Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem

Nínive Pita Gomes de Oliveira

Adaptação transcultural e evidências de validade de conteúdo da versão brasileira do instrumento "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)"

Rio de Janeiro
2023

Nínive Pita Gomes de Oliveira

Adaptação transcultural e evidências de validade de conteúdo da versão brasileira do instrumento "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)"

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.ª Dra. Cintia Silva Fassarella

Coorientadora: Prof.ª Dra. Cristiane Helena Gallasch

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

O48 Oliveira, Nínive Pita Gomes de.
Adaptação transcultural e evidências de validade de conteúdo da versão brasileira do instrumento "Eventos Adversos Associados às práticas de Enfermagem (EAAPE)" / Nínive Pita Gomes de Oliveira. – 2023.
186 f.

Orientadora: Cintia Silva Fassarella
Coorientadora: Cristiane Helena Gallasch
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Evento adverso de assistência à saúde. 2. Cuidados de enfermagem. 3. Comparação transcultural. 4. Inquéritos e questionários. 5. Reprodutibilidade dos testes. 6. Estudo de validação I. Fassarella, Cintia Silva. II. Gallasch, Cristiane Helena. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. IV. Título.

CDU
614.253.5

Bibliotecária: Adriana Caamaño CRB7/5235

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta Dissertação, desde que citada a fonte.

_____ _____
Assinatura Data

Nínive Pita Gomes de Oliveira

Adaptação transcultural e evidências de validade de conteúdo da versão brasileira do instrumento "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)"

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 14 de fevereiro de 2023.

Banca Examinadora:

_____

Prof.ª Dra. Cintia Silva Fassarella (Orientadora)

Faculdade de Enfermagem – UERJ

_____

Prof.ª Dra. Cristiane Helena Gallasch (Coorientadora)

Faculdade de Enfermagem – UERJ

_____

Prof.ª Dra. Sara Maria Oliveira Pinto

Escola Superior de Enfermagem do Porto

_____

Prof.ª Dra. Flávia Giron Camerini

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2023

AGRADECIMENTOS

Todo agradecimento, toda honra e toda glória seja dada Àquele que me permitiu chegar até aqui, mesmo quando nem eu acreditava em mim.

A minha família, que é meu suporte e amparo, suas orações me sustentaram até aqui.

Ao meu marido, amigo e grande incentivador, obrigada pela paciência, pela parceria e por não permitir que eu fraquejasse ao longo do caminho, você me fez forte! Amo você!

A meu filho amado Arthur, obrigada por mesmo sem entender ser meu combustível, minha potência, e minha inspiração para ser melhor e fazer melhor a cada dia.

A minha mãezinha que tanto pediu à Ele por mim, obrigada pelo melhor cuidado do mundo com o Arthur para que eu pudesse estudar, assistir aulas, ter orientações... Mãe, sem a senhora isso nunca seria possível! Te amo!

Ao meu papai, meu anjinho lá do céu, que não está presente fisicamente, mas está em todas as outras formas...

Ah, minha orientadora querida! Pessoa que reconheço como uma referência e mentora no domínio da enfermagem, sua garra e força me motivam! Obrigada pela confiança, não me imagino nessa caminhada sem você! Prof.ª Drª Cintia Fassarella obrigada por me abençoar com sua parceria e suas lições de vida!

A minha co-orientadora super, hiper, master! Seu apoio veio na hora certa! Obrigada pelas trocas, pelas possibilidades, pelos ensinos e pela confiança! Que honra ter você comigo até aqui!

A minha dupla! Minha parceira que virou amiga, confidente! Lili, Deus é perfeito, ele sabia que eu precisaria de você nesse processo! Com certeza tudo foi melhor com a sua companhia, seu apoio e seus ouvidos (hahaha). Amiga, Deus é fiel, nós conseguimos! Eu vibro por sua conquista também!

Aos grupos de pesquisa TESPAH e Concepções teóricas para cuidar em saúde e enfermagem, vocês contribuíram grandiosamente para a pesquisadora que me tornei. Obrigada pelas trocas e por cada palavra de incentivo e de confiança!

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

O meu sincero agradecimento a todos!

RESUMO

OLIVEIRA, N.P.G. **Adaptação transcultural e evidências de validade de conteúdo da versão brasileira do instrumento "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)"**. 2023. 186 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Objetivos: realizar a adaptação transcultural do questionário "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)" para a língua portuguesa do Brasil, apresentando suas evidências de validade de conteúdo; analisar a qualidade da equivalência linguística entre a versão original do instrumento "Eventos Adversos Associado às Práticas de Enfermagem (EAAPE)" e a versão obtida após os procedimentos de adaptação transcultural; investigar as evidências de validade de conteúdo da versão brasileira do instrumento "Eventos Adversos Associado às Práticas de Enfermagem (EAAPE)". Método: trata-se de um estudo psicométrico, com o intuito de avaliar e validar um instrumento para que seja preciso, confiável e utilizável posteriormente em diversos cenários da saúde. O percurso metodológico foi desenvolvido seguindo as recomendações reconhecidas internacionalmente em 11 etapas, adotado a fim de garantir a qualidade do instrumento adaptado. O cenário de pesquisa foi um hospital público e universitário, situado no Estado do Rio de Janeiro. Os participantes da fase de teste cognitivo foram enfermeiros com práticas assistências nas enfermarias clínicas, cirúrgicas ou de terapias intensivas. Resultados: a análise das equivalências resultou em 99,2% de taxa de concordância entre os especialistas acima de 80%. Todos os itens que receberam algum tipo de observação foram revisados. Quanto às evidências de validade de conteúdo, o instrumento apresentou bons índices para uma versão com 55 itens, assim como o original. Quanto à avaliação pelos participantes da fase de teste cognitivo, 100% não relatou dificuldade de compreensão durante o preenchimento do instrumento Conclusão: a versão brasileira do EAAPE intitula-se "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)" – com 55 itens, e apresenta boas evidências de validade de conteúdo para avaliar os eventos adversos associados às práticas de enfermagem na perspectiva de processo e de resultado no contexto da realidade dos serviços hospitalares brasileiros.

Palavras-chave: Eventos adversos. Cuidados de enfermagem. Equipe de enfermagem. Segurança do paciente. Psicometria. Estudos de validação.

ABSTRACT

OLIVEIRA, N.P.G. **Cross-cultural adaptation and evidence of content validity of the Brazilian version of the "Adverse Events Associated with Nursing Practices (EAAPE) instrument"**. 2023. 186 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Objectives: carry out the cross-cultural adaptation of the questionnaire "Adverse Events Associated with Nursing Practices (EAAPE)" into Brazilian Portuguese, presenting its evidence of content validity; to analyze the quality of the linguistic equivalence between the original version of the instrument "Adverse Events Associated with Nursing Practices (EAAPE)" and the version obtained after the cross-cultural adaptation procedures; to investigate the content validity evidence of the Brazilian version of the instrument "Adverse Events Associated with Nursing Practices (EAAPE)". Method: this is a psychometric study, with the aim of evaluating and validating an instrument so that it is accurate, reliable and later usable in different health scenarios. The methodological course of this study was developed in accordance with the recommendations of the main authors involved in this process and with internationally recognized publications. The 11 steps proposed by the adopted literature were carried out in order to guarantee the quality of the adapted instrument. For the analysis of equivalences by experts, the concordance index was used and, to verify the evidence of content validity from the experts' assessment for the criteria of clarity, relevance, relevance and dimensionality, the Content Validity Ratio was calculated. The research setting was a public and university hospital, located in the State of Rio de Janeiro. Participants in the cognitive test (or pre-test) phase were nurses with practical assistance in clinical, surgical or intensive care wards. All participants signed the Free and Informed Consent Form, receiving a copy. Results: The analysis of equivalences resulted in a 99.2% agreement rate between experts above 80%. All items that received some type of observation were reviewed. As for evidence of content validity, the instrument showed good rates for a version with 55 items, as well as the original. As for the assessment by the participants of the cognitive test phase, 100% did not report difficulty in understanding when filling out the instrument. **Conclusion:** The Brazilian version of the EAAPE is entitled "Adverse Events Associated with Nursing Practices (EAAPE)" - with 55 items and presents good evidence of content validity to evaluate adverse events associated with nursing practices from the perspective of process and outcome in the context of the reality of Brazilian hospital services.

Keywords: Adverse events. Nursing care. Nursing team. Patient safety. Psychometry. Validation studies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Etapas metodológicas para adaptação transcultural – Rio de Janeiro, 2022..... 46
Figura 2 – Fórmula para cálculo por meio do Índice de concordância – Rio de Janeiro, 2022..... 50
Figura 3 – Fórmula do *Content Validity Ratio* (CVR) para análise de evidência de validade de conteúdo – Rio de Janeiro, 2022..... 52

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação de dano ao paciente ocasionado pelo incidente..... 24

Quadro 2 - Tradução 1 (T1) e Tradução 2 (T2) obtidas por meio de tradutores independente - Rio de Janeiro – 2022..... 59

Quadro 3 - Reconciliação obtida por meio de um tradutor independente - Rio de Janeiro – 2022..... 66

Quadro 4 - Retrotradução obtida por meio de um tradutor independente - Rio de Janeiro – 2022..... 75

Quadro 5 - Quadro comparativo contendo todas as versões do EAAPE - Rio de Janeiro – 2022..... 82

Quadro 6 - Versão de pré-finalização instrumento EAAPE para teste cognitivo e validação linguística – Rio de Janeiro - 2022..... 129

Quadro 7 - Avaliação da qualidade psicométrica da adaptação transcultural - Rio de Janeiro - 2022..... 142

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Índice de concordância da análise das equivalências da versão brasileira preliminar do Instrumento "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)" - Rio de Janeiro, 2022..... 94

Tabela 2 - Reavaliação dos resultados das análises de equivalências da versão brasileira preliminar do Instrumento "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)" - Rio de Janeiro, 2022..... 101

Tabela 3 - *Content Validity Ratio* calculado para a versão brasileira preliminar do Instrumento "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)" - Rio de Janeiro – 2022..... 108

Tabela 4 - Reavaliação dos valores de *Content Validity Ratio* para a versão brasileira preliminar do Instrumento "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)" - Rio de Janeiro, 2022..... 117

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AERA	*American Educational Research Association*
AHRQ	*Agency for Healthcare Research and Quality's*
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APA	*American Psychological Association*
ATC	Adaptação Transcultural
BT	*Back Translation*
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CINAHL	*Current Nursing and Allied Health Literature*
CISD	Classificação Internacional para Segurança do Paciente
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CVR	*Content Validity Ratio*
DEMC	Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgico
DGP	Diretório de Grupo de Pesquisa
EA	Eventos Adversos
EAAPE	Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EMBASE	*Excerpta Medica Database*
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
ICPS	*International Classification for Patient Safety*
IRAS	Infecção relacionada a assistência de saúde
KMO	*Keiser Meyer-Olkin*
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LPP	Lesão por pressão
MEDLINE	*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*
MS	Ministério da Saúde
NCCMERP	*National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention*
NDNQI	*National Database of Nursing Quality Indicators*
NOTIVISA	Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária

OCDE	Organização para a Cooperação de Desenvolvimento Econômico
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PICo	População/ Intervenção/ Contexto
PNAS	*Protective Nursing Advocacy Scale*
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PPGEnf	Programa de Pós-graduação de Enfermagem
PROMIS	*Patient-Reported Outcomes Measurement Information System*
PSP	Plano de Segurança do Paciente
REPE	Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
SMEs	Seleção de Assuntos de Especialistas
SP	Segurança do Paciente
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TERCAP	*Taxonomy of Error Root Cause Analysis and Practice Responsability*
TESPAH	Tecnologias em Saúde e Enfermagem no Contexto de Segurança do Paciente
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	*World Health Organization*

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	14
1	**REFERENCIAL TEMÁTICO**.....	20
1.1	**A segurança do paciente nas instituições de saúde**.....	20
1.2	**Eventos adversos nos serviços de saúde**.....	22
1.3	**Eventos adversos associados as práticas de enfermagem**.....	25
1.3.1	Vigilância/Julgamento clínico.....	28
1.3.2	Advocacia.....	29
1.3.3	Quedas.....	31
1.3.4	Lesão por pressão.....	33
1.3.5	Medicação.....	35
1.3.6	Infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS).....	37
1.4	**Estudos de adaptação transcultural**.....	39
1.5	**Instrumento Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)**.....	42
2	**PERCURSO METODOLÓGICO**.....	45
2.1	**Autorização para o estudo**.....	45
2.2	**Delineamento do estudo**.....	45
2.3	**Procedimento metodológico de adaptação transcultural**.....	46
2.3.1	Tradução.....	47
2.3.2	Reconciliação.....	47
2.3.3	Retrotradução.....	47
2.3.4	Revisão da Retrotradução.....	48
2.3.5	Revisões Independentes.....	48
2.3.5.1	Análise das equivalências.....	49
2.3.5.2	Validade de conteúdo.....	50
2.3.6	Pré - Finalização.....	52
2.3.7	Finalização.....	53
2.3.8	Harmonização e garantia da qualidade.....	53
2.3.9	Formatação e revisão.....	53
2.3.10	Teste cognitivo e validação linguística.....	54
2.3.11	Análise dos comentários dos participantes e finalização da tradução.....	56

2.4 **Aspectos éticos**..... 56
3 **RESULTADOS E DISCUSSÃO**..... 58
3.1 **Tradução para Língua Portuguesa**..... 58
3.2 **Reconciliação**..... 66
3.3 **Retrotradução**..... 75
3.4 **Revisão da Retrotradução**..... 81
3.5 **Revisões Independentes**..... 93
3.5.1 Análise das equivalências..... 93
3.5.2 Validade de conteúdo..... 108
3.6 **Pré-finalização**..... 124
3.7 **Finalização**..... 128
3.8 **Harmonização**..... 128
3.9 **Formatação e revisão**..... 129
3.10 **Teste cognitivo**..... 138
3.11 **Análise dos comentários dos participantes**..... 139
3.11.1 Avaliação da qualidade de procedimento de adaptação transcultural..... 141
CONSIDERAÇÕES FINAIS 143
REFERÊNCIAS 145
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos especialistas na Fase de Revisões Independentes..... 166
APÊNDICE B – Carta de ciência a coordenadora de Enfermagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto..... 168
APÊNDICE C – Carta de ciência coordenação do Serviço de Enfermagem Clínica do Hospital Universitário Pedro Ernesto..... 169
APÊNDICE D – Carta de ciência à coordenação do Serviço de Enfermagem Cirúrgica do Hospital Universitário Pedro Ernesto..... 170
APÊNDICE E – Carta de ciência à coordenação do Serviço de Enfermagem de Terapias Intensivas do Hospital Universitário Pedro Ernesto..... 171
APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes na Fase de Pré Teste..... 172
APÊNDICE G – Termo de Autorização de Gravação de Voz..... 174
APÊNDICE H – Roteiro de entrevista estruturado..... 175
APÊNDICE I – Parecer Consubstanciado do CEP 178

APÊNDICE J – Parecer Consubstanciado do CEP(Adendo)..... 179
APÊNDICE K –Orçamento da pesquisa..... 180
ANEXO A – Declaração de artigo científico aceito para publicação em periódico nacional..... 181
ANEXO B – Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE) – (Instrumento original Portugal) 182
ANEXO C – Consentimento da autora original para adaptação transcultural do instrumento EAAPE para o contexto brasileiro..... 186

INTRODUÇÃO

A presente proposta de pesquisa teve como objeto de estudo a adaptação transcultural do instrumento "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)", desenvolvido na sua versão original em Portugal por Amélia Filomena de Oliveira Mendes Castilho com o objetivo de identificar a percepção dos enfermeiros perante a ocorrência/riscos de eventos adversos nas práticas de enfermagem (CASTILHO, 2015).

Incidentes ou circunstâncias notificáveis que comprometam a segurança do paciente nos serviços de saúde vêm sendo discutidos nos últimos anos, visto que erros e falhas na assistência à saúde têm gerado lesões ou morte nos pacientes ao longo dos anos (LEMOS, 2018; SAGAYA *et al.*, 2019).

A literatura apresenta diversas definições do termo Evento Adverso (EA) que, embora similares, não são idênticas. Neste estudo, adota-se a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre o tema, que considera evento adverso como um incidente que resultou em dano ou lesão, podendo representar prejuízos temporários ou permanentes e, até mesmo, resultar em morte do paciente assistido pelo serviço de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Estima-se, em um cenário mundial, que aproximadamente um em cada dez pacientes é vítima de EA durante o tratamento e assistência prestada à saúde. Somados a isso, a precariedade de informações e o conhecimento oriundos dos profissionais da saúde podem resultar em procedimentos errôneos, implicando em prejuízos físicos, emocionais e financeiros para o paciente e para a equipe de saúde diretamente envolvida no cuidado (ORTEGA *et al*., 2017).

De acordo com o Plano de Ação para a Segurança do Paciente Global 2021-2030 da OMS, 2,6 milhões de mortes são causadas por eventos adversos anualmente em países emergentes. Segundo o "*The Patient Safety Movemen*", houve um aumento mundial da taxa de mortes causadas por eventos adversos, os quais, anterior ao período pandêmico da Covid-19, eram a terceira maior causa de mortes nos Estados Unidos, atrás apenas das doenças cardíacas e câncer. Atualmente, eles são o principal motivo e tiveram um crescimento exponencial, não apenas nos EUA, como em todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Em âmbito nacional, o relatório disponibilizado pela Assistência à Saúde do Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA), com dados de julho de 2020 a junho de 2021, revela que, dentro desse período de avaliação, mais de 90.000 incidentes ocorreram e foram classificados com grau de dano leve e pelo menos 30.000 com grau de dano moderado. Além disso, somente no mês de junho de 2021 foram notificados pelos núcleos de segurança do paciente 19.833 incidentes relacionados à assistência à saúde (BRASIL, 2020).

Assim, o interesse pelo objeto de estudo surgiu a partir da minha inserção no campo assistencial no qual atuo como enfermeira e com estreita aproximação com os cuidados de saúde desenvolvidos em contexto hospitalar, contexto este que tem característica complexa e dinâmica e que não isenta os profissionais de cometerem falhas durante o processo de cuidado.

Em paralelo a isso, o ingresso no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na modalidade Residência de Enfermagem em Nefrologia possibilitou a ampliação dos horizontes no tange à segurança do paciente, a partir da redução de ambientes inseguros na prática assistencial por meio do desenvolvimento de uma cultura de segurança justa.

Diante do apresentado, a fim de satisfazer as minhas inquietações sobre a temática, surgiu o desejo de pesquisar mais profundamente o tema. Desse modo, a minha inserção no mestrado deve-se ao meu desejo de disponibilizar para a população brasileira uma ferramenta com medidas válidas e confiáveis, que permite identificar a percepção dos enfermeiros quanto às práticas preventivas e situações de riscos e ocorrência de eventos adversos que envolvem a assistência, possibilitando, a partir disso, promover mudanças em prol de uma assistência segura e de qualidade.

Por muitas vezes, a assistência de enfermagem é compreendida e associada a aspectos estreitos da assistência, como na realização de cuidados específicos, evitando erros de medicação e prevenindo quedas de pacientes, a partir da elaboração de normas e protocolos. De fato, existem grande valor e relevância na atenção a essas dimensões e situações de risco que comprometam a segurança do paciente e que envolvem competência da enfermagem. Entretanto, deve haver destaque sobre a amplitude e a profundidade das ações da enfermagem, atreladas ainda ao avanço científico e tecnológico, a fim de dirimir a ocorrência de falhas na assistência prestada aos pacientes (FASSARELLA, 2016; WEBER *et al.*, 2019).

