próprias forças e limitações como membro da equipe de cuidado.	■	■	■	■
Assumir o papel de membro ou líder da equipe de cuidado baseado na situação.	■	■	■	■
Comunicar-se com membros da equipe, adaptando seu estilo com base nas necessidades da equipe e da situação.	■	■	■	■
Comunicar o cuidado prestado e demandado em cada transição de cuidado (denominada <i>handoff</i>) para minimizar riscos.	■	■	■	■
Basear um plano individual de cuidado nos valores do paciente, conhecimento clínico e evidência.	■	■	■	■
Localizar publicações baseadas em evidência relacionadas aos tópicos e diretrizes da prática clínica.	■	■	■	■
Questionar a lógica das abordagens de rotina para o cuidado que resultam em desfechos inferiores aos desejados ou eventos adversos.	■	■	■	■
Utilizar ferramentas de melhoria da qualidade, como fluxogramas e diagramas de causa e efeito.	■	■	■	■
Identificar lacunas entre o cuidado real, no seu ambiente, e a melhor prática.	■	■	■	■
Avaliar os efeitos de mudanças na prática utilizando métodos e medidas de melhoria da qualidade.	■	■	■	■

	Muito sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Muito importante
Demonstrar uso efetivo de estratégias para reduzir risco ou dano a si próprio ou outros.	■	■	■	■
Comunicar observações ou preocupações relacionadas a riscos ou erros no ambiente de cuidado.	■	■	■	■
Utilizar sistemas organizacionais para reportar quase-erro e erro.	■	■	■	■
Utilizar ferramentas de gerenciamento de informação e tecnologia para apoiar processos seguros de cuidado.	■	■	■	■
Documentar e planejar o cuidado ao paciente num prontuário eletrônico de saúde.	■	■	■	■
Usar tecnologias de comunicação para coordenar o cuidado aos pacientes.	■	■	■	■
Utilizar fontes eletrônicas de alta qualidade de informações de saúde.	■	■	■	■

10. Comentários:

Anexos

ANEXO 1 - QUALITY AND SAFETY EDUCATION FOR NURSES STUDENT EVALUATION SURVEY (QSEN SES)

INTRODUCTION

Dear Nursing Student Colleague,

You are being asked to complete this survey because your school of Nursing [insert your text here]. The Quality and Safety Education for Nurses (QSEN) Project (funded by the Robert Wood Johnson Foundation) focuses on preparing nurses for their roles in assuring or improving the quality and safety of patient care.

We are interested in your views about selected aspects of your Nursing school experiences in the classroom, clinical labs, clinical agencies and anywhere else your learning occurred. Please answer each question in the survey. Your individual responses will be reviewed only by an evaluation team [insert additional information about reviewers]. A summary of the student responses from your school will be provided to your faculty, however, to help them understand student views of the curriculum.

We congratulate you on your approaching graduation and thank you in advance for your participation.

1. A. Please inform the Nursing School with wich you are affiliated:

2. B. Do you have patient care experience outside of your Nursing school education? If no, please proceed to the next page.

- Yes
- No

3. C. If you answered yes to the above question, please indicate your experience. Select all that apply:

	< 1 year	1 - 2 years	3 a 5 years	> 5 years
LNP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CNA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Technician	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non-credentialed assistant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SURVEY

4. A. Please think back across the courses in your Nursing program. To the best of your ability, for each of the topics listed below, indicate if you learned about these content areas and where this learning took place. Check all that apply. If you do not think this content was covered in your program, check the “not covered” box.

	Classroom	Course Assingments/ Readings	Clinical Experiences	Lab/ Simulations	Not Covered
Diverse cultural, ethnic, and social backgrounds as sources of patient, family, and community values.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concepts of pain and suffering, and associated Nursing interventions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strategies to empower patients or families as partners in care.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Principles of effective communication with patients.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effective strategies for communication and resolving conflict among health care providers.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scopes of practice and roles of Nursing team members.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scopes of practice and roles of other professional on the health care team.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impact of perceived power differences among the health care team roles on teamwork and patient safety (Nursing and other disciplines).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Health care organization characteristics that influence effective team functioning.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
The role of evidence in determining best clinical practice.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reliable sources for locating evidence-based reports and clinical practice guidelines.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strategies for learning about the outcomes of care in a clinical setting.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methods for determining how care quality in a local setting compares to national benchmarks.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Approaches to improving processes of care (quality improvement).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Classroom	Course Assingments/ Readings	Clinical Experiences	Lab/ Simulations	Not Covered
Role of human factors and basic safety design principles in assuring safety.	■	■	■	■	■
Benefits and limitations of safety enhancing Technologies (e.g., bar coding, medication pumps, alarms).	■	■	■	■	■
General types of erros and hazards in care.	■	■	■	■	■
Processes used in analyzing causes of error (e.g., root cause analysis).	■	■	■	■	■
How technology and information management are related to the quality and safety of patient care.	■	■	■	■	■