Envolver a enfermagem nesta abordagem que vislumbra a redução de incidentes na assistência é fundamental, uma vez que essa categoria representa a maior força de trabalho nas instituições de saúde, e discussões envolvendo suas práticas podem ser ferramentas

geradoras de transformações nos ambientes de trabalho, podendo melhorar a segurança do paciente (SIMAN; BRITO, 2016; KRAUZER *et al.*, 2018).

Diante do exposto, justifica-se a realização deste estudo para adaptação e investigação de evidências de validade de conteúdo de um instrumento de medida na área da saúde, em uma instituição de ensino, visando identificar as fragilidades inerentes às práticas assistenciais dos enfermeiros, além de contribuir para a realização de novas pesquisas.

Os dados provenientes de estudos relacionados a esse tema ajudam a orientar a execução das ações dos profissionais enfermeiros, sobretudo melhorando a qualidade e a segurança aos pacientes e equipe, uma vez que o uso desses instrumentos, com validação científica, pode oferecer parâmetros úteis e confiáveis para aprimoramento das práticas desses profissionais (LABRAGUE *et al*., 2020; WALLER *et al*., 2020; GRANADOS *et al*., 2021).

No intuito de realizar maior aproximação com a temática e reforçar a importância desta proposta de pesquisa, realizou-se uma revisão integrativa da literatura. Para construção e elaboração da revisão integrativa, seguiram-se as etapas metodológicas propostas para o estudo, utilizou-se o *checklist Preferred Reporting Itens for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA, 2021) para orientar a organização das informações (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008)

Inicialmente, a construção da questão norteadora foi baseada na variação da estratégia PICo, sendo considerada como população (P) a equipe de enfermagem, como intervenção (I) as práticas de enfermagem e o contexto (Co) os eventos adversos. Com isso, a seguinte questão norteadora foi formulada: “Quais são as evidências científicas sobre ocorrência de eventos adversos associados às práticas assistenciais de enfermagem?”.

Por seguinte, os critérios de inclusão para a seleção foram artigos na íntegra relacionados ao objeto do estudo, publicados e indexados nas referidas bases de dados, com recorte temporal nos últimos cinco anos. Como os estudos mais recentes são mais propensos a retratar a realidade do mundo atual, consideraram-se esses últimos cinco anos como abrangentes para levantamento e diagnóstico. Não foram aplicados filtros de idioma e desenho de estudo. Os critérios de exclusão foram estudos que não comtemplassem o objeto de estudo em questão, além de estudos com pacientes neonatos e pediátricos.

A busca aconteceu no mês de setembro de 2021, nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) via Pubmed, *Excerpta Medica Database* (EMBASE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Current Nursing and Allied Health*

Literature (CINAHL), *Web of Science*, via EBSCOhost correlacionando os termos controlados e não controlados *Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions, Adverse Drug Reaction, Side Effects, Medication Errors, Team Nursing, Nursing Care* e termos livres sinônimos com o objetivo de encontrar evidências científicas para responder à pergunta de pesquisa do estudo.

Com os resultados da busca e seleção dos manuscritos e após a aplicação dos critérios de inclusão, chegou-se ao quantitativo de oito artigos incluídos para a síntese. Em suma, compreendeu-se na busca realizada que a maioria dos eventos adversos identificados na revisão poderia ser classificada como evitável, ou seja, o dano ao paciente estava vinculado a uma falha ativa ou quebra de normas que repercutem em tal malefício (SIMAN; BRITO, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). A exposição desses achados revela o desafio de lançar mão das estratégias, até mesmo as já existentes e usuais capazes de atuar na prevenção dos danos da prática de enfermagem.

Ressalta-se que a revisão integrativa citada, foi enviada para análise de um periódico nacional e obteve o aceite para publicação (ANEXO A).

Nesse sentido, investimentos em práticas que visem aprimorar a capacidade dos enfermeiros em ações mais intervencionistas e preventivas seriam capazes de produzir benefícios na prestação do cuidado, em associação com a vigilância de enfermagem, que permite ao enfermeiro identificar pacientes em risco de desfechos clínicos desfavoráveis e potenciais eventos adversos, bem como interromper falhas no processo assistencial (GIULIANO, 2017; BARBOSA *et al.*, 2018; PEREIRA *et al.*, 2018).

No levantamento realizado acerca das produções científicas, evidenciou-se que, no Brasil, estudos sobre o desenvolvimento de instrumento de medidas na área de segurança do paciente, sobretudo eventos adversos relacionados às práticas de enfermagem, pouco vêm sendo discutidos ao longo dos anos. Além disso, não são encontradas publicações relacionadas a métodos sistematizados de avaliação de riscos e ocorrência de eventos adversos direcionados para a enfermagem.

Portanto, esta proposta de pesquisa mostra-se importante devido à lacuna identificada entre as produções científicas relacionadas à temática no Brasil e de modo a considerar a melhoria dos processos e assistência em saúde. O estudo justifica-se pela necessidade de ações voltadas à percepção do risco e à ocorrência de eventos adversos na perspectiva dos enfermeiros, dessa forma contribuindo para futuras medidas preventivas e segurança na assistência.

Enfim, acredita-se que o estudo com a presente abordagem possa facilitar e contribuir nesse processo que anseia a redução de eventos adversos oriundos das práticas, como também para identificação de ações prioritárias que possam instrumentalizar os líderes das equipes de enfermagem no avanço de questões que gerem segurança aos pacientes assistidos e na reflexão sobre condições que favoreçam uma assistência de melhor qualidade.

Este estudo insere-se na linha de pesquisa 1: Fundamentos filosóficos, teóricos e tecnológicos do cuidar em saúde e enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGEnf-UERJ). Além disso, compõe as produções do Grupo de Pesquisa "Tecnologias em saúde e enfermagem no contexto da segurança do paciente em ambiente hospitalar" (TESPAH) e do Grupo de Pesquisa Concepções teóricas do cuidar em saúde e enfermagem, ambos cadastrados no Diretório de Grupo de Pesquisas do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (DGP/CNPq).

Espera-se que esta pesquisa contribua para a assistência de enfermagem, uma vez que identificar as fragilidades nesse contexto colabora para ações de melhoria que levarão a um cuidado mais seguro e de qualidade (OLIVEIRA *et al*., 2014). Almeja-se ajudar a categoria de enfermagem proporcionando conhecimento a respeito dessa temática que busca, a partir da aplicação de um instrumento adaptado culturalmente, identificar a percepção dos enfermeiros quanto às práticas preventivas e situações de riscos e ocorrência de eventos adversos que envolvem a assistência.

Ressalta-se também como contribuição para a população de enfermeiros disponibilizar uma ferramenta com boas evidências de validade e confiável, que possibilite promover melhorias nas práticas assistenciais a partir do gerenciamento de fatores que comprometem a segurança do paciente na ocorrência de eventos adversos.

No âmbito do ensino, a temática de práticas seguras dentro da assistência deve ser construída entre aqueles que estão em processo de qualificação, assim como os que já atuam na esfera assistencial, e estimulada constantemente por meio de uma educação permanente entre os profissionais de enfermagem.

Além disso, os resultados desta pesquisa podem fomentar futuros estudos e pesquisadores a se inserir na temática, permitindo investigações nesse âmbito, a fim de aprimorar ações de cuidado com mais ciência e qualidade.

Há, também, a possibilidade de difusão dos resultados esperados entre pesquisadores e profissionais envolvidos com a assistência clínica à população envolvida neste estudo,

contribuindo para o avanço do conhecimento, aliando a estratégias para o aprimoramento dos processos de trabalho, colaborando para a qualificação dos serviços de saúde.

Diante do exposto, a pergunta que suscita a realização deste estudo é: o instrumento "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem" (EAAPE) é passível de ser traduzido para o português e adaptado para ser utilizado no contexto hospitalar brasileiro?

No intuito de alcançar essa resposta, o tema desta pesquisa é a validação do questionário EAAPE, contemplando sua adaptação transcultural, para que o mesmo possa ser útil e preciso no fortalecimento da maturidade da cultura de segurança do paciente no contexto das organizações hospitalares brasileiras.

Diante desse panorama, apresentam-se os seguintes objetivos do estudo:

Objetivo geral

Realizar a adaptação transcultural do questionário "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)" para a língua portuguesa do Brasil, apresentando suas evidências de validade de conteúdo.

Objetivos específicos

Analisar a qualidade da equivalência linguística entre a versão original do instrumento "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)" e a versão obtida após os procedimentos de adaptação transcultural;

Investigar as evidências de validade de conteúdo da versão brasileira do instrumento "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)".

1 **REFERENCIAL TEMÁTICO**

O referencial temático foi apresentado em subcapítulos visando uma melhor organização textual e de ideias. Baseando-se na pergunta de pesquisa apresentada nesta investigação, os subcapítulos **"**A segurança do paciente nas instituições de saúde", "Eventos adversos nos serviços de saúde", "Eventos adversos associados às práticas de enfermagem", "Estudos de adaptação transcultural" e "Instrumento Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)" foram desenvolvidos a fim de contextualizar teoricamente a segurança no contexto hospitalar em relação à ocorrência dos eventos adversos presentes nessa realidade e o instrumento de medida "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)" utilizado nessa abordagem.

1.1 **A segurança do paciente nas instituições de saúde**

O relatório técnico e as orientações atualizadas, disponibilizados pela Organização Mundial da Saúde, apresentam a definição de segurança do paciente como:

> uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos e procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados da saúde que, de forma consistente e sustentável, diminua riscos, reduza a ocorrência de danos evitáveis, diminua a probabilidade de erro e reduza o seu impacto quando o erro ocorrer (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021, p. 22).

O tema "segurança do paciente" tem recebido grande atenção e sido alvo de discussões nas últimas décadas devido ao seu impacto e repercussões desafiadoras para uma assistência de qualidade. Essa preocupação mundial tem motivado diversos pesquisadores a contribuir com investigações sobre o tema, o que implica no crescimento das discussões sobre o assunto (REIS, 2013; BEHRENS, 2019; VILAR; DUARTE; MARTINS, 2020).

Em um contexto mundial, pacientes são vítimas de danos em serviços de saúde e morrem em diversos cenários como resultado de práticas inseguras dentro dos serviços. Estudos apresentam estimativas assustadoras acerca da realização de processos assistenciais inseguros nos serviços e suas respectivas repercussões para os pacientes, reforçando a

necessidade de ampliar a discussão sobre a relevância do tema e a adoção de práticas mais seguras (JAMES, 2013; QUEMBA *et al.*, 2016).

A dificuldade em garantir uma assistência isenta de falhas, erros e eventos adversos representa um dos maiores desafios globais, o que impulsionou grandes entidades mundiais a se mobilizar para produzir estratégias que compreendam os desafios existentes na prática e que forneçam sistemas que colaborem para uma assistência mais segura e qualificada (PAIXÃO *et al*., 2017).

Reconhecendo que questões que envolvam a segurança do paciente tornaram-se um problema de saúde pública globalizado, a OMS lançou em 2004 a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, objetivando desenvolver normas e padrões universais baseados em evidências para promoção de políticas em saúde, além de lançar desafios mundiais com o propósito de reduzir o nível de danos relacionados à assistência (COSTA *et al*., 2020).

No Brasil, as Portarias nº 529/2013 e a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2013 foram lançadas a fim de atender aos desafios globais da OMS. Posterior a isso, o Ministério da Saúde (MS) publicou as Portarias nº 1.377 e nº 2.095, de 2013, que aprovam os protocolos básicos de segurança do paciente a serem implantados nos hospitais brasileiros com a finalidade de contribuir para a qualificação do cuidado e promover impacto na redução de eventos adversos na saúde (BRASIL, 2013a; COSTA *et al.*, 2020).

Inserida nessa perspectiva desafiadora para alcance de uma efetiva segurança do paciente, a 74ª Assembleia Mundial da Saúde, em 2021, lançou o Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030 cujo escopo vislumbra atingir a máxima redução possível na ocorrência de danos evitáveis oriundos dos cuidados de saúde inseguros.

Assim, em consonância com a missão do plano global e com todas as normativas direcionadas sobre o tema, o intuito do estudo almeja colaborar para eliminação de fontes de risco evitável e dano aos pacientes no que concerne às práticas protagonizadas pela enfermagem (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Para fazer frente à frequência e à magnitude dessa problemática, deve-se garantir investimentos, recursos e práticas direcionadas para disseminação da cultura de segurança nos serviços de saúde. Para além das questões normativas, a construção de uma cultura de segurança do paciente enquanto componente estrutural dos serviços de saúde deve favorecer a implantação de práticas seguras que almejem o aperfeiçoamento de processos organizacionais com o objetivo de melhorar a qualidade do serviço, reduzir a incidência de eventos adversos e

promover melhorias contínuas da qualidade da assistência que irão refletir em melhores resultados (COSTA *et al.*, 2020).

Diante do apresentado, vale ressaltar que grande parte da mudança necessária para esse cenário envolve o fortalecimento de uma cultura de segurança que associada à adoção de práticas articuladas com a gestão dos riscos relacionados à segurança do paciente torna possível influenciar para que o processo assistencial desejado seja compatível com a realidade dos serviços de saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017; POSSOLI *et al.*, 2021).

Para essa realidade, é fundamental o investimento em uma cultura de segurança, por meio da disseminação do conceito de segurança do paciente e de uma discussão não punitiva sobre a ocorrência de eventos adversos, o que até os dias atuais constitui um verdadeiro desafio para desvinculação dessa abordagem caracterizada por penalidades (LEMOS *et al.*, 2018).

De forma generalizada, compreende-se que a cultura de segurança envolve, sobretudo, o comprometimento da instituição e dos seus gestores em priorizar e inserir a discussão da temática e estabelecê-la como eixo norteador de sua organização, além de envolver-se e permanecer envolvido com as situações cotidianas, reconhecendo as fragilidades e as debilidades enfrentadas pelos profissionais prestadores de serviços, permitindo uma fluidez na comunicação efetiva e em todos os níveis hierárquicos dentro das organizações (KOLANKIEWICZA *et al.*, 2020).

Como consequência desse processo estruturado, as conexões de confiança tornam-se bem definidas, e as necessidades e os erros são expostos de forma mais transparente pelos profissionais, permitindo que a organização seja capaz de intervir nos processos de trabalho e na aprendizagem contínua, empoderando os profissionais com o intuito de garantir uma assistência mais segura aos pacientes assistidos nas instituições de saúde (ANDRADE *et al.*, 2018).

1.2 **Eventos adversos nos serviços de saúde**

O ato de cuidar tem como finalidade proporcionar bem-estar ao paciente, reduzindo ou mitigando o seu sofrimento e/ou dor, com o objetivo de atender de forma individualizada aos problemas de cada indivíduo. No entanto, o processo assistencial não é isento de falhas, e

muitas vezes se tornam presentes enganos ou erros nas ações promovidas, e em diversas circunstâncias tais ações poderiam ser evitadas.

A OMS a partir da *International Classification for Patient Safety* – (ICPS) reconhece eventos adversos como qualquer incidente oriundo de ações não intencionais ou intencionais, as quais resultam em dano ou lesão ao paciente. Essas ações são divididas em quase erro, incidente sem danos e incidente com dano (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009) e definidas como:

> Um quase erro é um incidente que não atingiu o paciente [...] Um incidente sem danos é aquele em que um evento atingiu um paciente, mas nenhum dano discernível resultou [...] Por fim, incidente com dano (evento adverso) é um incidente que resulta em dano a um paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009, p. 16).

A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicaram seis protocolos básicos de segurança do paciente, abordando os seguintes temas: identificação do paciente; prevenção de úlcera por pressão; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; cirurgia segura; prática de higiene das mãos em serviços de saúde; e prevenção de quedas, com o intuito de prevenir e reduzir a ocorrências desses eventos adversos nas instituições de saúde (BRASIL, 2013b).

Por não apresentar uma relação causal com o processo saúde-doença experimentado pelo paciente, os eventos adversos anunciam a existência de fragilidades no processo, repercutindo em um abismo que desatrela o cuidado ideal do cuidado real. A realidade dos EA nos serviços de saúde configura-se como um desafio para a qualidade das instituições de saúde, entretanto compreender que grande parte dos EA poderia ser evitada por meio da adoção de estratégias preventivas torna possível promover barreiras capazes de evitar sofrimento desnecessário e preservar a vida (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017).

Sabe-se que os eventos adversos impactam diretamente na sobrevida dos pacientes durante o tratamento hospitalar. A ocorrência desses eventos repercute no prolongamento do tempo de internação hospitalar, além de agudizar as complicações clínicas relacionadas a múltiplos fatores (CORTES; SILVINO, 2019).

As repercussões na ocorrência de eventos adversos promovem impactos significativos no Sistema Único de Saúde (SUS), pois acarretam o aumento da morbidade e da mortalidade, o prolongamento do tempo de tratamento dos pacientes, da permanência hospitalar e dos custos assistenciais, além de repercutir com prejuízos em outras áreas sociais e econômicas do país (BRASIL, 2013b).

A ocorrência de incidentes na assistência à saúde está associada a diversos fatores contribuintes, que se caracterizam como circunstâncias ou influências, que exercem um papel fundamental no surgimento, desenvolvimento de um incidente ou no aumento do risco de incidente (JIMÉNEZ, 2017; LIMA *et al*., 2017; ARBOIT *et al.*, 2020).

Os fatores citados dentro dos serviços de saúde podem ser atribuídos a três principais elementos que, de forma geral, ocorrem simultaneamente. Os fatores humanos, sendo refletidos pelo comportamento, desempenho e comunicação entre os profissionais de saúde e no relacionamento da equipe, além dos componentes individuais dos profissionais, dos pacientes e do processo de doença; os fatores do sistema operativo, como o ambiente de trabalho e o nível de preocupação com a segurança do paciente; e os fatores externos, que não são alcançados pelo controle da organização, como o meio ambiente e as políticas legislativas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Acerca das consequências para o paciente, estas dizem respeito ao impacto do incidente relacionado à assistência à saúde, incluindo o EA ocorrido na instituição de saúde. Assim, a Estrutura Conceitual para a Classificação Internacional para Segurança do Paciente (CISD) define o grau de dano, isto é, o grau de comprometimento do estado de saúde do paciente ocasionado pelo incidente, como pode ser visto no Quadro 1 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Quadro 1. Classificação de dano ao paciente ocasionado pelo incidente

NENHUM	A consequência é assintomática ou sem sintomas e não necessita de tratamento.
LEVE	A consequência é sintomática, com sintomas leves, perda de funções ou danos mínimos ou intermédios de curta duração, sem intervenção ou com uma intervenção mínima requerida.
MODERADO	A consequência é sintomática, requerendo intervenção, causando danos permanentes ou em longo prazo, ou perda de funções.
GRAVE	A consequência é sintomática, requerendo intervenção para salvar a vida ou grande intervenção, ou danos permanentes ou em longo prazo, ou perda de funções.
ÓBITO	A morte foi causada ou antecipada em curto prazo pelo incidente.

Fonte: WHO, 2009. p. 19.

A literatura revela que, de acordo com as notificações de incidentes de segurança do paciente e resultados de estudos, é possível visualizar um padrão consistente e insistente nas ações geradoras de eventos adversos, intrínseco às instituições de saúde. Sobre esses eventos, destaca-se a ocorrência de lesões ou incapacidades evitáveis devido a processos infecciosos adquiridos, erros no uso/administração de medicamentos ou na condução de procedimentos

relacionados, além de danos por quedas, lesões por pressão, diagnósticos perdidos ou pelo manejo clínico inadequado em situações agudas (QUEMBA *et al.*, 2016; DEILKAS *et al*., 2017; NILSSON *et al.*, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Compreender o contexto multifatorial que envolve a ocorrência de EA e, partir desse conhecimento, elencar e estabelecer barreiras que inviabilizem a sua ocorrência é fundamental para contribuir para modificação do atual cenário presente nas instituições e serviços de saúde (POSSOLI *et al*., 2021).

Salienta-se que, independentemente do tipo ou grau do evento ocorrido, todos os eventos adversos relacionados à assistência à saúde devem ser notificados no NOTIVISA por cada estabelecimento de saúde responsável. A notificação não implica qualquer caráter punitivo ou com finalidade de gerar consequências negativas para o profissional envolvido, mas visa melhoria do sistema e do processo de trabalho, reconhecendo as possíveis falhas como oportunidade de crescimento e melhoria por meio do monitoramento da Anvisa (BRASIL, 2016).

A respeito das notificações, as mesmas podem gerar informações que identifiquem padrões e tendências sobre a segurança do paciente, dando prioridade a melhorias dos processos de aprendizagem contínua e adoção de medidas gerenciadas baseadas na identificação do risco. As notificações também possibilitam o desenvolvimento de propostas direcionadas a evitar a recorrência de danos evitáveis aos pacientes contribuindo para a gestão de segurança nos serviços de saúde (SILVA *et al*., 2018).

1.3 **Eventos adversos associados às práticas de enfermagem**

De fato, todos os profissionais da saúde estão sujeitos a permitir ou protagonizar erros e, sobretudo, eventos adversos durante a assistência prestada aos pacientes. As práticas assistenciais advindas de todas as categorias profissionais de saúde podem resultar em danos ao paciente quando não observadas circunstâncias específicas e/ou quando não orientadas por uma avaliação sistemática dos processos de trabalho nos serviços de saúde (DE PAULA *et al*., 2021). Para esta investigação, embora reconhecendo a magnitude dos eventos adversos para toda a equipe multiprofissional, direcionou-se este estudo para os eventos adversos associados unicamente às práticas de enfermagem.

Dentro da perspectiva da enfermagem, no século XIX, Florence Nightingale, ser humano admirável, visionária e muito à frente do seu tempo, transformou a enfermagem e criou formas de prestação de assistência à saúde, utilizando conceitos epidemiológicos e de saúde pública, transformou e melhorou os cuidados dados aos soldados durante a guerra, bem como o papel do enfermeiro nesse contexto assistencial (ZAMBON, 2014).

A enfermagem enquanto profissão é o agente de interligação entre o sistema e o paciente, encontrando-se em posição única para a promoção de sua segurança, como também se configura como as maiores forças de trabalho em saúde, assumindo uma posição de vanguarda na busca de ações que transformem o sistema de saúde, tendo a segurança dos pacientes como meta (SÁ *et al*., 2022).

Nesse contexto, a qualidade da assistência prestada pelos profissionais da enfermagem tem sido cada vez mais discutida, influenciando o pensamento crítico na prática de enfermagem, a fim de buscar investimentos e mudanças para o panorama crítico que envolve os cuidados de enfermagem.

Ferreira e Lisboa (2012), em suas falas, apresentam o cuidado de enfermagem como produto da ação, da prática de enfermagem. Dentro do processo de trabalho, essa ação é materializada no cuidado ao outro ser humano. Em essência, os objetivos dessas práticas estão direcionados para a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a recuperação e a reabilitação da saúde do indivíduo que carece do cuidado.

Na enfermagem, o cuidado é realizado no encontro entre quem o realiza e quem o recebe envolvendo na sua prática os seus cuidados apoiados em um referencial metodológico denominado processo de enfermagem que, por sua vez, apoia-se no modelo científico (BARROS, 2009). À luz desse entendimento, o cuidado de enfermagem pode ser capaz de promover impacto e repercussões tanto no profissional quanto no indivíduo que recebe o cuidado, pois se trata de um inter-relacionamento resultante da assistência direta ao ser humano e que promove transformações experimentadas ao envolvidos no processo (FERREIRA; LISBOA, 2012).

Paralelo a isso, o elevado número de profissionais que compõem a categoria, somado às diversas ações estreitamente relacionadas à assistência de enfermagem com o paciente, necessita de avalição e atenção, pois pode comprometer a qualidade do cuidado e potencializar as chances de ocorrência de eventos adversos (BASSUNI; BAYOMI, 2015).

Embora os eventos adversos na assistência à saúde possam ser protagonizados por qualquer categoria que promova cuidado ao paciente, entende-se que as atividades

assistenciais prestadas aos pacientes pela equipe de enfermagem são consideradas uma das principais fontes de cuidado e apoio aos pacientes e suas famílias nos momentos mais vulneráveis de suas vidas (DUARTE *et al*., 2015).

Assim, embora haja articulação entre a equipe de enfermagem e os demais membros da equipe multiprofissional, compreende-se que as ações da categoria de enfermagem especificamente por apresentarem um caráter mais intrínseco visam desenvolver ações de promoção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo (GONZÁLEZ-SAMARTINO *et al*., 2018).

Entretanto, a fim de não reduzir o cuidado de enfermagem a ações unicamente com escopo na atenção integral, a enfermagem apresenta-se em constante mudança e avanços, sendo estes decorrentes da evolução e do alinhamento do conhecimento, que por meio do tempo possibilitou uma prática baseada em evidências para a profissão (ALLIGOOD, 2013).

Porém, mesmo diante desse cenário de elevado crescimento profissional para a categoria, ainda é possível reconhecer o grande desafio de comtemplar a população atendida com o cuidado ideal, livre de eventos adversos nos cuidados protagonizados pela enfermagem.

As repercussões da ocorrência dos eventos são diversas tanto para a vida do paciente perante a exposição às práticas que não conferem segurança, compreendendo desde o retardo na alta hospitalar até prejuízos na recuperação do paciente, quanto para o profissional de enfermagem inserido no contexto do evento indesejável, o que pode gerar vergonha e estresse emocional, bem como uma punição ético-legal (NORA; JUNGES, 2021).

De fato, a compreensão da magnitude e diversidade dos EAs oriundos das práticas da enfermagem possibilita a identificação de falhas latentes nas diversas etapas do processo do cuidar, contribuindo para que se delineiem estratégias que reduzam e interrompam essas falhas e que conduzam o profissional enfermeiro a uma prática cada vez mais segura (OLIVEIRA *et al*., 2014).

Uma busca realizada informalmente na literatura possibilitou perspectivar o problema dos EA resultantes das práticas de enfermagem como um problema de origem multifatorial, com graves consequências e repercussões negativas para os pacientes e profissionais envolvidos, como também para as instituições e sociedade de forma geral.

Sem pretensão de explorar todos os eventos possíveis, apresentam-se a seguir sucintamente os eventos indesejáveis que ocorrem na prática protagonizada pela enfermagem

na realidade dos serviços de saúde, que são mencionados na literatura e que compõem os domínios do instrumento a ser estudado.

1.3.1 Vigilância/ Julgamento clínico

A Enfermagem acima de qualquer outra categoria profissional, no que concerne aos cuidados de saúde, protagoniza e assume a ciência do cuidar, visto que se insere no conceito e escopo da profissão enquanto ciência. Nesse contexto, a vigilância profissional, aliada ao ato de cuidar, imputa-se como a cerne da profissão (SOUSA *et al.*, 2020).

O julgamento clínico pode ser compreendido como uma das competências do enfermeiro e está ligado à interpretação das necessidades de cuidados de cada indivíduo e à elaboração do planejamento da assistência de enfermagem com as intervenções adequadas a serem realizadas pelo enfermeiro, de forma que possa suprir as necessidades e expectativas do paciente (COSTA *et al*., 2016).

Além disso, a capacidade de julgamento clínico trata-se de uma ferramenta valiosa para a enfermagem, capaz de promover melhorias para a prática assistencial, ancorada no conhecimento, na capacidade crítica e reflexiva e na tomada de decisão assertiva baseada em evidências científicas, a partir da avaliação de dados subjetivos e objetivos do indivíduo, sua família e comunidade em que está inserido (CERULLO; CRUZ, 2010).

Desse modo, a tomada de decisão baseada na vigilância é uma competência exclusiva e sistemática do enfermeiro, que preconiza a identificação das necessidades de cuidados, planejando, programando e operacionalizando intervenções com o objetivo de evitar riscos, detectar prematuramente potenciais problemas e ser resolutivo com os problemas identificados inicialmente (SUBTIL, 2020).

Essa fala é reforçada quando Meyer e Lavin (2005) analisam a vigilância como uma característica que faz parte da essência dos enfermeiros e que deve ser baseada no conhecimento em enfermagem, reconhecendo os elementos necessários para operacionalização da habilidade,
garantindo uma tomada de decisão com base em uma avaliação diagnóstica assertiva e um cuidado mais seguro para a prática assistencial.

A literatura apresenta cinco elementos principais da vigilância profissional de enfermagem, sendo nomeados como a atribuição de significado, elemento básico da prática de enfermagem, o enfermeiro capacitado é mobilizado a ajustar os seus conhecimentos atribuindo um significado ao que ele observa, sente e escuta. Outro elemento é a antecipação do que pode acontecer, que se resume em antever possíveis complicações e agravamentos, por meio do reconhecimento e da identificação precoce e adequada. O cálculo do risco, terceiro elemento, cabe ao enfermeiro estar alerta para equilibrar ações e intervenções, de forma a maximizar os efeitos almejados e diminuir os efeitos não intencionais. A disponibilidade imediata para a ação refere-se ao conhecimento fundamental para as práticas de enfermagem. Por último, a monitorização dos resultados, que deve ser avaliada pelo enfermeiro sobre suas ações realizadas (MEYER; LAVIN, 2005; TANNER, 2006).

Assim, para o contexto das práticas de enfermagem, a vigilância/julgamento clínico é determinante nos cuidados prestados, pois, para garantir um cuidado integral, faz-se necessário avaliar racionalmente o contexto do ambiente clínico interprofissional, centrado no paciente e orientado para os melhores resultados. Entretanto, para sua realização, necessita-se de maturidade intelectual e profissional, já que o julgamento impróprio ou inadequado representa uma categoria importante de erro nos cuidados de enfermagem (ALMEIDA, 2018).

Contudo, desenvolver a habilidade do julgamento clínico constitui um grande desafio tanto para o profissional enfermeiro como para as instituições de saúde, uma vez que o desenvolvimento adequado dessa habilidade e competência na prática assistencial e no manejo clínico pode contribuir para prognósticos e resultados terapêuticos positivos para quem utiliza o serviço de saúde e para os próprios serviços de saúde.

No que se refere a falhas nesse domínio, uma vigilância deficiente ou ainda um julgamento clínico sem apropriação adequada para a tomada de decisão competente pode reproduzir implicações significativas para a segurança do paciente, evidenciando a importância de os enfermeiros reconhecerem que carecem de ajuda. Em suma, o aprimoramento da capacidade de vigilância dos pacientes e da capacidade de julgamento clínico é decisivo para a qualidade dos cuidados assistenciais do enfermeiro (MAGALHÃES, 2020).

1.3.2 Advocacia

Em nível nacional, ainda hoje, as investigações acerca do exercício da advocacia do paciente por enfermeiros retratam um papel relativamente novo da profissão. No entanto, no contexto internacional, a advocacia do paciente na enfermagem reflete amplas e distintas perspectivas, sobretudo com um componente filosófico e ético essencial para a prática dos enfermeiros (TOMASCHEWSKI-BARLEM *et al*., 2016).

No que concerne às ações específicas dos enfermeiros na advocacia do paciente, estas são definidas pela literatura como o enfermeiro se tornar a voz dos pacientes, desempenhar um papel de auxiliador dos mesmos para que possam obter cuidados de saúde necessários, defendendo seus direitos, assegurando acesso às informações para tomada de decisões, garantindo a qualidade do cuidado e servindo como um elo entre o paciente e o ambiente de saúde (TOMASCHEWSKI-BARLEM *et al.*, 2017).

Nesse sentido, a literatura afirma que o enfermeiro, quando capacitado e emponderado dos saberes científicos, é capaz de atuar na avaliação e tomada de decisões clínicas das equipes multiprofissionais e nas situações cotidianas de julgamentos divergentes entre procedimentos, desenvolvendo sua autonomia e competência para elaborar ações de advocacia em saúde dos pacientes, refletindo em mais qualidade do cuidado prestado (FIGUEIRA *et al.*, 2018).

Entretanto, de fato, o conceito de advocacia em defesa dos pacientes dentro da prática de enfermagem brasileira ainda não apresenta um conceito universal e ainda demonstra um vácuo em relação ao ensinamento da advocacia do paciente de forma objetiva. A mesma pode ser compreendida como o apoio ativo do enfermeiro em relação aos direitos e escolhas do paciente, bem como a cooperação sobre decisões informadas e a proteção de seus direitos e, por parte do enfermeiro, a utilização da comunicação para ser o intermédio da manutenção do respeito a esses direitos (COLE; WELLARD; MUMMERY, 2014; ITO *et al.*, 2021).

Nessa perspectiva, a comunicação torna-se uma ferramenta fundamental para viabilizar a advocacia em saúde pelo enfermeiro, seja direcionada ao paciente ou mesmo para sua extensão familiar ou rede de apoio, ou ainda com os demais profissionais. Nesse contexto, é imprescindível que tanto o enfermeiro quanto o paciente tenham conhecimento e acesso aos direitos pertinentes ao paciente e, por parte do enfermeiro, utilizar a comunicação para mediar e garantir que preservem os diretos sociais, afetivos e emocionais do seu paciente (ITO *et al.*, 2021).

Posto isso, a existência de uma lacuna de conhecimento no que concerne ao papel de advogado exercido pelo enfermeiro permite o surgimento de dificuldades relacionadas ao

desconhecimento de sua verdadeira atribuição, refletindo em dilemas éticos e de conflitos com a realidade que limitam a autonomia e o desempenho do profissional, uma vez que essas ações não são estáveis e fixas e sofrem influência multifatorial (MAYER *et al*., 2019). Assim, havendo falhas nesse cenário, seja por desconhecimento ou outros motivos, são possíveis repercussões negativas no cuidado integral direcionado ao paciente assistido.

Algumas falhas direcionadas nesse contexto são elencadas por Beyea (2005) que aponta que as falhas nessa área são frequentemente direcionadas a erros de omissão, sendo caracterizada por múltiplas causas e circunstâncias em que o enfermeiro deve assumir a defesa do paciente e advogar por ele, sobretudo com o intuito de dirimir possibilidades de complicações e agravamentos que possam surgir por falhas na defesa dos seus interesses.

Com uma proposta de reversão desse quadro e de proporcionar maior clareza às ações e competências do enfermeiro em defesa dos interesses do paciente, em 2015, no Brasil, realizou-se um estudo de validação transcultural da escala de advocacia do paciente para enfermeiros, a *Protective Nursing Advocacy Scale* (PNAS), de Hanks (2010). Um instrumento que prevê uma mensuração quantitativa das crenças e ações dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente no contexto hospitalar (TOMASCHEWSKI-BARLEM *et al.,* 2015).

A utilização da ferramenta de medida em saúde abrange dimensões que incluem ações dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente, as consequências no ambiente de trabalho, a influência do conhecimento e valores pessoais e os facilitadores e barreiras para o exercício da defesa e pode ser um instrumento facilitador para as condutas nesse contexto. Entretanto, a disponibilidade e a aplicação da ferramenta em contexto hospital não dispensam maiores discussões e estudos que tragam a advocacia do enfermeiro com o paciente como tema (TOMASCHEWSKI-BARLEM *et al.,* 2015; VARGAS *et al*., 2019).

1.3.3 Quedas

A ocorrência do incidente queda no contexto das instituições representa um dos eventos adversos mais frequentes. De acordo com dados da Anvisa, no Brasil, entre 2014 e 2017, a queda foi o terceiro evento adverso mais notificado por hospitais, estando entre os eventos prioritários do programa de segurança do paciente. Além disso, parâmetros apontam

que, de cada 1000 pacientes hospitalizados, cerca de 1,1% a 22 % sofrem quedas nos ambientes de saúde (CARVALHO *et al.*, 2019).

A definição de quedas é apresentada pelo protocolo de prevenção de quedas, do Ministério da Saúde, como “deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, podendo resultar ou não em dano” (BRASIL, 2013c, p. 2).

O protocolo citado ainda sugere a realização de uma avaliação do risco de queda incialmente no momento da admissão do paciente utilizando um instrumento de medida que seja adequado ao perfil da população assistida. Demais avaliações devem ser realizadas diariamente até que o paciente esteja apto a retornar para a casa. Durante a avaliação, faz-se fundamental a detecção de fatores de risco contribuintes para o dano a fim de destinar à população suscetível os cuidados apropriados para evitar ou reduzir a ocorrência do incidente (BRASIL, 2013c).

Ressalta-se que a adoção e a aplicação de instrumentos de medida que avaliem o risco de queda nos pacientes durante o período de internação são capazes de fornecer aos profissionais de saúde uma avaliação sistemática, que possibilita a escolha da estratégia a ser desenvolvida visando à prevenção, à promoção e ao controle conforme o grau de risco identificado em cada paciente (FALCÃO *et al.*, 2019).

Ainda nesse contexto, o risco de queda pode ser monitorado com a aplicação de escalas e instrumentos destinados, apropriados e validados para cada população. Uma das escalas altamente utilizada é a escala de Morse, traduzida e validada no Brasil em 2013, sendo uma das ferramentas mais utilizadas para avaliação do risco de quedas no ambiente hospitalar, por meio da avaliação e do monitoramento de diversos fatores, inclusive fatores relacionados ao paciente (ANJOS *et al.*, 2021).

Cerca de 70% dos episódios de queda ocorrem no quarto do paciente, no momento das transferências do leito para cadeira ou cadeira de rodas, e 19% são decorrentes de condições desfavoráveis para deambulação, o que reforça a evidência de um alto índice de quedas em ambiente hospitalar. A complexidade desses eventos repercute de forma negativa em todo prognóstico do paciente e no contexto hospitalar como um todo, uma vez que a ocorrência de quedas representa um indicador de qualidade do serviço prestado (BRASIL, 2013c).

Nesse sentido, em diversas situações, o episódio quedas pode resultar em danos capazes de agravar a condição clínica dos pacientes, provocar incapacidades físicas, aumentar o tempo de internação, elevar os custos hospitalares, além de trazer implicações legais e éticas

para as instituições de saúde. As repercussões de tal evento perpassam questões direcionadas unicamente para a ordem física, mas também condições psicológicas e sociais que em populações específicas podem ser estendidas para a perda de confiança na capacidade de deambular com segurança, medo, depressão e índices elevados de novas internações hospitalares (LUZIA *et al*.; 2018; LUZIA *et al*., 2019)

Assim, a promoção de um ambiente hospitalar seguro, embora não somente dele, é uma das responsabilidades do enfermeiro no cuidado ao paciente hospitalizado. A prevenção das quedas é um foco sensível aos cuidados de enfermagem, compreendendo boas práticas dos profissionais em avaliar o risco de queda e reconhecer as circunstâncias envolvidas na ocorrência das quedas para assim subsidiar o planejamento preventivo adequado a cada situação (ALMEIDA; ABREU; MENDES, 2010).

Evidências científicas mostraram que medidas de prevenção de quedas eficazes devem englobar intervenções multifatoriais com componente de exercício físico, controle do risco ambiental para a correção de obstáculos, além de desenvolver e proporcionar métodos e instrumentos que subsidiem os profissionais na busca em elucidar a origem desses eventos, assim como os possíveis fatores contribuintes para a sua ocorrência. Entretanto, compreender a queda enquanto evento adverso e analisá-la individualmente e atenciosamente, de forma multidisciplinar, é a melhor maneira de prevenir seu acontecimento (GARCIA; COENEM; BARTZ, 2016; FERNADES; SÁ; NABAIS, 2020).