5. B. How prepared are you to perform the following actions and skills?

	Very Unprepared	Somewhat Unprepared	Somewhat Prepared	Very Prepared
Elicit patient values, preferences, and expressed needs as part of clinical assessment.	■	■	■	■
Assess presence and extent of pain and suffering.	■	■	■	■
Engage patients or designated surrogates in partnerships to promote health, safety, well-being, and self-care.	■	■	■	■
Facilitate informed patient consent for care.	■	■	■	■
Consult with clinical experts before deciding to deviate from evidence based protocols.	■	■	■	■
Demonstrate awareness of own strengths and limitations as a care team member.	■	■	■	■
Assume the role of care team member or leader based on the situation.	■	■	■	■
Communicate with team members adapting style based on needs of the team and situation.	■	■	■	■
Communicate care provided and needed at each transition in care (referred to as handoffs) to minimize risk.	■	■	■	■

	Very Unprepared	Somewhat Unprepared	Somewhat Prepared	Very Prepared
Base an individualized care plan on patient values, clinical expertise and evidence.	■	■	■	■
Locate evidence reports related to clinical practice topics and guidelines.	■	■	■	■
Question rationale for routine approaches to care that result in less than desirable outcomes or adverse events.	■	■	■	■
Use quality improvement tools such as flow charts, cause/effect diagrams.	■	■	■	■
Identify gaps between actual care in your setting and best practice.	■	■	■	■
Evaluate the effect of practice changes using quality improvement methods and measures.	■	■	■	■
Demonstrate effective use of strategies to reduce risk of harm to self or others.	■	■	■	■
Communicate observations or concerns related to hazards or errors in the care environment.	■	■	■	■
Use organizational systems for near miss and error reporting.	■	■	■	■
Use technology and information management tools to support safe processes of care.	■	■	■	■
Document and plan patient care in an electronic health record.	■	■	■	■
Use communication technologies to coordinate care for patients.	■	■	■	■
Use high quality electronic sources of health care information.	■	■	■	■

6. C. Regardless of your level of preparation, how important do you think it is that nurses in their first year of practice are able to:

	Very Unimportant	Somewhat Unimportant	Somewhat Important	Very Important
Elicit patient values, preferences, and expressed needs as part of clinical assessment.	■	■	■	■
Assess presence and extent of pain and suffering.	■	■	■	■

	Very Unimportant	Somewhat Unimportant	Somewhat Important	Very Important
Engage patients or designated surrogates in partnerships to promote health, safety, well-being, and self-care.	■	■	■	■
Facilitate informed patient consent for care.	■	■	■	■
Consult with clinical experts before deciding to deviate from evidence based protocols.	■	■	■	■
Demonstrate awareness of own strengths and limitations as a care team member.	■	■	■	■
Assume the role of care team member or leader based on the situation.	■	■	■	■
Communicate with team members adapting style based on needs of the team and situation.	■	■	■	■
Communicate care provided and needed at each transition in care (referred to as handoffs) to minimize risk.	■	■	■	■
Base an individualized care plan on patient values, clinical expertise and evidence.	■	■	■	■
Locate evidence reports related to clinical practice topics and guidelines.	■	■	■	■
Question rationale for routine approaches to care that result in less than desirable outcomes or adverse events.	■	■	■	■
Use quality improvement tools such as flow charts, cause/effect diagrams.	■	■	■	■
Identify gaps between actual care in your setting and best practice.	■	■	■	■
Evaluate the effect of practice changes using quality improvement methods and measures.	■	■	■	■
Demonstrate effective use of strategies to reduce risk of harm to self or others.	■	■	■	■
Communicate observations or concerns related to hazards or errors in the care environment.	■	■	■	■