Contudo, considera-se escopo e responsabilidade do enfermeiro desenvolver ações decisivas e essenciais no contexto preventivo e do manejo da queda no ambiente hospitalar, atuando de uma forma holística e individualizada, fortalecendo práticas que colaborem para a redução ou até mesmo para a mitigação do evento no ambiente hospital ou, caso ocorra, para que os danos e repercussões sejam mínimos e insignificantes para a população acometida (DORNELLES *et al*., 2021).

1.3.4. Lesão por pressão

As lesões por pressão (LPP) são lesões decorrentes da força exercida sobre um tecido mole e comprimido entre a proeminência óssea e uma superfície dura causando lesões na pele, prejudicando a integridade tecidual. As regiões de proeminências ósseas são as mais

frequentes atingidas pelo dano e pacientes idosos e em pior estado clínico são os mais afetados, entretanto toda a população hospitalizada pode ser acometida pelo dano, o que constitui um problema relevante e muitas vezes um evento adverso presente no cenário dos serviços de saúde (ALENCAR *et al*., 2018).

As lesões por pressão ainda se constituem como um tema de grande atenção no âmbito do cuidado de enfermagem. A literatura destaca que a incidência e a prevalência do dano permanecem elevadas, o que reforça a necessidade de implementação de medidas preventivas e terapêuticas nos serviços de saúde (XAVIER *et al*., 2022).

Nesse cenário, cabe ao enfermeiro desenvolver ações determinantes tanto na prevenção quanto na terapêutica das lesões por pressão. A prevenção do dano caracteriza-se como principal foco desses profissionais e o tratamento das lesões por pressão deve ser implementado quando as medidas preventivas não forem mais suficientes (MEDEIROS; LOPES; JORGE, 2009).

Um protocolo atualizado de LPP foi desenvolvido pelo Ministério da Educação com o objetivo de desenvolver recomendações baseadas em evidência para a prevenção e o tratamento de lesões por pressão. O protocolo explora detalhadamente recomendações e declarações de boas práticas que incluem ações da equipe multiprofissional, além de dados atualizados sobre o estadiamento, características das lesões, tratamento indicado e plano terapêutico, bem como informações sobre monitoramento da lesão (BRASIL, 2022).

No que se refere às medidas preventivas adotadas pelo enfermeiro, estudos afirmam que na prática a equipe de enfermagem realiza mudança de decúbito, uso do filme transparente, protocolos, coberturas biológicas, superfícies de suporte (como colchões específicos, travesseiros), monitorização contínua da pressão nos colchões e a hidratação da pele. Embora essas medidas estejam em consonância e sejam compatíveis com as recomendações do Ministério da Saúde (MS), a prevenção da lesão por pressão envolve estratégias e condutas que devem ser adotadas por diferentes categorias profissionais (BRASIL, 2013a; MOREIRA *et al*., 2021).

Favreto e colaboradores (2017) reforçam essa fala, pois afirmam que a prevenção é um processo que deve envolver uma equipe multidisciplinar integrada para a obtenção dos melhores resultados. A integração do conhecimento e entendimento da definição, causas e fatores de risco por parte dos profissionais da saúde colabora com os resultados positivos no processo a fim de se implantar estratégias preventivas e de tratamento mais eficazes.

Estudos também apontam que a adoção de escalas de avaliação do risco para LPP combinadas com o raciocínio clínico pode auxiliar os profissionais a estabelecer as intervenções mais adequadas e pertinentes a cada individualidade do paciente. Diversos instrumentos de medida foram desenvolvidos e direcionados a essa problemática. A Escala de Braden, exemplo de ferramenta de medida em saúde, é uma das mais populares e utilizada por enfermeiros de instituições brasileiras, sendo ainda indicada pelo Ministério da Saúde na prevenção das LPP (VASCONCELOS; CALIRI, 2017).

Pesquisadores apontam que a aplicabilidade do instrumento de medida permite a uniformização da avaliação de risco para LPP, sendo uma ferramenta de auxílio para a identificação dos fatores de risco e para a prescrição das medidas, além de contribuir para redução da variação da avaliação de risco entre os enfermeiros, tendo em vista evitar e corrigir diferenças, erros e discordâncias na escolha dos escores (VARGAS; SANTOS, 2019; VIEIRA, 201

1.3.5. Medicação

A terapia medicamentosa em ambiente hospitalar é uma prática terapêutica amplamente utilizada para tratamento de doenças e manutenção da saúde. Em contrapartida, os pacientes hospitalizados tendem a utilizar múltiplos medicamentos, em diversos horários, com diversas finalidades e pretensões, tornando-os mais vulneráveis e suscetíveis à ocorrência de eventos adversos dentro desse contexto (FRANÇA; CASTRO; NOBRE, 2021).

A *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (NCCMERP) define erro com medicamento como qualquer evento evitável que promova ou induza o uso inadequado de um medicamento, estando a medicação no controle do profissional ou terceiros. Esses erros podem estar relacionados com diversos fatores, incluindo a prática profissional, os insumos utilizados no preparo e na administração, características dos rótulos, embalagem, nomenclatura, além da composição dos fármacos, distribuição, monitoramento e uso (NCCMERP, 1998).

Os erros com medicamentos podem envolver diferentes profissionais, entretanto a equipe de enfermagem está diretamente envolvida no processo de preparação e administração de medicamentos, estando grande parte dos erros reportados direcionada a essas fases. O erro

de medicação é predominante quando comparado aos demais erros, originando discussões e a elaboração de manuais e protocolos direcionados à segurança nesse contexto. Nesse aspecto, o enfermeiro apresenta elevada responsabilidade em evidenciar e impedir falhas nesse processo, intervindo e até mesmo interrompendo uma sequência de erros que pode ter iniciado no princípio de um processo anterior a esse (SOUZA, 2020).

Destacam-se como principais erros de medicação apresentados pela literatura prescrição não realizada ou ilegível, omissão, incidentes com anticoagulantes, eventos adversos relacionados a analgésicos opioides, erros associados à insulina, eventos adversos decorrentes de drogas anti-inflamatórias não esteroidais, incidentes com drogas que exigem monitoramento por exame de sangue, interações medicamentosas, erros em razão das alterações na dose e incidentes com o uso do oxigênio. Todos os eventos citados estão ligados a diversos fatores que potencializam sua ocorrência ou mesmo por mecanismos que não construam barreiras para evitar o episódio (PENA *et al*., 2016; BATISTA; MOURA, 2021; DEZENA; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2021)

Um estudo recente aponta que falhas na segurança do paciente no que concerne a erros de medicação são percebidas ainda na programação (aprazamento) realizada pelo enfermeiro para administração dessas drogas, muitas vezes favorecendo interações medicamentosas quando o enfermeiro realiza uma programação baseada em horários “padronizados” pela instituição em detrimento da adoção de horários mais próximos com as necessidades individuais de cada paciente (BUENO *et al.*, 2020).

Demais pesquisas apontam que um elevado número de erros direcionados ao domínio das medicações está associado à execução, incorreta checagem da enfermagem, contidos entre os principais erros, erros durante a prática de administração de medicamento, além da realização dos cálculos incorretos, falta de capacitação e experiência para a função, fator que induz à ocorrência de complicações aos pacientes devido à inabilidade para a função (LIMA; SANTOS; LOPES, 2020).

Outra gama de erros é descrita pela literatura na administração de medicamentos pela enfermagem, como falta de informação sobre o medicamento administrado, falha na identificação do paciente, falha de verificação de alergia medicamentosa, checagem incorreta, velocidade de infusão, dose errada, via errada, omissão de dose, hora errada, descarte incorreto de material e reencape de agulha (LIMA; VALENTE; SOUZA, 2022).

A enfermagem constitui-se como a principal e última possível barreira para a efetivação do erro de medicação, recaindo sobre a categoria uma imprescindível observação

mais cuidadosa sobre o tema, de forma a desenvolver estratégias que propiciem maior segurança aos pacientes e à própria equipe para evitar um erro relacionado ao uso de medicamento, e que os mesmos reflitam sobre suas práticas diárias e para os processos da instituição na qual estejam inseridos (SILVA; SANTANA, 2018).

Diversas estratégias podem ser adotadas para minimizar os erros de medicação, sendo necessária a atuação da equipe multidisciplinar na busca de um ambiente de trabalho seguro, com boa comunicação entre os profissionais de saúde e execução de estratégias para dissolver o elo do erro no processo medicamentoso, além de desenvolver estratégias educacionais, organizacionais e novas tecnologias para minimizar o erro, melhorando a prática profissional e a segurança do paciente hospitalizado (MIEIRO *et al*., 2019).

Dessa forma, reconhecendo o fardo substancial e a complexidade da prevenção e redução de danos relacionados a medicamentos, o tema do Dia Mundial da Segurança do Paciente 2022 foi "Segurança de Medicamentos". A campanha teve o intuito de fornecer o impulso necessário para consolidar os esforços do atual Desafio Global de Segurança do Paciente da OMS: Medicação sem Dano, enfatizando a necessidade de adotar uma abordagem sistêmica e promover práticas de medicação seguras para prevenir erros de medicação e reduzir danos relacionados a medicamentos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

1.3.6. Infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS)

De acordo com a OMS, as IRAS têm se configurado como um dos eventos adversos mais comuns no tocante à assistência em saúde, com expressivo impacto na mortalidade e na qualidade de vida da população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

As IRAS são definidas como infecções adquiridas durante o processo de cuidado, resultante de uma reação adversa à presença de um agente infeccioso adquirido após admissão nos serviços de saúde. São consideradas eventos adversos frequentes por se tratar de um incidente que resulta em dano ao paciente decorrente da assistência, com repercussões para qualidade em saúde e segurança do mesmo (BRASIL, 2021).

De fato, algumas infecções adquiridas em contexto hospitalar são evitáveis e outras não. São consideradas infecções possíveis de serem prevenidas aquelas em que há a possibilidade de interrupção do canal de transmissão dos microrganismos por meio da adoção

de medidas e condições eficazes para esse fim. Infecções não preveníveis são aquelas que ocorrem a despeito e apesar de todas as precauções e independe das ações desenvolvidas pelo responsável pelo cuidado (REIS, 2014).

No entanto, é importante destacar que uma grande parcela da ocorrência das IRAS é evitável se forem executadas medidas eficazes de prevenção e controle de infecção pelos serviços de saúde. Pesquisas mostram que quando os serviços de saúde e suas equipes conhecem a magnitude do problema das infecções e passam a aderir aos programas para prevenção e controle de IRAS pode ocorrer uma redução de mais de 70% de algumas infecções, por exemplo, as infecções da corrente sanguínea (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTIION, 2016; BRASIL, 2021).

Na equipe multiprofissional, a enfermagem ganha visibilidade, pois no sentido de prevenção das IRAS o enfermeiro representa um papel relevante no controle de infecções por ser o principal responsável pela educação da equipe de saúde, além de atuar na qualificação contínua dos profissionais envolvidos no cuidado (FONTES; AMARAL, 2020).

Assim, torna-se imprescindível diminuir os riscos assistenciais no processo de cuidar em enfermagem, visto que têm impacto direto na segurança do paciente (SP) e na qualidade da assistência. Ademais, a redução dos riscos e dos danos, além da incorporação de boas práticas, favorece a efetividade dos cuidados e o seu gerenciamento de modo seguro. Portanto, conhecer os cuidados necessários para o paciente com infecção é fundamental para traçar estratégias e reordenar a execução do trabalho da Enfermagem com o objetivo de minimizar as IRAS e seus efeitos na população acometida (FERREIRA *et al*., 2019).

Com base no apresentado, é possível reconhecer que os enfermeiros em exercício de suas atividades podem detectar e corrigir de forma antecipada possíveis falhas no cuidado que podem comprometer a qualidade da assistência. Contudo, diversas falhas direcionadas à vigilância/julgamento clínico, advocacia e implementação das ações adequadas a circunstâncias que envolvem quedas, úlceras de pressão, erros de medicação e infecção no cuidado a saúde podem se tornar fontes potencializadoras capazes de originar EA.

Assim, a literatura incentiva e apresenta como necessário o conhecimento oriundo dos profissionais sobre os eventos adversos e suas consequências, tendo em vista que estes representam uma transgressão importante do ponto de vista técnico-científico e ético da assistência, na qual a equipe de enfermagem deve reconhecer as definições e classificações dos EA para atuar na prevenção do risco e na identificação da ocorrência do evento, adotando as medidas de notificação (SERAFIM *et al.*, 2017).

Sobre essa última fala, uma das grandes dificuldades manifestadas pelos autores que investigam a associação entre os cuidados de enfermagem e a ocorrência de EA prende-se ao acesso à informação. Apesar de há alguns anos se dinamizar a criação de sistemas de notificação a fim de monitorar os incidentes relacionados à assistência à saúde e de se reconhecer uma maior disponibilidade dos enfermeiros para relatar incidentes, os relatos de eventos mostram apenas a ponta do *iceberg* (JENNINGS; STELA, 2010; MOUMTZOGLOU, 2010).

Dessa forma, o cenário de subnotificação, ou seja, a não notificação de todos os eventos adversos ocorridos trata-se de uma oportunidade perdida para identificar as fragilidades existentes no processo, agir na correção das possíveis falhas e direcionar para a busca de estratégias de prevenção dos eventos adversos que assegurem a segurança do paciente nas instituições de saúde (FURINI; NUNES; DALLORA, 2019).

1.4 **Estudos de adaptação transcultural**

Diversas populações, inclusive os profissionais de saúde, têm desprendido esforços e se debruçado a fim de desenvolver pesquisas que possibilitem a avaliação das condições de saúde das populações utilizando parâmetros internacionais. Para que isso seja possível, utiliza-se como base a literatura internacional para tradução, adaptação e validação das ferramentas dentro desse contexto. Acredita-se que o maior desafio desde processo seja apresentar um questionário com métodos psicométricos contemporâneos e que seja útil e confiável para uso em pesquisas e contextos clínicos (TSANG *et al.*, 2017).

A Psicometria se preocupa com o estudo dos problemas relacionados aos desafios da medição do comportamento humano, por meio de um conjunto específico de métodos e modelos matemáticos e estatísticos, válidos independentemente de qualquer teoria comportamental que um pesquisador possa estar adotando, sendo assim fornece insumos essenciais para a pesquisa em ciências sociais e comportamentais (RAYCOV; MARCOULIDES, 2011).

Para mensurar aquilo que não é observável, sobretudo na área da saúde, pesquisadores e diversos profissionais de variadas áreas utilizam os instrumentos de medida, também chamados de instrumentos psicométricos. Esses instrumentos são desenvolvidos e/ou

traduzidos, adaptados e validados para mensurar uma variável latente (CURADO; TELES; MARÔCO, 2014; OLIVEIRA; OLIVEIRA; NATAL, 2016). A variável latente é compreendida como uma fonte não observada da variabilidade sistemática em um conjunto de dados (BORSBOOM, 2008).

Dentro desse contexto, a lógica de validade de um instrumento de medida atravessou distintos conceitos e avanços na literatura, importantes de serem discutidos e compreendidos, pois é referida como substancial na discussão psicométrica. Cada nova edição e evolução trouxeram à luz novos consensos e entendimentos sobre validade, que foi avançando ao longo dos debates da área (NEWTON; SHAW, 2013).

A primeira organização do conceito é de 1952, em um documento publicado pela *American Psychological Association* (APA), chamado *"Techinical recommendations for psychological tests and diagnostoc techniques: A preliminar proposal".* Nesse documento, utilizava-se a terminologia "categorias de validade" e era possível encontrar quatro categorias de validade, incluindo Preditivo, *Status*, Conteúdo e Congruência.

Como era um estudo preliminar, em 1954, é lançada sua consolidação denominada *"Technical recommendations fp psychological tests and diagnostic techniques".* A validade passa a ser tratada como "tipos de validade", e não mais "categorias". Outra mudança ocorre ao substituir as denominações Preditivo, *Status* e Conteúdo por Construto, Concorrente, Preditivo e Conteúdo (AERA; APA; NCME, 1954).

Em 1965, o documento passa a ser chamado *de "Standads for Educational and Psychological Tests and Manual"*. O documento passa a ser um consenso entre a APA, a *American Educational Research Association* (AERA) e o Conselho Nacional de Medidas em Educação. Nele, mantém-se o conceito de "tipos" de validade, mas ocorre uma alteração substancial, os tipos saem de Construto, Concorrente, Preditivo e Conteúdo para Critério, Construto e Conteúdo (AERA; APA; NCME, 1965).

Em 1985, é publicado o 3º *Standarts*, a mudança é a volta da definição como "categorias de validade" (AERA; APA; NCME, 1985). Em 1999, ocorre uma alteração fundamental, o conceito passa a ser chamado de "fontes de evidências de validade" (AERA; APA; NCME, 1999). Dessa forma, não se diz mais que um instrumento é valido ou não, e sim o nível de evidências encontradas que atestem que o instrumento mensura sua variável latente e de forma precisa.

As mudanças não pararam por aí, o tripé constituído por Conteúdo, Construto e Critério está superado e passa a vigorar o modelo pentagonal, composto por cinco fontes de

validade: Conteúdo, Processo de resposta, Estrutura interna (ex-Construto), Relação com as outras variáveis (ex-Critério) e Consequências da testagem. Essas são as fontes contemporâneas ratificadas no 5º *Standarts*, de 2014, adotadas para este estudo e que comtemplam o padrão de excelência no desenvolvimento de instrumentos e encontram-se inseridas nas diretrizes da psicometria contemporânea (AERA; APA; NCME, 2014).

Apesar de todas as recomendações referentes ao desenvolvimento e avaliação de testes e práticas de testagem, muitos instrumentos são disponibilizados indevidamente, sem manuais, testagens adequadas, recomendações ou evidências de validações essenciais e necessárias (CHAN, 2014). Reforça-se que os instrumentos com poucas evidências de validade podem impactar de forma negativa a prática clínica ou para qual seja sua finalidade, já que sua medida, bem como os resultados interpretados, pode comprometer a justiça das decisões a serem tomadas a partir de suas aplicações.

Na perspectiva dessa metodologia própria, a literatura consultada é unânime ao considerar que é necessário, para o processo de adaptação transcultural (ATC) de um instrumento, a fase inicial proceder à tradução, sendo esta realizada por pelo menos dois tradutores (BEATON *et al*., 2000; EREMENCO; CELLA; ARNOLD, 2005; WILD *et al.*, 2005; GJERSING; CAPLEHORN; CLAUSEN, 2010; SOUSA; ROJJANASRIRAT, 2010; BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012). A tradução de teste preocupa-se com a transformação de um texto de um idioma para outro (ILIESCU, 2017). Entretanto, o processo de tradução não é simples, devendo se levar em conta aspectos técnicos, linguísticos e semânticos (ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2002).

Deve-se ressaltar que a tradução de um item (ou teste) pode assumir três formas, sendo estas a adoção *(adoption*), em que uma tradução aproximada pode produzir uma versão no idioma de destino que seja adequada; a adaptação (*adaptation*), em que um item pode precisar de alguma modificação para torná-lo adequado no idioma de destino; e montagem (*assembler*), na qual um item pode ser totalmente inapropriado na cultura-alvo (VAN DE VIJVER, 2016).

Já a adaptação do teste é um processo científico completo e, como resultado, é guiada pelos princípios do método científico, sendo o mais proeminente de tudo a necessidade de oferecer provas da adequação dessa transformação linguística, não apenas em termos de linguagem, mas também em termos de outras características psicométricas (ILIESCU, 2017).

A ATC de um instrumento deve considerar o idioma, o contexto cultural e o estilo de vida do país envolvido (GUILLERMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). Assim, para o

processo de adaptação transcultural, deve-se garantir que o conceito do instrumento é igual entre o original para a língua, o tempo e o contexto. Devem ser consideradas as possíveis barreiras ao fazer uma comparação direta entre as nações, as culturas e o tempo. Ainda se recomenda a ATC em questionários amplamente reconhecidos (GJERSING; CAPLEHORN; CLAUSEN, 2010).

Nesse contexto, o processo de validação não é uma atividade de um único tempo (SHEPARD, 1993). O conceito de universalidade não é aplicável nessa metodologia, a teoria em que o instrumento original foi elaborado deve ser avaliada para compreender se existe funcionalidade em outro contexto cultural. Desse modo, um teste pode ser válido para um determinado grupo, enquanto inválido para outro, ou válido para uma interpretação e uso de resultados, mas inválido para outro (BORSBOOM, 2012; BORSBOOM; MELLENBERGH, 2009).

É inegável que o protocolo para adaptação transcultural proposto por Beaton e colaboradores (2000) amplamente conhecido e utilizado compreende grande peso nas investigações e estudos de processos de adaptação transcultural. Todavia, Epstein, Santo e Guillemin (2015) citam a existência de pelo menos outros 31 protocolos de ATC com leituras atualizadas disponíveis na literatura. Alguns desses protocolos sistematizados sobre adaptação transcultural são exemplificados a seguir, sendo eles: Beaton e colaboradores (2000), sugerindo 6 etapas; Ispor (2005), compreendendo 10 etapas metodológicas; Gjersing, Caplehorn e Clausen (2010), composto por 12 etapas; Sousa e Rojjanasrirat (2011), composto por 7 etapas; Borsa, Damásio e Bandeira (2012), recomendando 6 etapas; RDC/TMD Consortium de Ohrbach e colaboradores (2013), compreendendo 17 etapas; e Promis (2013) elaborado em 11 etapas.

Diversos protocolos recomendam metodologias de ATC, entretanto, neste estudo, optou-se por utilizar as recomendações de *Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS®): standards document (*PROMIS, 2013), internacionalmente reconhecidas e contemporâneas dentro do campo da Psicometria para processos de adaptação transcultural de instrumentos de medida a fim de garantir a qualidade do instrumento adaptado (EREMENCO; CELLA; ARNOLD, 2005; WILD *et al*., 2005).

1.5 **Instrumento Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)**

O instrumento “Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)” idealizado pela enfermeira Amélia Filomena de Oliveira Mendes Castilho, em sua tese de doutoramento, foi desenvolvido em Portugal, no ano de 2015 (ANEXO B). O instrumento foi construído com base em estudos anteriores reconhecendo que é impossível estudar todos os eventos e todas as práticas de enfermagem que lhe estão associadas.

Para sua elaboração, utilizou-se como base o *National Database of Nursing Quality Indicators* (NDNQI), nos indicadores de qualidade e segurança validados pela *Agency for Healthcare Research and Quality's* (AHRQ indicators, 2002, 2003), pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (MILLAR; MATTKE, 2004) e nos erros estudados com o *Taxonomy of Error, Root Cause Analysis, and Practice Responsability* (TERCAP) (BENNER *et al.*, 2010), selecionando para este instrumento seis tipos de eventos adversos associados às práticas de enfermagem. Dessa forma, os itens que compõem o instrumento são consequências do fenômeno estudado.

Inicialmente, elaborou-se uma versão preliminar composta por 60 itens referentes à ocorrência/risco de eventos adversos e práticas de enfermagem recomendadas na sua prevenção ou identificadas como fatores potenciadores. Na etapa de avaliação pelos juízes, alterações foram efetuadas, corrigindo algumas expressões e eliminando 6 itens, ficando a versão inicial composta por 54 itens. Para a versão final, o instrumento compreendeu 53 questões afirmativas e 2 itens sobre percepção geral, totalizando um instrumento composto por 55 questões.

Para a construção da escala, a autora utilizou o referencial metodológico para elaboração de instrumentos proposto por Pasquali (1999) e Moreira (2009), que compreende a elaboração da versão inicial, a análise por painel de peritos, a análise das caraterísticas psicométricas e a elaboração da versão final. Para a elaboração do questionário, aplicou-se o modelo de qualidade proposto por Donabedian (1980;1992) e o *Nursing Role Effectiveness Model* proposto por Doran e colaboradores (2002). A escolha do referencial teórico utilizado deu ênfase aos processos e resultados. Dessa forma, a escala pretende identificar os resultados no paciente de risco/ocorrência de EAs e, simultaneamente, avaliar a frequência de processos/práticas que podem estar associados à segurança do paciente, quer em uma perspectiva de práticas preventivas, quer na perspectiva de ocorrência de falhas no processo de cuidados.

O objetivo foi desenvolver uma medida autoaplicável sobre a percepção dos enfermeiros quanto aos indicadores de processo de cuidados e resultados (risco e ocorrência

de evento adverso) distribuídos em seis domínios, que são eles: Vigilância/Julgamento clínico; Advocacia; Quedas; Lesão por pressão; Medicação; e Infecção relacionada à assistência de saúde (IRAS). Há ainda um sétimo domínio compreendendo dois itens que avaliam a percepção geral sobre o compromisso na segurança do paciente e a evitabilidade dos eventos adversos.

O instrumento EAAPE trata-se de um questionário em forma de escala poliatômica, tipo Likert, que abrange cinco pontuações, de (1 a 5), e que são respectivamente relacionadas com as frequências "nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente e sempre", representando "Nunca" como o valor mínimo (1), "Raramente" (2), "Algumas vezes" (3), "Frequentemente" (4) e "Sempre" (5).

A análise das caraterísticas psicométricas do estudo original permitiu propor uma versão da escala EAAPE composta por 55 itens. Para a análise da estrutura e consistência interna, recorreu-se à Análise Fatorial em Componentes Principais e à determinação do coeficiente *Alpha de Cronbach* (α), que apresentou valor global acima de 0,85. Previamente à extração dos fatores, procedeu-se à determinação da medida de adequabilidade da amostra por meio do teste de Keiser Meyer-Olkin (KMO = 0.79; $\chi 2$=2709.99, p =.000) e índice de esfericidade de Bartlett.

Os resultados obtidos permitiram considerar que o instrumento original apresenta caraterísticas psicométricas adequadas para ser utilizado no contexto da realidade dos serviços hospitalares em Portugal, na época em que foi elaborado (CASTILHO, 2015).

2 **PERCURSO METODOLÓGICO**

2.1 **Autorização para o estudo**

O consentimento para adaptação transcultural do questionário para o contexto brasileiro foi emitido pela autora da escala, Prof.ª Dr.ª Amélia Filomena de Oliveira Mendes Castilho, em 04 de março de 2020, para Prof.ª Dr.ª Cintia Silva Fassarella, orientadora desta dissertação de mestrado, do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgico (DEMC) e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf), da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ANEXO C). A autorização precedeu a execução das fases da pesquisa.

2.2 **Delineamento do estudo**

A presente proposta científica pretendeu responder às inquietações dos indivíduos por meio de métodos confiáveis de verificação e avaliação de propriedades psicométricas de instrumentos de medida na área da saúde e que sejam utilizáveis posteriormente por outros pesquisadores (FÜRR; BACHARACH, 2014).

Trata-se de um estudo psicométrico, pois se avaliaram as principais propriedades de medida da psicometria, que são, sobretudo, a validade e a confiabilidade. Pesquisas com esse escopo afirmam que, para um instrumento ser considerado útil, faz-se necessário que boas evidências de propriedades psicométricas sejam por ele apresentadas (SOUZA; SANTOS; DIAS, 2013).

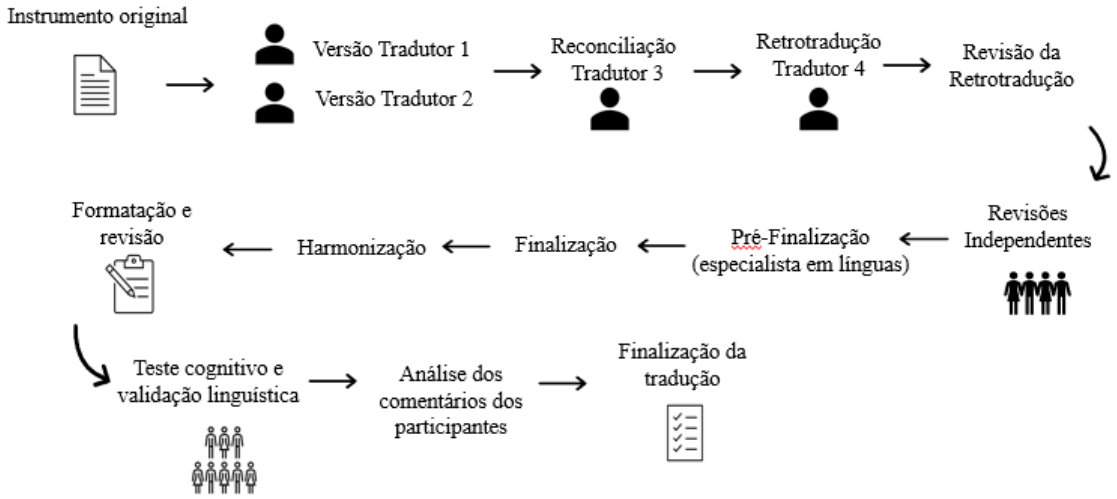
Os métodos e as técnicas envolvidos na psicometria apresentam-se como estudos de abordagem mista, visto que se referiram ao desenvolvimento e à realização de procedimentos de validação de uma ferramenta de avaliação em saúde por meio de técnicas quantitativas e qualitativas simultâneas (CANO; HOBART, 2011).

2.3 **Procedimento metodológico de adaptação transcultural**

O percurso metodológico deste estudo foi desenvolvido de acordo com as recomendações dos principais autores envolvidos nesse processo e com publicações reconhecidas internacionalmente a fim de garantir a qualidade do instrumento adaptado (BEATON *et al.*, 2007; PROMIS, 2013). O protocolo adotado para realizar o processo de adaptação transcultural deste estudo compreendeu as 11 etapas metodológicas recomendadas.

Para adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas do instrumento "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)" para a língua portuguesa do Brasil, após prévia autorização da autora da ferramenta, seguiram-se as etapas apresentadas na Figura 1, a seguir (PROMIS, 2013):

Figura 1: Etapas metodológicas para adaptação transcultural – Rio de Janeiro, 2022.



Fonte: adaptado PROMIS, 2013.

Em seguida, descrevem-se as etapas do estudo obedecendo à rigorosa metodologia de *Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS®): standards document* (PROMIS, 2013). A utilização do método visou produzir traduções do instrumento de origem original que são equivalentes à versão fonte e uma da outra (EREMENCO; CELLA; ARNOLD, 2005).

2.3.1. Tradução

A etapa inicial do processo de adaptação transcultural consistiu na tradução do instrumento EAAPE para a língua portuguesa do Brasil. Esse processo foi realizado por dois tradutores nativos do idioma-alvo, independentes, sendo um leigo e um com conhecimento na área da saúde. Os objetivos gerais do instrumento foram informados aos tradutores, que resultaram na produção de duas perspectivas distintas do mesmo instrumento (BEATON *et al*., 2000; PROMIS, 2013).

2.3.2. Reconciliação

Com o objetivo de criar uma versão única livre de discrepâncias, um terceiro tradutor nativo do idioma-alvo foi solicitado para apreciação das traduções obtidas na etapa anterior. O tradutor foi orientado a decidir qual tradução acreditava ser mais adequada e realizar ajustes e apontamentos se assim julgasse necessário (EREMENCO; CELLA; ARNOLD, 2005; PROMIS, 2013).

2.3.3. Retrotradução (ou versão)

A tradução obtida na etapa de reconciliação foi vertida novamente para o idioma da língua original do instrumento por um novo tradutor. As recomendações de Guillermin, Bombardier e Baeton (1993) e Beaton e colaboradores (2000) sugeriam que esse tradutor fosse nativo de Portugal e com fluência no idioma-alvo do instrumento.

O procedimento de retrotradução possibilitou a revisão de dados e interpretações equivocadas que podiam comprometer a consistência do instrumento, além de destacar inconsistências grosseiras ou erros conceituais que poderiam ocorrer na etapa de tradução para a língua portuguesa (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON *et al.*, 2000;).

A literatura atualizada referente ao método de adaptação transcultural desconsidera a necessidade de duas ou mais retrotraduções, demonstrando que apenas uma versão é suficiente nessa etapa (EREMENCO; CELLA; ARNOLD, 2005).

2.3.4. Revisão da retrotradução

Neste estudo, a pesquisadora principal representou a responsável pela condução do processo de adaptação, realizando a comparação entre a versão original e a retrotraduzida para identificar discrepâncias nas traduções e fornecer esclarecimentos aos revisores sobre o objetivo dos itens. Essa etapa também se configurou como uma avaliação preliminar da harmonização entre os idiomas (PROMIS, 2013).

2.3.5. Revisões independentes

Todas as etapas anteriores foram revisadas por profissionais bilíngues, especialistas na área da saúde e/ou método utilizado, conforme recomendação metodológica (PROMIS, 2013). Esse grupo misto de especialistas, conforme a recomendação de PROMIS (2013), selecionou a tradução que julgou mais apropriada para cada item ou produziu traduções alternativas quando as anteriores não foram aceitáveis.

A recomendação dos demais autores é que todas as traduções sejam reavaliadas para a obtenção de um consenso a respeito de possíveis discrepâncias (EPSTEIN; SANTO; GUILLEMIN, 2015; SCHUMAHER; ALEXANDRE, 2017).

O objetivo dessa fase foi analisar a tradução à luz de todas as informações fornecidas e selecionar a tradução mais adequada. A partir da adoção dessas recomendações, acredita-se ter sido possível obter um instrumento equivalente à versão original (PROMIS, 2013).

2.3.5.1 Análise das equivalências

A análise das equivalências trata-se de uma etapa obrigatória, inerente ao processo de adaptação transcultural, que tem por objetivo garantir a qualidade da tradução realizada por meio de uma avaliação minuciosa sobre todo o instrumento (HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1998; BEATON *et al*., 2000).

Para essa etapa do estudo, participaram especialistas na área de conhecimento (Saúde, Enfermagem, Letras/ Idioma (Português do Brasil), os mesmos foram convidados levando em consideração seu currículo lattes a fim de verificar o enquadramento nas recomendações sugeridas para esse grupo. A busca por meio do currículo eletrônico lattes dos especialistas considerou sua área de pesquisa e desenvolvimento que deveria estar relacionada com a temática do estudo, além de profissional bacharel e licenciado em Letras (Português) e com pós-doutoramento na Faculdade de Letras, de Portugal.

Para captação dos especialistas, também foram admitidas sugestões de parceiros internacionais e nacionais do Grupo de Pesquisa "Tecnologias em Saúde e Enfermagem no Contexto de Segurança do Paciente" (TESPAH) e do Grupo de Pesquisa Concepções Teóricas para Cuidar em Saúde e Enfermagem que se enquadrassem nos critérios estabelecidos para o grupo de especialistas.

Os especialistas foram contatados incialmente por telefone pela pesquisadora principal e, ao aceitarem participar do estudo, receberam por meio do e-mail eletrônico um convite formal de participação; em seguida, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - (Apêndice A) e o instrumento de coleta de dados. Todos os documentos foram disponibilizados de forma remota. Apesar do prazo de 15 dias para devolução, fez-se necessária a prorrogação por mais 10 dias, a pedido dos especialistas. Inicialmente, convidaram-se 9 especialistas, mas 4 não responderam ou deram continuidade ao estudo, compreendendo um total de 5 especialistas nessa etapa.

A fim de alcançar a equivalência em suas quatro áreas, os especialistas receberam a incumbência de avaliar a concordância ou discordância da versão brasileira do EAAPE quanto à:

• Equivalência semântica: diz respeito à equivalência no significado das palavras empregadas pelos dois instrumentos. Avaliam-se as dificuldades gramaticais que podem existir nas traduções (BEATON *et al*., 2000);

• Equivalência idiomática: verifica-se se o uso de coloquialismos e expressões linguísticas é adequado à população e contexto do objetivo do estudo (BEATON *et al*., 2000);
• Equivalência conceitual: avalia-se se há uma mesma relação com o conceito subjacente em ambas as culturas, ou seja, coerência do item com relação àquilo que se pretende medir (HERDMAN; RUSHBY; BADIA, 1998; BEATON *et al*., 2000);
• Equivalência experimental: as experiências culturais correspondem ou fazem sentido, ou seja, verifica se determinado item possui contexto semelhante na população-alvo (BEATON *et al*., 2000).

Solicitou-se aos especialistas que analisassem as equivalências descritas em cada item e informassem se a versão pré-final em português (reconciliação) mantinha a equivalência linguística, utilizando as respostas sim ou não, que posteriormente foram codificadas em (1) para não e (2) para sim. No caso de resposta negativa, solicitou-se sugestão para adequação. Os dados relativos às equivalências foram analisados por meio do índice de concordância entre os especialistas, representado na Figura 2 por uma fórmula, sendo considerados aceitáveis valores de 80% (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Figura 2. Fórmula para cálculo por meio do Índice de concordância – Rio de Janeiro, 2022

$$\text{\% de concordância} = \frac{\text{n° de participantes que concordam}}{\text{n° de total de participantes}}$$

Fonte: ALEXANDRE; COLUCI, 2011.

2.3.5.2. Validade de conteúdo

Após o término da análise das equivalências citadas anteriormente, um novo grupo de especialistas foi convidado para analisar elementos relacionados à validade de conteúdo da ferramenta proposta para adaptação. Esse movimento teve como objetivo verificar se o instrumento EAAPE realmente mede com precisão o fenômeno que se propõe medir.

Para verificação dessa etapa, convidaram-se especialistas na área de conhecimento (Saúde, Enfermagem e Psicometria) que avaliaram critérios como clareza, pertinência, relevância e dimensionalidade do EAAPE. A seleção do grupo de especialistas levou em consideração seu currículo lattes a fim de verificar o enquadramento nas recomendações sugeridas para esse grupo.

A busca por meio do currículo eletrônico lattes dos especialistas considerou sua área de pesquisa e desenvolvimento que deveria estar relacionada com a temática do estudo, além de profissionais psicometristas com vasto conhecimento na área e reconhecidamente atuantes no campo da Psicometria.

Para captação dos especialistas, admitiram-se sugestões de parceiros internacionais e nacionais do Grupo de Pesquisa "Tecnologias em Saúde e Enfermagem no Contexto de Segurança do Paciente" (TESPAH) e do Grupo de Pesquisa Concepções Teóricas para Cuidar em Saúde e Enfermagem, que estivessem dentro dos critérios estabelecidos para o grupo de especialistas.

De igual forma, os especialistas dessa etapa foram contatados incialmente por telefone pela pesquisadora principal e, ao aceitarem participar do estudo, receberam por meio do e-mail eletrônico um convite formal de participação e, posteriormente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o instrumento de coleta de dados. Todos os documentos foram disponibilizados de forma remota. Nessa fase, convidaram-se 20 especialistas e todos responderam positivamente quanto à participação no estudo e dentro do prazo acordado de 20 dias para devolução de suas respostas.

Atualmente, um instrumento é considerado válido de acordo com as boas evidências de validade de conteúdo que são apresentadas, evidências fortes, robustas, indicam que o instrumento também apresenta uma boa estrutura interna. Os especialistas dessa etapa avaliaram o instrumento de forma holística, contemplando cada domínio, além da análise individual dos itens para assegurar os critérios, incluindo clareza, pertinência, relevância e dimensionalidade.