	Very Unimportant	Somewhat Unimportant	Somewhat Important	Very Important
Use organizational systems for near miss and error reporting.	■	■	■	■
Use technology and information management tools to support safe processes of care.	■	■	■	■
Document and plan patient care in an electronic health record.	■	■	■	■
Use communication technologies to coordinate care for patients.	■	■	■	■
Use high quality electronic sources of health care information.	■	■	■	■

7. Comments:

ANEXO 2 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFG - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise do ensino sobre qualidade e segurança do paciente a graduandos de Enfermagem do Brasil.

Pesquisador: Juliana Santana de Freitas

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79013317.1.0000.5078

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.403.239

Apresentação do Projeto:

Conforme declara a pesquisadora a qualidade e a segurança do paciente são conteúdos disciplinares que chegaram com força nas últimas décadas na área da Saúde, com o objetivo

de auxiliar no alcance de uma assistência com mínimo risco ao cliente, livre de eventos adversos e alto grau de satisfação por parte dos usuários.

Nesse universo profissional a enfermagem cumpre um papel de segurança vital e têm o potencial de detectar erros, omissões e riscos antes da ocorrência de danos. Para tanto, a educação dos enfermeiros tem sido considerada um fator chave e fundamental.

Critério de Inclusão:

Fase II: Serão incluídos no estudo alunos regularmente matriculados no penúltimo e último semestre do curso de enfermagem, que tenham integralizado 80% da carga horária do curso e possuam endereço de e-mail válido para receber o instrumento de coleta de dados.

Fase III: Serão incluídos no estudo todos os professores que ministrem aula no curso de graduação em enfermagem de sua instituição e atuem nesta por um período mínimo de 1 ano.

Critério de Exclusão:

Fase II: Serão excluídos alunos provenientes de transferência de outra instituição, ou outro curso, e alunos afastados das atividades por licença médica, no período da coleta de dados.

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcfg@yahoo.com.br

UFG - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



Continuação do Parecer: 2.403.239

Fase III: Serão excluídos do estudo professores temporários, e/ou substitutos, e ainda aqueles que estiveram afastados de suas atividades por um período superior a 3 meses no último ano.

Metodologia Proposta:

Trata-se de um estudo misto com referencial quantitativo, organizado em cinco fases. A primeira fase consistirá em estudo metodológico de adaptação cultural e validação dos instrumentos Quality and Safety Education for Nurses Student Evaluation Survey (QSEN SES) e Healthcare Professionals Patient Safety Assessment Curriculum Survey (HPPSACS). A adaptação cultural será fundamentada nas "Recomendações para Adaptação Cultural de Medidas de Estados de Saúde" (BEATON et al, 2007), e seguirá os seguintes estágios: tradução da escala, síntese das traduções, tradução de volta a língua de origem, revisão do Comitê de Juízes, teste da versão pré-final da escala e submissão e validação dos relatórios pelo autor do instrumento.

A fim de verificar se as versões adaptadas do QSEN SES e HPPSACS apresentam performance semelhante as versões originais, será realizada análise psicométrica.

As validades de face e de conteúdo serão verificadas pelo consenso obtido pela equipe de especialistas.

A análise da confiabilidade dos instrumentos adaptados será realizada pelo cálculo do Coeficiente Alfa de Cronbach.

A segunda fase do estudo, de desenho descritivo, consistirá na avaliação das competências de qualidade e segurança auto-relatadas por estudantes de cursos de graduação em enfermagem. A pesquisa será realizada com estudantes de escolas públicas de enfermagem brasileiras.

A terceira fase, também de desenho descritivo, consistirá na avaliação das competências de qualidade e segurança auto-relatadas por professores de cursos de graduação em enfermagem. A pesquisa será realizada com professores de escolas públicas de enfermagem brasileiras.

Os dados coletados nas fases II e III serão analisados no Programa Statical Package for Social Science (SPSS) versão 24.0 que será utilizado para o cálculo das análises descritivas, de variabilidade e de tendência central.

A quarta fase do estudo será de desenho metodológico de adaptação da escala "Conhecimento" do QSEN SES para avaliação de projeto político-pedagógico (PPP) e planos de disciplinas (PD) de cursos de enfermagem. As validades de face e de conteúdo serão verificadas pelo consenso obtido pela equipe de especialistas. A análise da confiabilidade do instrumento será realizada pelo cálculo do Coeficiente Alfa de Cronbach.

A última fase do estudo consistirá em estudo documental de avaliação do PPP e PD utilizados nos

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitario **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcfg@yahoo.com.br

UFG - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



Continuação do Parecer: 2.403.239

curso de enfermagem das instituições selecionadas na segunda e terceira fase deste estudo.

A análise documental será operacionalizada seguindo-se as etapas: apuração e organização do material; e análise crítica do documento – caracterização, descrição e comentários, fichamento, levantamento de assuntos recorrentes, codificação, evidência do núcleo emergente, decodificação, interpretação e inferência (MOREIRA, 2005). O instrumento elaborado na fase IV desta pesquisa guiará a análise crítica dos PPP e PD. Os dados coletados serão analisados no Programa SPSS versão 24.0

que será utilizado para o cálculo das análises descritivas, de variabilidade e de tendência central. O projeto seguirá os preceitos éticos e legais da

Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar os cursos de graduação em enfermagem brasileiros em relação a conteúdos e métodos de ensino sobre qualidade e segurança do paciente.

Objetivo Secundário:

- Realizar a tradução e adaptação cultural do Quality and Safety Education for Nurses Student Evaluation Survey (QSEN SES) para uso no Brasil.
- Realizar a tradução e adaptação cultural do Healthcare Professionals Patient Safety Assessment Curriculum Survey (HPPSACS) para uso no Brasil.
- Avaliar a validade de face, de conteúdo e de constructo das versões adaptadas do QSEN SES e HPPSACS por meio da análise de um comitê de juízes.
- Avaliar a confiabilidade das versões adaptadas do QSEN SES e HPPSACS, pela análise da consistência interna de seus itens.
- Avaliar as competências auto-relatadas de qualidade e segurança do paciente de estudantes de graduação em enfermagem brasileiros por meio da aplicação das versões adaptadas do QSEN SES e HPPSACS.
- Avaliar as competências auto-relatadas de qualidade e segurança do paciente de professores de cursos de graduação em enfermagem brasileiros por meio da aplicação das versões adaptadas do QSEN SES e HPPSACS.
- Realizar a adaptação da escala "Conhecimento" do QSEN SES para avaliar os projetos político-pedagógicos e planos de disciplinas utilizados nos cursos de graduação em enfermagem brasileiros.

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitario **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cepcufg@yahoo.com.br

UFG - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



Continuação do Parecer: 2.403.239

- Avaliar a validade de face e de conteúdo da versão adaptada da escala "Conhecimento" do QSEN SES, por meio da análise de um comitê de juízes.
- Avaliar os projetos político-pedagógicos e planos de disciplinas utilizados nos cursos de graduação em enfermagem brasileiros afim de identificar os conteúdos relacionados à qualidade e segurança do paciente desenvolvidos, e sua consonância com as Competências do QSEN Institute.
- Comparar os conteúdos de qualidade e segurança do paciente identificados nos projetos político-pedagógicos e planos de disciplinas e as competências auto-relatadas por estudantes de graduação em enfermagem e seus professores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa poderá expor os indivíduos participantes do estudo a riscos mínimos, que são aqueles inerentes à vida cotidiana, como algum possível desconforto ou constrangimento imediato ao indicar situações que possam lhes parecer inadequadas, em relação à instituição de ensino a qual estão vinculados, ou à sua formação/atuação enquanto graduando/professor do curso de enfermagem.

Benefícios:

Acredita-se que os benefícios desta pesquisa se estenderão aos estudantes, educadores e gestores de cursos de graduação em Enfermagem do Brasil, por meio da obtenção de um diagnóstico sobre o ensino da temática qualidade e segurança do paciente em instituições brasileiras, com indicações de pontos de melhoria que deverão ser efetivados, visando colaborar para a transformação da realidade de insegurança observada em nosso sistema de saúde atual.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Relevância da proposta: Estima-se que o resultado deste estudo se estenderão aos estudantes, educadores e gestores de cursos de graduação em Enfermagem do Brasil, por meio da obtenção de um diagnóstico sobre o ensino da temática qualidade e segurança do paciente em instituições brasileiras, com indicações de pontos de melhoria que deverão ser efetivados, visando colaborar para a transformação da realidade de insegurança observada em nosso sistema de saúde atual.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios necessários foram apresentados adequadamente conforme a RESOLUÇÃO Nº 466/12.