Para avaliar o item clareza, fez-se necessário observar a forma como a sentença foi redigida, verificando se a mesma era compreensível e apropriada ao que se pretendia medir. Quanto à pertinência ou ainda chamada de representatividade, esta consistia em examinar se os itens refletiam os conceitos e se estes eram relevantes e convenientes com o objetivo do instrumento (RUBIO *et al*., 2003).

O critério de relevância avaliou se o conteúdo do item traduzido era ou não relevante à cultura em que será inserido, enquanto a dimensionalidade verificou se um determinado item foi capaz de mensurar o constructo proposto como uma qualidade ou atributo (OHRBACH *et al*., 2013).

Para os três primeiros critérios (clareza, pertinência e relevância), solicitou-se aos especialistas que analisassem se estas haviam sido asseguradas na versão pré-final em

português (reconciliação), utilizando as respostas sim ou não, que posteriormente foram codificadas em (0) para não e (1) para sim. No caso de resposta negativa, solicitou-se sugestão para posterior adequação.

Já para o item dimensionalidade, solicitou-se que os especialistas assinalassem com um “X” a dimensão que considerasse pertinente, sendo possível assinalar quantas dimensões considerassem adequadas para o item avaliado. Quando houve marcação de alguma dimensão, considerou-se que o especialista reconheceu a presença de dimensionalidade (CHENG *et al*., 2016).

A partir da avaliação dos especialistas para os critérios citados, calculou-se o *Content Validity Ratio* (CVR), com resultados analisados a partir da proposta de Lawshe, que considera que há alguma evidência de validade de conteúdo em concordância acima de 50% (AYRE; SCALLY, 2014; ZAMANZEDH *et al.*, 2015).

A metodologia de Lawshe (1975) tem sido amplamente usada para estabelecer e quantificar a validade de conteúdo em diversos campos, incluindo o da saúde, que é calculado como demonstrado na fórmula a seguir (WILSON; PAN; SCHUMSKY, 2012):

Figura 3. Fórmula do *Content Validity Ratio* (CVR) para análise de evidência de validade de conteúdo – Rio de Janeiro, 2022

$$\mathrm{CVR} = \frac{n_e - (N/2)}{N/2},$$

Legenda: n_e = número de seleção de assuntos de especialistas (SMEs) que indicam que o item é “essencial”.
N = número total de SMEs no painel.

Fonte: WILSON; PAN; SCHUMSKY, 2012.

2.3.6. Pré-finalização

Nessa etapa, a pesquisadora principal avaliou a pertinência dos comentários dos revisores, tendo como base a fundamentação teórica do instrumento, com o objetivo de identificar potenciais problemas nas traduções sugeridas e produzir perguntas e comentários para orientar o coordenador de línguas para o idioma de destino (PROMIS, 2013).

2.3.7. Finalização

Um especialista em línguas, nativo do idioma-alvo (português do Brasil), determinou a tradução final revisando todas as informações no histórico de itens e abordando os comentários da pesquisadora principal. Com posse da tradução final, o especialista em línguas forneceu a respectiva versão literal e a versão polida para cada item, explicando a escolha da tradução final e oferecendo justificativa para a decisão quando a tradução final for diferente da versão reconciliada ou do que os revisores recomendaram individualmente (PROMIS, 2013).

2.3.8. Harmonização e garantia de qualidade

A realização dessa etapa detectou e atendeu às divergências que surgiram entre as diferentes versões de idiomas, garantindo a equivalência conceitual entre a versão original e a versão-alvo (WILD *et al*., 2005).

Nessa fase do estudo, é possível verificar a consistência das traduções anteriores, com outros idiomas, se aplicável, e entre os itens. O especialista em línguas poderia ser consultado novamente para obtenção de informações adicionais, se necessário (PROMIS, 2013).

2.3.9. Formatação e revisão

Realizou-se a revisão do questionário final considerando os comentários de revisão para detecção de erros gramaticais que ocorreram durante o processo de tradução e de formatação por dois revisores que atuaram de forma independente (WILD *et al*., 2005; PROMIS, 2013).

2.3.10. Teste cognitivo e validação linguística

Para avaliar a equivalência do questionário na cultura brasileira, identificar erros ou inadequações na versão final obtida e confirmar que as questões e enunciados podem ser compreendidos, realizou-se o pré-teste com uma amostra definida, atendendo à recomendação de minimamente 30 participantes (BEATON *et al.*, 2000).

O objetivo dessa fase não se limitou à avaliação da qualidade da tradução, mas também à verificação de aspectos práticos oriundos da sua aplicação. Por meio da aplicação do instrumento para uma amostra da população, foi possível detectar erros e confirmar que todas as perguntas foram bem compreendidas, descartando a possibilidade de desvios na tradução (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Nessa etapa do método, foram incluídos e convidados para participar do estudo enfermeiros de ambos os sexos que exercessem atividades assistenciais nos serviços de internação das áreas clínica, cirúrgica e de unidades intensivas, com tempo de experiência igual ou superior a 6 meses, pelo fato de se adequar e familiarizar com as atividades do serviço/unidade, no hospital universitário público do Rio de Janeiro. Excluíram-se os profissionais que, durante o período de coleta de dados, estivessem afastados por férias ou licença de qualquer natureza.

O campo de pesquisa para a realização desta etapa foi um hospital público estadual do Rio de Janeiro, Brasil, que presta atendimento a pacientes regulados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e considerado referência para todo o estado do Rio de Janeiro. Trata-se de uma instituição de grande porte que possui 560 leitos e 16 salas cirúrgicas. A unidade oferece atendimento de baixa, média e alta complexidade em várias áreas, além de serviço ambulatorial em diversas especialidades clínicas. Atualmente não possui serviço de emergência, exceto aos pacientes já internados. A instituição ainda é campo de ensino de prática e pesquisa de universidades públicas e possui núcleo de segurança do paciente estruturado e atuante, que norteia a constante melhoria dos processos de cuidado.

Para realização do estudo, elegeram-se os serviços de internação da área clínica, cirúrgica e unidades de terapia intensiva do hospital investigado. Assim sendo, solicitaram-se autorizações para realização da pesquisa à Coordenação de Enfermagem e, posteriormente, aos Coordenadores dos Serviços da área clínica, cirúrgica e unidades de terapia intensiva

(APÊNDICE B, APÊNDICE C, APÊNDICE D, APÊNDICE E). Dessa forma, dentro de um único campo de pesquisa, obteve-se a colaboração de três setores distintos da instituição.

Para a etapa quantitativa, os participantes que aceitaram participar do estudo receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - (APÊNDICE F) em mãos, em duas vias, e após assinaturas dos termos um ficou em posse do participante e o outro da pesquisadora principal. Os participantes responderam a cada item do instrumento e, para isso, utilizou-se uma ferramenta eletrônica (*tablet*), na qual o instrumento foi apresentado no formato *Google Forms*.

Para desenvolvimento da fase de pré-teste, na etapa qualitativa, após término do preenchimento do instrumento, realizou-se uma entrevistada individual pela pesquisadora principal com a finalidade de investigar as dificuldades relacionadas ao entendimento de cada enunciado, assim como detectar termos de difícil compreensão e verificar aspectos práticos da aplicação. A entrevista aconteceu presencialmente, em local destinado para esse fim, garantindo-lhes privacidade para esse encontro. O conteúdo das entrevistas foi gravado em mídia digital, após assinatura do termo de autorização de voz (APÊNDICE G), e os participantes responderam às perguntas apresentadas no roteiro de entrevista estruturado (APÊNDICE H).

A formulação do conteúdo das entrevistas foi elaborada segundo Bandalos (2018), que inova em sua fala sobre o campo da psicometria e fornece diretrizes para escrever itens cognitivos e afetivos, conduzir uma análise de itens atualizada e discutir sobre tópicos avançados da teoria de medição.

O conteúdo das entrevistas foi transcrito integralmente e checado por dois pesquisadores. As informações foram submetidas à análise de conteúdo, obedecendo à metodologia composta por:

a) Pré-análise, com organização do material e composição do corpus do estudo;

b) Exploração do material, processo pelo qual os dados foram transformados sistematicamente e agregados em unidades;

c) Tratamento dos resultados, com inferência e interpretação, buscando embasar as análises e dar sentido à interpretação, para posterior categorização e discussão segundo os referenciais teóricos descritos.

Acerca da técnica qualitativa, considera-se uma amostragem saturada quando a coleta de dados não influencia ou promove algum acréscimo de informação que contribua para o

estudo. Ao alcançar esse ponto, compreende-se que foi atingido o ponto de saturação e que a compreensão do fenômeno estudado não será mais alterada. Dessa forma, a saturação da amostragem permite a interrupção da continuidade da coleta por considerar irrelevante persistir na mesma, uma vez que a validade do conjunto de dados já foi estabelecida (MINAYO, 2017).

Diante disso, o roteiro de entrevista utilizado para o estudo foi composto por duas partes. A parte 1 compreendeu perguntas relacionadas às informações pessoais dos participantes e perguntas gerais sobre a compreensão dos mesmos sobre o instrumento. A parte 2 do roteiro compreendeu perguntas direcionadas à compreensão de cada item do instrumento. Desse modo, os participantes do estudo foram entrevistados comtemplando todo o conteúdo das entrevistas que compreendem o instrumento de forma integral (parte 1 e parte 2). A partir do ponto que se alcançou a saturação dos dados, interrompeu-se a segunda parte da entrevista e realizou-se apenas a parte 1 da entrevista para os demais participantes. Ressalta-se que todos os entrevistados receberam informações a respeito da pesquisadora, objetivos do estudo e forma de participação, com preenchimento da versão brasileira do questionário impresso.

2.3. 11. Análise dos comentários dos participantes e finalização da tradução

Os pesquisadores do estudo reuniram os comentários dos participantes e as sugestões de melhoria para compreensão que foram propostas.

2.4 **Aspectos éticos**

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição envolvida, respeitando os preceitos éticos da Resolução 466/12 e 510/16, resoluções do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos. O presente protocolo de pesquisa obteve sua aprovação do Comitê de Ética da instituição, sob registro CAAE nº 54090421.4.0000.5259 e Parecer número 5.189.974 (APÊNDICE I).

Entretanto, após uma revisão atualizada na literatura internacional disponível, detectou-se a necessidade de inserir para avaliação do Comitê de Ética da instituição uma emenda para aprovação de documentação e alteração de informações relativas ao protocolo. Assim, submeteu-se um adendo ao Comitê de Ética da instituição, que foi aprovado sob o Parecer número 5.655.953 (APÊNDICE J).

Todos os participantes foram informados sobre o objetivo do estudo e que a decisão de participar ou não seria voluntária, não havendo qualquer tipo de ônus, bônus ou compensação financeira. Eles também foram informados que seus dados individuais seriam preservados para evitar risco de constrangimento. Aqueles que concordaram em participar do estudo assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando em posse de uma das vias, que contém o contato da pesquisadora e do Comitê de Ética em Pesquisa.

Neste estudo, o risco foi avaliado como mínimo, isto é, o participante poderia apresentar risco psíquico/emocional relacionado a algum tipo de desconforto ou constrangimento ao responder a uma ou mais questões. Objetivando minimizar esses riscos, a pesquisadora comprometeu-se a interromper a coleta de dados e fornecer acolhimento e escuta ativa àquele envolvido nessa situação.

Não houve benefícios diretos aos participantes ou remuneração por qualquer participação. Reforça-se que os mesmos não comtemplaram benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes desta pesquisa. Por outro lado, espera-se como benefício da participação na pesquisa a ampliação do conhecimento científico na área de estudo que poderá beneficiar diversos pacientes promovendo melhorias nas práticas assistenciais a partir do gerenciamento de fatores que comprometem a segurança do paciente na ocorrência de eventos adversos.

3 **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O processo de adaptação transcultural do instrumento do EAAPE para a língua portuguesa do Brasil foi cumprido durante um período de 11 meses e seguiu as recomendações preconizadas pela literatura científica internacionalmente reconhecida e atualizada.

Estudos direcionados para a prática de adaptação transcultural têm sido sugeridos por estudiosos do método desde a década de 1990 e sofrido atualizações importantes durante os anos. Entretanto, é incontestável a grande influência de roteiros produzidos por autoras como Beaton e Guilhermina, apresentando grande popularidade na área da enfermagem e nos estudos realizados pela categoria (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON *et al*., 2007). Porém, para este estudo, optou-se por utilizar a proposta do grupo Promis (2013), que apresenta um roteiro detalhado de desenvolvimento e revisão das etapas do processo de adaptação transcultural.

3.1 **Tradução para Língua Portuguesa**

Para essa etapa do método, obtiveram-se duas versões do instrumento em português, caracterizando-se como Tradução 1 (T1) e Tradução 2 (T2), como demonstrado no Quadro 2.

Quadro 2 -Tradução 1 (T1) e Tradução 2 (T2) obtidas por meio de tradutores independente- Rio de Janeiro–2022 (continua)

Instrumento Original	**Traduções para o Português do Brasil**	
	T1	**T2**
Título Eventos adversos associados às práticas de enfermagem (EAAPE)	**Título** Eventos adversos associados às práticas de enfermagem (EAAPE)	**Título** Eventos adversos associados às práticas de enfermagem (EAAPE)
Instruções de preenchimento		
Considere serviço/unidade de trabalho o serviço ou departamento do hospital onde trabalha habitualmente. Leia atentamente os enunciados e em cada um assinale apenas um ponto da escala, **preenchendo a bolinha.** Muito obrigada pela colaboração	Considere serviço/unidade de trabalho o serviço ou departamento do hospital onde trabalha habitualmente. Leia atentamente os enunciados e em cada um assinale apenas um ponto da escala, **preenchendo o círculo.** Muito obrigada pela colaboração	Considere serviço/unidade de trabalho o setor ou departamento do hospital ondetrabalha habitualmente. Leia atentamente os enunciados e em cada um assinale apenas um ponto da escala, **preenchendo a bolinha.** Muito obrigada pela colaboração
Um evento adverso é definido como qualquer tipo de engano, incidente, erro ou desvio da norma, susceptível de causar dano ao doente. A **segurança do doente** é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde	Um evento adverso é definido como qualquer tipo de engano, incidente, erro ou desvio da norma, susceptível de causar dano ao paciente. A **segurança do paciente** é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde.	Um evento adverso é definido como qualquer tipo de engano, incidente, erro ou desvio da norma, susceptível de causar dano ao paciente. A s**egurança do paciente** é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde.
Indique, por favor, a frequência em que acontece cada uma das situações: No meu serviço/ unidade …	Indique, por favor, a frequência em que acontece cada uma das situações: No meu serviço/ unidade …	Indique, por favor, a frequência em que acontece cada uma das situações: No meu serviço/ unidade …
Itens propostos		
1-Vigilância/Julgamento clínico	**1-Vigilância/Julgamento clínico**	**1-Vigilância/Julgamento clínico**
1. Os **doentes** são adequadamente vigiados	1. Os **pacientes** são adequadamente vigiados	1. Os **pacientes** são adequadamente vigiados
2. As alterações do estado clínico são oportunamente detectadas	2. As alterações do estado clínico são oportunamente detectadas	2. As alterações do estado clínico são oportunamente detectadas

Quadro 2 -Tradução 1 (T1) e Tradução 2 (T2) obtidas por meio de tradutores independente- Rio de Janeiro–2022 (continuação)

3. Existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por **défice** de vigilância	3 Existe risco de agravamento/complicações do estado do paciente por **déficit** de vigilância	3 Existe risco de agravamento/complicações do estado do paciente por **déficit** de vigilância
4. Existe risco de agravamento/complicações do estado do **doente** por julgamento clínico inadequado	4. Existe risco de agravamento/complicações do estado do **paciente** por julgamento clínico inadequado	4. Existe risco de agravamento/complicações do estado do **paciente** por julgamento clínico inadequado
2. Advocacia	**2. Advocacia**	**2. Advocacia**
1. Os enfermeiros assumem-se como verdadeiros "**advogados"** dos interesses do **doente** e família	1. Os enfermeiros assumem-se como verdadeiros **"advogados"** dos interesses do **paciente** e família	1. Os enfermeiros assumem-se como verdadeiros **"advogados"** dos interesses do **paciente** e família
2. Os enfermeiros questionam a prática de outros profissionais quando está em causa o interesse do **doente**	2. Os enfermeiros questionam a prática de outros profissionais quando está em causa o interesse do **paciente**	2. Os enfermeiros questionam a prática de outros profissionais quando está em causa o interesse do **paciente**
3. Os enfermeiros respeitam a privacidade do **doente**	3. Os enfermeiros respeitam a privacidade do **paciente**	3. Os enfermeiros respeitam a privacidade do **paciente**
4. Os enfermeiros respeitam a confidencialidade do **doente**	4. Os enfermeiros respeitam a confidencialidade do **paciente**	4. Os enfermeiros respeitam a confidencialidade do **paciente**
5. Os enfermeiros delegam funções de enfermagem **noutros** profissionais menos preparados	5. Os enfermeiros delegam funções de enfermagem **a outros** profissionais menos preparados	5. Os enfermeiros delegam funções de enfermagem **a outros** profissionais menos preparados
6. Existe risco de agravamento/complicações no estado do **doente** por falhas na defesa dos interesses do doente.	6. Existe risco de agravamento/complicações no estado do **paciente** por falhas na defesa dos interesses do paciente.	6. Existe risco de agravamento/complicações no estado do **paciente** por falhas na defesa dos interesses do paciente.
7. Existe risco de agravamento/complicações no estado do **doente** por delegação de funções de enfermagem em pessoal menos preparado	7. Existe risco de agravamento/complicações no estado do **paciente** por delegação de funções de enfermagem ao pessoal menos preparado	7. Existe risco de agravamento/complicações no estado do **paciente** por delegação de funções de enfermagem ao pessoal menos preparado
3. Quedas	**3. Quedas**	**3. Quedas**
1.O risco de quedas é avaliado em todos os **doentes,** de acordo com protocolo instituído.	1.O risco de quedas é avaliado em todos os **pacientes,** de acordo com protocolo instituído.	1.O risco de quedas é avaliado em todos os **pacientes,** de acordo com protocolo instituído.