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitario **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcufig@yahoo.com.br

**UFG - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS**



Continuação do Parecer: 2.403.239

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considera-se que o projeto não possui nenhum óbice ético e que possui relevância científica, tendo possíveis benefícios para a população estudada. Para tanto, recomendo a aprovação do mesmo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás-CEP/HC/UFG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e na Norma Operacional CNS 001/13, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Lembramos que o pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/HC/UFG, através de Notificação via Plataforma Brasil, os relatórios trimestrais/semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusões e publicações.

O CEP/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 466/12 e suas complementares.

Situação: Protocolo aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_866240.pdf	25/09/2017 08:48:05		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_ENSINO_SEGURANCA_DO_PACIENTE_JULIANA_FREITAS.pdf	25/09/2017 08:47:30	Juliana Santana de Freitas	Aceito
Orçamento	ORCAMENTOPROJETO.pdf	09/08/2017 15:49:30	Juliana Santana de Freitas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLETRADUCAOEADAPTACAODEES CALAQSENSES.pdf	09/08/2017 15:42:11	Juliana Santana de Freitas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLETRADUCAOEADAPTACAODEES CALAHPPSACS.pdf	09/08/2017 15:41:58	Juliana Santana de Freitas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLEPROFESSORES.pdf	09/08/2017 15:41:42	Juliana Santana de Freitas	Aceito

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitario **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcfg@yahoo.com.br

UFG - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



Continuação do Parecer: 2.403.239

Ausência	TCLEPROFESSORES.pdf	09/08/2017 15:41:42	Juliana Santana de Freitas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEESTUDANTES.pdf	09/08/2017 15:41:32	Juliana Santana de Freitas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEADAPTACAODOINSTRUMENTO. pdf	09/08/2017 15:41:19	Juliana Santana de Freitas	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMADEATIVIDADESOPR OJETO.pdf	09/08/2017 15:41:01	Juliana Santana de Freitas	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_JULIANA_FREITA S.pdf	12/07/2017 15:34:55	Juliana Santana de Freitas	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 28 de Novembro de 2017

Assinado por:
JOSE MARIO COELHO MORAES
(Coordenador)

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitario **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcufig@yahoo.com.br

ANEXO 3 - AUTORIZAÇÃO PARA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO QUALITY AND SAFETY EDUCATION FOR NURSES STUDENT EVALUATION SURVEY (QSEN SES)

Juliana De Freitas 

May 2, 2017 at 6:01 PM

JD

Re: QSEN Student Evaluation Survey (SES)

[Details](#)

To: Denise Hirst, Cc: sullivand@sacredheart.edu, dori.sullivan@duke.edu, lincron@email.unc.edu & 1 more

Hello Denise.

I hope you are well.

I already presented the QSEN SES for Dr Mary Dolansky, who is my advisor, and we decided to use the instrument in my PhD study.

So, I want to ask your formal permission to perform cross-cultural translation and adaptation of the QSEN SES for use in Brazil.

My study objectives are:

- To evaluate self-reported quality and safety competencies of Brazilian undergraduate nursing students by applying the QSEN SES adapted version.
- To evaluate self-reported quality and safety competencies of Brazilian nursing professors by applying the QSEN SES adapted version.
- To perform adaptation of the QSEN SES Knowledge Subscale to evaluate the curricula used in Brazilian undergraduate nursing courses.
- To evaluate, with a panel of experts, the validity of face and content of the QSEN SES Knowledge Subscale adapted to evaluate the curricula used in Brazilian undergraduate nursing courses.
- To evaluate the curricula used in Brazilian undergraduate nursing courses to identify the contents related to quality and safety developed, and that's contents' consonance with the QSEN Institute Competencies.
- To compare the quality and safety contents identified in the curricula, and the self-reported quality and safety knowledge of Brazilian undergraduate nursing students and their professors.