Quadro 2 -Tradução 1 (T1) e Tradução 2 (T2) obtidas por meio de tradutores independente- Rio de Janeiro–2022 (continuação)

2. Os procedimentos de prevenção de quedas são ajustados **tendem em consideração** a avaliação do risco	2. Os procedimentos de prevenção de quedas são ajustados **tendem em consideração** a avaliação do risco	2. Os procedimentos de prevenção de quedas são ajustados **levando-se em consideração** a avaliação do risco
3. A vigilância do **doente** é ajustada ao risco avaliado	3. A vigilância do **paciente** é ajustada ao risco avaliado	3. A vigilância do **paciente** é ajustada ao risco avaliado
4. Existe risco de ocorrência de quedas de **doentes**	4. Existe risco de ocorrência de quedas de **paciente**	4. Existe risco de ocorrência de quedas de **paciente**
5. Ocorrem quedas de **doentes**	5. Ocorrem quedas de **pacientes**	5. Ocorrem quedas de **pacientes**
4. Úlceras de pressão	**4. Úlceras de pressão**	**4. Lesões por pressão**
1. No início do **internamento** é realizada uma avaliação clínica global (grau de mobilidade, incontinência urinária/fecal, alterações da sensibilidade, alterações do estado de consciência, doença vascular, estado nutricional).	1. No início da **internação** é realizada uma avaliação clínica global (grau de mobilidade, incontinência urinária/fecal, alterações da sensibilidade, alterações do estado de consciência, doença vascular, estado nutricional).	1. No início da **internação** é realizada uma avaliação clínica global (grau de mobilidade, incontinência urinária/fecal, alterações da sensibilidade, alterações do estado de consciência, doença vascular, estado nutricional).
2. É realizada a **inspecção** periodica da pele em áreas de risco ou de úlceras prévias.	2. É realizada a **inspeção** periódica da pele em áreas de risco ou de úlceras prévias	2. É realizada a **inspeção** periódica da pele em áreas de risco ou de úlceras prévias
3. São utilizadas escalas de estratificação do risco (escalas de Braden e/ou de Norton)	3. São utilizadas escalas de estratificação do risco (escalas de Braden e/ou de Norton)	3. São utilizadas escalas de estratificação do risco (escalas de Braden e/ou de Norton)
4. São implementadas medidas preventivas ajustadas aos **factores** de risco	4. São implementadas medidas preventivas ajustadas aos **fatores** de risco	4. São implementadas medidas preventivas ajustadas aos **fatores** de risco
5. Os cuidados gerais à pele são adequados às necessidades identificadas	5. Os cuidados gerais à pele são adequados às necessidades identificadas	5. Os cuidados gerais à pele são adequados às necessidades identificadas
6. O suporte nutricional é ajustado às necessidades	6. O suporte nutricional é ajustado às necessidades	6. O suporte nutricional é ajustado às necessidades
7. Os reposicionamentos são ajustados às necessidades	7. Os reposicionamentos são ajustados às necessidades	7. Os reposicionamentos são ajustados às necessidades
8. Existe o risco de ocorrência de **úlceras de pressão**	8. Existe o risco de ocorrência de **úlceras de pressão**	8. Existe o risco de ocorrência de **lesões por pressão**

Quadro 2 -Tradução 1 (T1) e Tradução 2 (T2) obtidas por meio de tradutores independente- Rio de Janeiro–2022 (continuação)

9. Ocorrem **úlceras de pressão**	9. Ocorrem **úlceras de pressão**	9. Ocorrem **lesões por pressão**
5. Medicação	**5. Medicação**	**5. Medicação**
1. Existe o risco de ocorrência de erros de medicação	1. Existe o risco de ocorrência de erros de medicação	1. Existe o risco de ocorrência de erros de medicação
2. Ocorrem erros de medicação	2. Ocorrem erros de medicação	2. Ocorrem erros de medicação
5.A Ocorrem erros na preparação da medicação por:	**5.A Ocorrem erros na preparação da medicação por:**	**5.A Ocorrem erros na preparação da medicação por:**
1. Existirem medicamentos com rótulo e embalagem semelhantes	1. Existirem medicamentos com rótulo e embalagem semelhantes	1. Existirem medicamentos com rótulo e embalagem semelhantes
2. Existirem muitos medicamentos no mesmo horário	2. Existirem muitos medicamentos no mesmo horário	2. Existirem muitos medicamentos no mesmo horário
3. A farmácia enviar o medicamento errado	3. A farmácia enviar o medicamento errado	3. A farmácia enviar o medicamento errado
4. O medicamento não estar disponível em tempo oportuno	4. O medicamento não estar disponível em tempo oportuno	4. O medicamento não estar disponível em tempo oportuno
5. O enfermeiro ser interrompido durante a **actividade**	5. O enfermeiro ser interrompido durante a **atividade**	5. O enfermeiro ser interrompido durante a **atividade**
6. Distracção do enfermeiro	6. Distracção do enfermeiro	6. Distracção do enfermeiro
5.B Ocorrem erros na administração da medicação por:	**5.B Ocorrem erros na administração da medicação por:**	**5.B Ocorrem erros na administração da medicação por:**
1. Falhas na comunicação sobre mudanças na acomodação dos **doentes (troca de cama)**	1. Falhas na comunicação sobre mudanças na acomodação dos **pacientes (troca de leito)**	1. Falhas na comunicação sobre mudanças na acomodação dos **pacientes (troca de leito)**
2. Falhas na comunicação médico/enfermeiro sobre alterações na prescrição médica	2. Falhas na comunicação médico/enfermeiro sobre alterações na prescrição médica	2. Falhas na comunicação médico/enfermeiro sobre alterações na prescrição médica
3. Falhas na comunicação (prescrição médica oral ou por telefone)	3. Falhas na comunicação (prescrição médica oral ou por telefone)	3. Falhas na comunicação (prescrição médica oral ou por telefone)
4. Falhas na comunicação (ausência de registo da administração anterior)	4. Falhas na comunicação (ausência de registo da administração anterior)	4. Falhas na comunicação (ausência de registo da administração anterior)

Quadro 2 -Tradução 1 (T1) e Tradução 2 (T2) obtidas por meio de tradutores independente- Rio de Janeiro–2022 (continuação)

5. **Incorrecta** identificação do medicamento preparado	5. **Incorreta** identificação do medicamento preparado	5. **Incorreta** identificação do medicamento preparado
6. **Incumprimento** dos procedimentos de identificação do **doente**	6. **Incumprimento** dos procedimentos de identificação do **paciente**	6. **Não cumprimento** dos procedimentos de identificação do **paciente**
7. Falhas na execução da técnica de administração	7. Falhas na execução da técnica de administração	7. Falhas na execução da técnica de administração
5.C Vigilância da medicação	**5.C Vigilância da medicação**	**5.C Vigilância da medicação**
1. Ocorrem falhas na vigilância dos **ritmos** das **perfusões**	1. Ocorrem falhas na vigilância das **velocidades** das **perfusões**	1. Ocorrem falhas na vigilância dos **ritmos das infusões**
2. Ocorrem falhas na vigilância dos efeitos da medicação	2. Ocorrem falhas na vigilância dos efeitos da medicação	2. Ocorrem falhas na vigilância dos efeitos da medicação
6. Infeção associada aos cuidados de saúde (IACS)	**6. Infeção Relacionada a Assistência à Saúde (IRAS)**	**6. Infeção Relacionada a Assistência à Saúde (IRAS)**
1. Existe risco de ocorrerem **infecções (IACS)**	1. Existe risco de ocorrerem **infecções (IRAS)**	1. Existe risco de ocorrerem **infecções (IRAS)**
2. Ocorrem infecções (IACS)	2. Ocorrem infecções (IRAS)	2. Ocorrem infecções (IRAS)
3. A Higienização das mãos realiza-se:	**3. A Higienização das mãos realiza-se:**	**3. A Higienização das mãos realiza-se:**
1. Antes e após o **contacto** com o **doente**	1. Antes e após o **contato** com o **paciente**	1. Antes e após o **contato** com o **paciente**
2. Antes de procedimentos que exijam assepsia	2. Antes de procedimentos que exijam assepsia	2. Antes de procedimentos que exijam assepsia
3. Após o **contacto** com sangue e fluidos corporais	3. Após o **contato** com sangue e fluidos corporais	3. Após o **contato** com sangue e fluidos corporais
4. Os Equipamento de Protecção Individual (EPI) são seleccionados e ajustados **aos procedimentos a realizar**	4. Os Equipamento de Proteção Individual (EPI) são selecionados e ajustados aos **procedimentos a realizar**	4. Os equipamentos de proteção individual (EPI) são selecionados e ajustados aos **procedimentos que serão realizados.**
5. Na manipulação de material **corto/perfurante** são evitados procedimentos inadequados, nomeadamente dobrar ou recapsular agulhas, após a sua utilização	5. Na manipulação de material **corto/perfurante** são evitados procedimentos inadequados, nomeadamente dobrar ou reencapar agulhas, após a sua utilização	5. Na manipulação de material **pérfuro/cortante** são evitados procedimentos inadequados como dobrar ou reencapar agulhas, após a sua utilização

Quadro 2 -Tradução 1 (T1) e Tradução 2 (T2) obtidas por meio de tradutores independente- Rio de Janeiro–2022 (conclusão)

6. Os **objectos cortam/perfurantes** (agulhas, lâminas de bisturi, etc.) são acondicionados em contentores rígidos, localizados próximo da realização do procedimento	6. Os **objetos perfurocortantes** (agulhas, lâminas de bisturi, etc.) são acondicionados em recipientes rígidos, localizados próximo da realização do procedimento	6. Os **objetos pérfuro/ cortantes** (agulhas, lâminas de bisturi, etc) são acondicionados em recipientes rígidos, localizados próximo da realização do procedimento.
7. A acomodação dos **doentes** realiza-se de acordo com a susceptibilidade imunológica e condição clínica do **doente** (ex. isolamento de acordo com as necessidades)	7. A acomodação dos **doentes** realiza-se de acordo com a susceptibilidade imunológica e condição clínica do **doente** (ex. isolamento de acordo com as necessidades)	7. A acomodação dos **doentes** realiza-se de acordo com a susceptibilidade imunológica e condição clínica do **doente** (ex. isolamento de acordo com as necessidades)
8. Os resíduos hospitalares são **objecto** de tratamento apropriado, consoante o grupo a que pertencem	8. Os resíduos hospitalares são **objeto** de tratamento apropriado, consoante o grupo a que pertencem	8. Os resíduos hospitalares são **objeto** de tratamento apropriado, consoante o grupo a que pertencem
9. A roupa suja é **triada** junto do local de **proveniência,** acondicionada em saco próprio e transportada para a lavandaria em carro fechado	9. A roupa suja é **triada** junto do local de **proveniência,** acondicionada em saco próprio e transportada para a lavandaria em carro fechado	9. A roupa suja é **separada** junto ao local de **procedência,** acondicionada em saco próprio e transportada para a lavanderia em carro fechado.
7. Percepção Geral (no meu serviço)	**7. Percepção Geral (no meu serviço)**	**7. Percepção Geral (no meu serviço)**
1. A ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem compromete a práticas de enfermagem compromete a **segurança do doente**	1. A ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem compromete a **segurança do paciente**	1. A ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem compromete a **segurança do paciente**
2. Os eventos adversos associados às práticas de enfermagem podiam ser evitados	2. Os eventos adversos associados às práticas de enfermagem podiam ser evitados	2. Os eventos adversos associados às práticas de enfermagem podiam ser evitados
Opções de respostas:		
Nunca	Nunca	Nunca
Raramente	Raramente	Raramente
Algumas vezes	Algumas vezes	Algumas vezes
Frequentemente	Frequentemente	Frequentemente
Sempre	Sempre	Sempre

Fonte: A autora, 2022.

Nessa etapa, observaram-se pequenas alterações nas propostas de traduções pelos tradutores. Em T1, nas instruções de preenchimento, foi sugerido pelo tradutor a adequação da frase para "Leia atentamente os enunciados e em cada um assinale apenas um ponto da escala, **preenchendo o círculo**". A sugestão foi justificada pelo uso da expressão destacada representar a seriedade adequada para o instrumento. Já T2 optou por manter a expressão "[...] preenchendo a bolinha".

Houve uma discrepância nas traduções no título da dimensão 4. T1 optou pelo uso do termo "Úlceras de pressão" para titular a dimensão, entretanto, em contexto brasileiro, essa terminologia foi substituída pela *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) desde 2016 (NPUAP, 2016). Já T2 sugeriu o termo "Lesão por pressão" para ser utilizado na descrição da dimensão por ser a nomenclatura mais utilizada e adequada para o contexto brasileiro segundo o tradutor. T2 também optou pelo uso da nomenclatura "defensores" ao invés de "advogados" no item 5, em que o enfermeiro assume os interesses do paciente e família.

Em T1 e T2, ambos os tradutores optaram pela utilização da nomenclatura "paciente" em todos os itens em que se apresentou, diferente do original que utiliza o termo "doente". A utilização do termo "paciente" apresenta- se como o mais adequado em contexto brasileiro, além de ser o termo adotado também pela Portaria 529/2013 e pela RDC nº 36/2013, e não altera o sentido da proposta original.

Dentro desse universo linguístico, compreende-se que o termo utilizado para se referir às pessoas que recorrem aos serviços de saúde representa uma especificidade, e não apenas uma questão semântica, pois as denominações propiciam diferentes olhares e formas de compreender aquilo que é nomeado, o que tem grande relação com aquilo que construímos como realidade de vida (SAITO *et al.*, 2013; SPINK, 2015).

O contexto histórico da expressão "paciente" começou a ser utilizado no século XIV e está relacionado com a pessoa que tem paciência, serena, conformada. Em contrapartida, a utilização do termo pode sugerir implicitamente uma posição passiva e hierarquicamente inferior em relação ao profissional. Todavia, a origem do termo tem relação com a "pessoa que precisa ser tratada de alguma doença". O termo ainda sugere uma relação mais íntima e respeitosa, e não apenas de prestação de serviço. O uso da denominação "paciente" é a expressão convencional mais comum e antiga. É o termo que mais lembra o contexto hospitalar (SAITO *et al.*, 2013)

3.2 **Reconciliação**

As traduções obtidas na etapa anterior foram reconciliadas por um terceiro tradutor, que decidiu e apresentou a tradução considerada mais adequada, como apresentado no Quadro 3.

Quadro 3 - Reconciliação obtida por meio de um tradutor independente - Rio de Janeiro – 2022 (continua)

Instrumento Original	**Traduções para o Português do Brasil**		**Reconciliação**
	T1	**T2**	
Título Eventos adversos associados às práticas de enfermagem (EAAPE)	**Título** Eventos adversos associados às práticas de enfermagem (EAAPE)	**Título** Eventos adversos associados às práticas de enfermagem (EAAPE)	**Título** Eventos adversos associados às práticas de enfermagem (EAAPE)
Instruções de preenchimento			
Considere serviço/unidade de trabalho o serviço ou departamento do hospital onde trabalha habitualmente. Leia atentamente os enunciados e em cada um assinale apenas um ponto da escala, **preenchendo a bolinha.** Muito obrigada pela colaboração	Considere serviço/unidade de trabalho o serviço ou departamento do hospital onde trabalha habitualmente. Leia atentamente os enunciados e em cada um assinale apenas um ponto da escala, **preenchendo o círculo.** Muito obrigada pela colaboração	Considere serviço/unidade de trabalho o setor ou departamento do hospital onde trabalha habitualmente. Leia atentamente os enunciados e em cada um assinale apenas um ponto da escala, **preenchendo a bolinha.** Muito obrigada pela colaboração	Considere serviço/unidade de trabalho o setor ou departamento do hospital onde trabalha habitualmente. Leia atentamente os enunciados e em cada um assinale apenas um ponto da escala**, preenchendo a o círculo.** Muito obrigada pela colaboração

Quadro 3 - Reconciliação obtida por meio de um tradutor independente - Rio de Janeiro – 2022 (continuação)

Um evento adverso é definido como qualquer tipo de engano, incidente, erro ou desvio da norma, susceptível de causar dano ao doente. A **segurança do doente** é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde	Um evento adverso é definido como qualquer tipo de engano, incidente, erro ou desvio da norma, susceptível de causar dano ao doente. A **segurança do paciente** é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde	Um evento adverso é definido como qualquer tipo de engano, incidente, erro ou desvio da norma, susceptível de causar dano ao doente. A **segurança do paciente** é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde	Um evento adverso é definido como qualquer tipo de engano, incidente, erro ou desvio da norma, susceptível de causar dano ao doente. A **segurança do paciente** é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde
Indique, por favor, a frequência em que acontece cada uma das situações: No meu serviço/ unidade …	Indique, por favor, a frequência em que acontece cada uma das situações: No meu serviço/ unidade …	Indique, por favor, a frequência em que acontece cada uma das situações: No meu serviço/ unidade …	Indique, por favor, a frequência em que acontece cada uma das situações: No meu serviço/ unidade …
Itens propostos			
1-Vigilância/Julgamento clínico	**1-Vigilância/Julgamento clínico**	**1-Vigilância/Julgamento clínico**	**1-Vigilância/Julgamento clínico**
1. Os **doentes** são adequadamente vigiados	1. Os **pacientes** são adequadamente vigiados	1. Os **pacientes** são adequadamente vigiados	1. Os **pacientes** são adequadamente vigiados
2. As alterações do estado clínico são oportunamente detectadas	2. As alterações do estado clínico são oportunamente detectadas	2. As alterações do estado clínico são oportunamente detectadas	2. As alterações do estado clínico são oportunamente detectadas
3. Existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por **défice** de vigilância	3 Existe risco de agravamento/complicações do estado do paciente por **déficit** de vigilância	3 Existe risco de agravamento/complicações do estado do paciente por **déficit** de vigilância	3 Existe risco de agravamento/complicações do estado do paciente por **déficit** de vigilância

Quadro 3 - Reconciliação obtida por meio de um tradutor independente - Rio de Janeiro – 2022 (continuação)

4. Existe risco de agravamento/complicações do estado do **doente** por julgamento clínico inadequado	4. Existe risco de agravamento/complicações do estado do **paciente** por julgamento clínico inadequado	4. Existe risco de agravamento/complicações do estado do **paciente** por julgamento clínico inadequado	4. Existe risco de agravamento/complicações do estado do **paciente** por julgamento clínico inadequado
2. Advocacia	**2. Advocacia**	**2. Advocacia**	**2. Advocacia**
2. Os enfermeiros questionam a prática de outros profissionais quando está em causa o interesse do **doente**	2. Os enfermeiros questionam a prática de outros profissionais quando está em causa o interesse do **paciente**	2. Os enfermeiros questionam a prática de outros profissionais quando está em causa o interesse do **paciente**	2. Os enfermeiros questionam a prática de outros profissionais quando está em causa o interesse do **paciente**
3. Os enfermeiros respeitam a privacidade do **doente**	3. Os enfermeiros respeitam a privacidade do **paciente**	3. Os enfermeiros respeitam a privacidade do **paciente**	3. Os enfermeiros respeitam a privacidade do **paciente**
4. Os enfermeiros respeitam a confidencialidade do **doente**	4. Os enfermeiros respeitam a confidencialidade do **paciente**	4. Os enfermeiros respeitam a confidencialidade do **paciente**	4. Os enfermeiros respeitam a confidencialidade do **paciente**
5. Os enfermeiros delegam funções de enfermagem **noutros** profissionais menos preparados	5. Os enfermeiros delegam funções de enfermagem **a outros** profissionais menos preparados	5. Os enfermeiros delegam funções de enfermagem **a outros** profissionais menos preparados	5. Os enfermeiros delegam funções de enfermagem **a outros** profissionais menos preparados
6. Existe risco de agravamento/complicações no estado do **doente** por falhas na defesa dos interesses do doente.	6. Existe risco de agravamento/complicações no estado do **paciente** por falhas na defesa dos interesses do paciente.	6. Existe risco de agravamento/complicações no estado do **paciente** por falhas na defesa dos interesses do paciente.	6. Existe risco de agravamento/complicações no estado do **paciente** por falhas na defesa dos interesses do paciente.
7. Existe risco de agravamento/complicações no estado do **doente** por delegação de funções de enfermagem em pessoal menos preparado	7. Existe risco de agravamento/complicações no estado do **paciente** por delegação de funções de enfermagem ao pessoal menos preparado	7. Existe risco de agravamento/complicações no estado do **paciente** por delegação de funções de enfermagem ao pessoal menos preparado	7. Existe risco de agravamento/complicações no estado do **paciente** por delegação de funções de enfermagem ao pessoal menos preparado
3. Quedas	**3. Quedas**	**3. Quedas**	**3. Quedas**

Quadro 3 - Reconciliação obtida por meio de um tradutor independente - Rio de Janeiro – 2022 (continuação)