I will keep you update about the results.

Thank you.

Sincerely,

--

Juliana Santana de Freitas
PhD Student, MSN
Case Western Reserve University
Frances Payne Bolton School of Nursing

Cronenwett, Linda R

May 8, 2017 at 9:36 PM

LC

RE: QSEN Student Evaluation Survey (SES)

[Details](#)

To: Juliana De Freitas, Denise Hirst, Cc: sullivand@sacredheart.edu, dori.sullivan@duke.edu, Hirst, Denise R

 New contact info found in this email: Linda R Cronenwett lincron@email.unc.edu

add... 

Dear Juliana,

In case Denise is unavailable at this time, I think I can speak for our team and give you the permission you seek to use the instrument as outlined below. If you need anything further from us, let us know. Best wishes on your work,
Linda Cronenwett

Linda Cronenwett, PhD, RN, FAAN
Dean Emerita and Professor
School of Nursing
University of North Carolina at Chapel Hill, and
Co-Director, RWJF Executive Nurse Fellows Program
lcronenwett@unc.edu
231-845-1380 (MI)
919-643-0235 (NC)

**ANEXO 4 - AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA NA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS****C E R T I D ã O**

Certifico que em reunião **Ordinária** realizada no dia **07/10/2016**, o **Conselho Diretor** da Faculdade de Enfermagem da UFG, apreciou e aprovou o parecer da Comissão de Pesquisa, apresentado pela Conselheira Sandra Maria Brunini de Souza, referente ao Projeto de Pesquisa intitulado "**Análise do Ensino de Segurança do Paciente a Graduandos de Enfermagem no Brasil**", da pesquisadora Juliana Santana de Freitas, sob a Coordenação da Prof^a Ana Elisa Bauer de Camargo Silva, a realizar pesquisa com os alunos nas dependências da Faculdade.

Coordenação Administrativa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, aos 10 dias do mês de outubro do ano dois mil e dezesseis.


Lavínia Figueirêdo Leão Correia
Coordenação Administrativa / FEN / UFG

ANEXO 5 - AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas. Unifal-MG
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas, MG. CEP: 37130-000
Fone: (35) 3299-1000. Fax: (35) 3299-1063

ESCOLA DE ENFERMAGEM



Alfenas, 22 de novembro de 2016.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás – CEP/UFG
A/C. Prof. Dr. João Batista de Souza
Coordenador do CEP/UFG

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Eu, Prof^ª. Dr^ª. Eliza Maria Rezende Dázio, diretora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, venho por meio desta informar a V. S^ª. que autorizo a pesquisadora Juliana Santana de Freitas, aluna do curso de doutorado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás – UFG, a realizar a pesquisa intitulada “Análise do Ensino de Segurança do Paciente a Graduandos de Enfermagem no Brasil”, sob orientação da Prof^ª. Dr^ª. Ana Elisa Bauer de Camargo Silva. Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Profa. Dra. Eliza Maria Rezende Dázio
Diretora da Faculdade de Enfermagem
Universidade Federal de Alfenas UNIFAL-MG

ANEXO 6 - AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ



Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Departamento de Enfermagem
Rua Alexandre Baraúna, 1115 Rodolfo Teófilo Fortaleza-CE
CEP: 60430-160 Fone: (85) 3366 8455 Fax: (85) 3366 8451

Fortaleza, 20 de outubro de 2016.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás – CEP/UFG
A/c. Prof. Dr. João Batista de Souza
Coordenador do CEP/UFG

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Eu, Prof^a. Dr^a. Marli Teresinha Gimeniz Galvão, Chefe do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, venho por meio desta informar a V. S^a. que autorizo a pesquisadora Juliana Santana de Freitas, aluna do curso de doutorado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás – UFG, a realizar a pesquisa intitulada “Análise do Ensino de Segurança do Paciente a Graduandos de Enfermagem no Brasil”, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Ana Elisa Bauer de Camargo Silva. Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Assinatura manuscrita em tinta roxa de Marli Teresinha Gimeniz Galvão.

Prof^a. Dra. Marli Teresinha Gimeniz Galvão
Chefe do Departamento de Enfermagem
Universidade Federal do Ceará