1.O risco de quedas é avaliado em todos os **doentes,** de acordo com protocolo instituído.	1.O risco de quedas é avaliado em todos os **pacientes,** de acordo com protocolo instituído.	1.O risco de quedas é avaliado em todos os **pacientes,** de acordo com protocolo instituído.	1.O risco de quedas é avaliado em todos os **pacientes,** de acordo com protocolo instituído.
2. Os procedimentos de prevenção de quedas são ajustados **tendem em consideração** a avaliação do risco	2. Os procedimentos de prevenção de quedas são ajustados **tendem em consideração** a avaliação do risco	2. Os procedimentos de prevenção de quedas são ajustados **levando-se em consideração** a avaliação do risco	2. Os procedimentos de prevenção de quedas são ajustados **levando-se em consideração** a avaliação do risco
3. A vigilância do **doente** é ajustada ao risco avaliado	3. A vigilância do **paciente** é ajustada ao risco avaliado	3. A vigilância do **paciente** é ajustada ao risco avaliado	3. A vigilância do **paciente** é ajustada ao risco avaliado
4. Existe risco de ocorrência de quedas de **doentes**	4. Existe risco de ocorrência de quedas de **paciente**	4. Existe risco de ocorrência de quedas de **paciente**	4. Existe risco de ocorrência de quedas de **paciente**
5. Ocorrem quedas de **doentes**	5. Ocorrem quedas de **pacientes**	5. Ocorrem quedas de **pacientes**	5. Ocorrem quedas de **pacientes**
4. Úlceras de pressão	**4. Úlceras de pressão**	**4. Lesões por pressão**	**4. Lesões por pressão**
1. No início do **internamento** é realizada uma avaliação clínica global (grau de mobilidade, incontinência urinária/fecal, alterações da sensibilidade, alterações do estado de consciência, doença vascular, estado nutricional).	1. No início da **internação** é realizada uma avaliação clínica global (grau de mobilidade, incontinência urinária/fecal, alterações da sensibilidade, alterações do estado de consciência, doença vascular, estado nutricional).	1. No início da **internação** é realizada uma avaliação clínica global (grau de mobilidade, incontinência urinária/fecal, alterações da sensibilidade, alterações do estado de consciência, doença vascular, estado nutricional).	1. No início da **internação** é realizada uma avaliação clínica global (grau de mobilidade, incontinência urinária/fecal, alterações da sensibilidade, alterações do estado de consciência, doença vascular, estado nutricional).
2. É realizada a **inspecção** periodica da pele em áreas de risco ou de úlceras prévias.	2. É realizada a **inspeção** periódica da pele em áreas de risco ou de úlceras prévias	2. É realizada a **inspeção** periódica da pele em áreas de risco ou de úlceras prévias	2. É realizada a **inspeção** periódica da pele em áreas de risco ou de úlceras prévias
3. São utilizadas escalas de estratificação do risco (escalas de Braden e/ou de Norton)	3. São utilizadas escalas de estratificação do risco (escalas de Braden e/ou de Norton)	3. São utilizadas escalas de estratificação do risco (escalas de Braden e/ou de Norton)	3. São utilizadas escalas de estratificação do risco (escalas de Braden e/ou de Norton)

Quadro 3 - Reconciliação obtida por meio de um tradutor independente - Rio de Janeiro – 2022 (continuação)

4. São implementadas medidas preventivas ajustadas aos **factores** de risco	4. São implementadas medidas preventivas ajustadas aos **fatores** de risco	4. São implementadas medidas preventivas ajustadas aos **fatores** de risco	4. São implementadas medidas preventivas ajustadas aos **fatores** de risco
5. Os cuidados gerais à pele são adequados às necessidades identificadas	5. Os cuidados gerais à pele são adequados às necessidades identificadas	5. Os cuidados gerais à pele são adequados às necessidades identificadas	5. Os cuidados gerais à pele são adequados às necessidades identificadas
6. O suporte nutricional é ajustado às necessidades	6. O suporte nutricional é ajustado às necessidades	6. O suporte nutricional é ajustado às necessidades	6. O suporte nutricional é ajustado às necessidades
7. Os reposicionamentos são ajustados às necessidades	7. Os reposicionamentos são ajustados às necessidades	7. Os reposicionamentos são ajustados às necessidades	7. Os reposicionamentos são ajustados às necessidades
8. Existe o risco de ocorrência de **úlceras de pressão**	8. Existe o risco de ocorrência de **úlceras de pressão**	8. Existe o risco de ocorrência de **lesões por pressão**	8. Existe o risco de ocorrência de **lesões por pressão**
9. Ocorrem **úlceras de pressão**	9. Ocorrem **úlceras de pressão**	9. Ocorrem **lesões por pressão**	9. Ocorrem **lesões por pressão**
5. Medicação	**5. Medicação**	**5. Medicação**	**5. Medicação**
1. Existe o risco de ocorrência de erros de medicação	1. Existe o risco de ocorrência de erros de medicação	1. Existe o risco de ocorrência de erros de medicação	1. Existe o risco de ocorrência de erros de medicação
2. Ocorrem erros de medicação	2. Ocorrem erros de medicação	2. Ocorrem erros de medicação	2. Ocorrem erros de medicação
5.A Ocorrem erros na preparação da medicação por:	**5.A Ocorrem erros na preparação da medicação por:**	**5.A Ocorrem erros na preparação da medicação por:**	**5.A Ocorrem erros na preparação da medicação por:**
1. Existirem medicamentos com rótulo e embalagem semelhantes	1. Existirem medicamentos com rótulo e embalagem semelhantes	1. Existirem medicamentos com rótulo e embalagem semelhantes	1. Existirem medicamentos com rótulo e embalagem semelhantes
2. Existirem muitos medicamentos no mesmo horário	2. Existirem muitos medicamentos no mesmo horário	2. Existirem muitos medicamentos no mesmo horário	2. Existirem muitos medicamentos no mesmo horário de aprazamento

Quadro 3 - Reconciliação obtida por meio de um tradutor independente - Rio de Janeiro – 2022 (continuação)

3. A farmácia enviar o medicamento errado	3. A farmácia enviar o medicamento errado	3. A farmácia enviar o medicamento errado	3. A farmácia enviar o medicamento errado
4. O medicamento não estar disponível em tempo oportuno	4. O medicamento não estar disponível em tempo oportuno	4. O medicamento não estar disponível em tempo oportuno	4. O medicamento não estar disponível em tempo oportuno
5. O enfermeiro ser interrompido durante a **actividade**	5. O enfermeiro ser interrompido durante a **atividade**	5. O enfermeiro ser interrompido durante a **atividade**	5. O enfermeiro ser interrompido durante a **atividade**
6. Distracção do enfermeiro	6. Distracção do enfermeiro	6. Distracção do enfermeiro	6. Distracção do enfermeiro
5.B Ocorrem erros na administração da medicação por:	**5.B Ocorrem erros na administração da medicação por:**	**5.B Ocorrem erros na administração da medicação por:**	**5.B Ocorrem erros na administração da medicação por:**
1. Falhas na comunicação sobre mudanças na acomodação dos **doentes (troca de cama)**	1. Falhas na comunicação sobre mudanças na acomodação dos **pacientes (troca de leito)**	1. Falhas na comunicação sobre mudanças na acomodação dos **pacientes (troca de leito)**	1. Falhas na comunicação sobre mudanças na acomodação dos **pacientes (troca de leito)**
2. Falhas na comunicação médico/enfermeiro sobre alterações na prescrição médica	2. Falhas na comunicação médico/enfermeiro sobre alterações na prescrição médica	2. Falhas na comunicação médico/enfermeiro sobre alterações na prescrição médica	2. Falhas na comunicação **equipe multiprofissional** sobre alterações na prescrição médica
3. Falhas na comunicação (prescrição médica oral ou por telefone)	3. Falhas na comunicação (prescrição médica oral ou por telefone)	3. Falhas na comunicação (prescrição médica oral ou por telefone)	3. Falhas na comunicação (prescrição médica oral ou por telefone)
4. Falhas na comunicação (ausência de registo da administração anterior)	4. Falhas na comunicação (ausência de registo da administração anterior)	4. Falhas na comunicação (ausência de registo da administração anterior)	4. Falhas na comunicação (ausência de registo da administração anterior)
5. **Incorrecta** identificação do medicamento preparado	5. **Incorreta** identificação do medicamento preparado	5. **Incorreta** identificação do medicamento preparado	**Incorreta** identificação do medicamento preparado

Quadro 3 - Reconciliação obtida por meio de um tradutor independente - Rio de Janeiro – 2022 (continuação)

6. **Incumprimento** dos procedimentos de identificação do **doente**	6. **Incumprimento** dos procedimentos de identificação do **paciente**	6. **Não cumprimento** dos procedimentos de identificação do **paciente**	6. **Não cumprimento** dos procedimentos de identificação do **paciente**
7. Falhas na execução da técnica de administração	7. Falhas na execução da técnica de administração	7. Falhas na execução da técnica de administração	7. Falhas na execução da técnica de administração
5.C Vigilância da medicação	**5.C Vigilância da medicação**	**5.C Vigilância da medicação**	**5.C Vigilância da medicação**
1. Ocorrem falhas na vigilância dos **ritmos** das **perfusões**	1. Ocorrem falhas na vigilância das **velocidades** das **perfusões**	1. Ocorrem falhas na vigilância dos **ritmos das infusões**	1. Ocorrem falhas na vigilância dos **ritmos das infusões**
2. Ocorrem falhas na vigilância dos efeitos da medicação	2. Ocorrem falhas na vigilância dos efeitos da medicação	2. Ocorrem falhas na vigilância dos efeitos da medicação	2. Ocorrem falhas na vigilância dos efeitos da medicação
6. Infeção associada aos cuidados de saúde (IACS)	**6. Infeção Relacionada a Assistência à Saúde (IRAS)**	**6. Infeção Relacionada a Assistência à Saúde (IRAS)**	**6. Infeção Relacionada a Assistência à Saúde (IRAS)**
1. Existe risco de ocorrerem **infecções (IACS)**	1. Existe risco de ocorrerem **infecções (IRAS)**	1. Existe risco de ocorrerem **infecções (IRAS)**	1. Existe risco de ocorrerem **infecções (IRAS)**
2. Ocorrem infecções (IACS)	2. Ocorrem infecções (IRAS)	2. Ocorrem infecções (IRAS)	2. Ocorrem infecções (IRAS)
3. A Higienização das mãos realiza-se:	**3. A Higienização das mãos realiza-se:**	**3. A Higienização das mãos realiza-se:**	**3. A Higienização das mãos realiza-se:**
1. Antes e após o **contacto** com o **doente**	1. Antes e após o **contato** com o **paciente**	1. Antes e após o **contato** com o **paciente**	1. Antes e após o **contato** com o **paciente**
2. Antes de procedimentos que exijam assepsia	2. Antes de procedimentos que exijam assepsia	2. Antes de procedimentos que exijam assepsia	2. Antes de procedimentos que exijam assepsia
3. Após o **contacto** com sangue e fluidos corporais	3. Após o **contato** com sangue e fluidos corporais	3. Após o **contato** com sangue e fluidos corporais	3. Após o **contato** com sangue e fluidos corporais

Quadro 3 - Reconciliação obtida por meio de um tradutor independente - Rio de Janeiro – 2022 (continuação)

4. Os Equipamento de Protecção Individual (EPI) são seleccionados e ajustados **aos procedimentos a realizar**	4. Os Equipamento de Proteção Individual (EPI) são selecionados e ajustados aos **procedimentos a realizar**	4. Os equipamentos de proteção individual (EPI) são selecionados e ajustados aos **procedimentos que serão realizados.**	4. Os equipamentos de proteção individual (EPI) são selecionados e ajustados aos **procedimentos que serão realizados.**
5. Na manipulação de material **corto/perfurante** são evitados procedimentos inadequados, nomeadamente dobrar ou recapsular agulhas, após a sua utilização	5. Na manipulação de material **corto/perfurante** são evitados procedimentos inadequados, nomeadamente dobrar ou reencapar agulhas, após a sua utilização	5. Na manipulação de material **pérfuro/cortante** são evitados procedimentos inadequados como dobrar ou reencapar agulhas, após a sua utilização	5. Na manipulação de material **pérfuro cortante** são evitados procedimentos inadequados como dobrar ou reencapar agulhas, após a sua utilização
6. Os **objectos cortam/perfurantes** (agulhas, lâminas de bisturi, etc.) são acondicionados em contentores rígidos, localizados próximo da realização do procedimento	6. Os **objetos perfurocortantes** (agulhas, lâminas de bisturi, etc.) são acondicionados em recipientes rígidos, localizados próximo da realização do procedimento	6. Os **objetos pérfuro/ cortantes** (agulhas, lâminas de bisturi, etc) são acondicionados em recipientes rígidos, localizados próximo da realização do procedimento	6. Os **objetos perfurocortantes** (agulhas, lâminas de bisturi, etc.) são acondicionados em recipientes rígidos, localizados próximo da realização do procedimento
7. A acomodação dos **doentes** realiza-se de acordo com a susceptibilidade imunológica e condição clínica do **doente** (ex. isolamento de acordo com as necessidades)	7. A acomodação dos **pacientes** realiza-se de acordo com a susceptibilidade imunológica e condição clínica do **paciente** (ex. isolamento de acordo com as necessidades)	7. A acomodação dos **pacientes** realiza-se de acordo com a susceptibilidade imunológica e condição clínica do **paciente** (ex. isolamento de acordo com as necessidades)	7. A acomodação dos **pacientes** realiza-se de acordo com a susceptibilidade imunológica e condição clínica do **paciente** (ex. isolamento de acordo com as necessidades)
8. Os resíduos hospitalares são **objecto** de tratamento apropriado, consoante o grupo a que pertencem	8. Os resíduos hospitalares são **objeto** de tratamento apropriado, consoante o grupo a que pertencem	8. Os resíduos hospitalares são **objeto** de tratamento apropriado, consoante o grupo a que pertencem	8. Os resíduos hospitalares são **materiais** de tratamento apropriado, consoante o grupo a que pertencem

Quadro 3 - Reconciliação obtida por meio de um tradutor independente - Rio de Janeiro – 2022 (conclusão)

9. A roupa suja é **triada** junto do local de **proveniência,** acondicionada em saco próprio e transportada para a lavandaria em carro fechado	9. A roupa suja é **triada** junto do local de **proveniência,** acondicionada em saco próprio e transportada para a lavandaria em carro fechado	9. A roupa suja é **separada** junto ao local de **procedência,** acondicionada em saco próprio e transportada para a lavanderia em carro fechado.	9. A roupa suja é **separada** junto ao local de **procedência,** acondicionada em saco próprio e transportada para a lavanderia em carro fechado.
7. Percepção Geral (no meu serviço)	**7. Percepção Geral (no meu serviço)**	**7. Percepção Geral (no meu serviço)**	**7. Percepção Geral (no meu serviço)**
1. A ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem compromete a práticas de enfermagem compromete a **segurança do doente**	1. A ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem compromete a **segurança do paciente**	1. A ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem compromete a **segurança do paciente**	1. A ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem compromete a **segurança do paciente**
2. Os eventos adversos associados às práticas de enfermagem podiam ser evitados	2. Os eventos adversos associados às práticas de enfermagem podiam ser evitados	2. Os eventos adversos associados às práticas de enfermagem podiam ser evitados	2. Os eventos adversos associados às práticas de enfermagem podiam ser evitados
Opções de respostas:			
Nunca	Nunca	Nunca	Nunca
Raramente	Raramente	Raramente	Raramente
Algumas vezes	Algumas vezes	Algumas vezes	Algumas vezes
Frequentemente	Frequentemente	Frequentemente	Frequentemente
Sempre	Sempre	Sempre	Sempre

Fonte: A autora, 2022.

Nessa etapa, T3, de posse das traduções anteriores (T1 e T2) e do instrumento original, forneceu uma versão reconciliada, que é considerada uma versão "pré-final" do instrumento, sendo essa a que foi retrotraduzida e avaliada pelos especialistas posteriormente. T3 não apontou novidades ou alterações na versão apresentada.

3.3 **Retrotradução**

A tradução obtida por meio da reconciliação foi vertida novamente para o português de Portugal (*back translation* (BT)) por um quarto tradutor (T4). Cumprindo a recomendação da literatura adotada, utilizou-se um tradutor nativo do idioma original (português de Portugal), conforme apresentação no Quadro 4. Ressalta-se que esse tradutor não participou das fases anteriores e não teve acesso à versão original do instrumento ou às duas primeiras versões traduzidas.

Quadro 4 - Retrotradução obtida por meio de um tradutor independente - Rio de Janeiro – 2022 (continua)

Instrumento Original	**Reconciliação**	**Retrotradução**
Título Eventos adversos associados às práticas de enfermagem (EAAPE)	**Título** Eventos adversos associados às práticas de enfermagem (EAAPE)	**Título** Eventos adversos associados às práticas de enfermagem (EAAPE)
Instruções de preenchimento		
Considere serviço/unidade de trabalho o serviço ou departamento do hospital onde trabalha habitualmente. Leia atentamente os enunciados e em cada um assinale apenas um ponto da escala, **preenchendo a bolinha.** Muito obrigada pela colaboração	Considere serviço/unidade de trabalho o serviço ou departamento do hospital onde trabalha habitualmente. Leia atentamente os enunciados e em cada um assinale apenas um ponto da escala, **preenchendo o círculo.** Muito obrigada pela colaboração	Considere serviço/unidade de trabalho o serviço ou departamento do hospital onde trabalha habitualmente. Leia atentamente os enunciados e em cada um assinale apenas um ponto da escala, **preenchendo a bolinha.** Muito obrigada pela colaboração

Quadro 4 - Retrotradução obtida por meio de um tradutor independente - Rio de Janeiro – 2022 (continuação)

Um evento adverso é definido como qualquer tipo de engano, incidente, erro ou desvio da norma, susceptível de causar dano ao doente. A **segurança do doente** é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde	Um evento adverso é definido como qualquer tipo de engano, incidente, erro ou desvio da norma, susceptível de causar dano ao doente. A **segurança do paciente** é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde	Um evento adverso é definido como qualquer tipo de engano, incidente, erro ou desvio da norma, susceptível de causar dano ao doente. A **segurança do doente** é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde
Indique, por favor, a frequência em que acontece cada uma das situações: No meu serviço/ unidade …	Indique, por favor, a frequência em que acontece cada uma das situações: No meu serviço/ unidade …	Indique, por favor, a frequência em que acontece cada uma das situações: No meu serviço/ unidade …
Itens propostos		
1-Vigilância/Julgamento clínico	**1-Vigilância/Julgamento clínico**	**1-Vigilância/Julgamento clínico**
1. Os **doentes** são adequadamente vigiados	1. Os **pacientes** são adequadamente vigiados	1. Os **doentes** são adequadamente vigiados
2. As alterações do estado clínico são oportunamente detectadas	2. As alterações do estado clínico são oportunamente detectadas	2. As alterações do estado clínico são oportunamente detectadas
3. Existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por **défice** de vigilância	3. Existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por **déficit** de vigilância	3. Existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por **défice** de vigilância
4. Existe risco de agravamento/complicações do estado do **doente** por julgamento clínico inadequado	4. Existe risco de agravamento/complicações do estado do **paciente** por julgamento clínico inadequado	4. Existe risco de agravamento/complicações do estado do **doente** por julgamento clínico inadequado
2. Advocacia	**2. Advocacia**	**2. Advocacia**
1. Os enfermeiros assumem-se como verdadeiros "**advogados"** dos interesses do **doente** e família	1. Os enfermeiros assumem-se como verdadeiros **"defensores"** dos interesses do **paciente** e família	1. Os enfermeiros assumem-se como verdadeiros "**advogados"** dos interesses do **doente** e família
2. Os enfermeiros questionam a prática de outros profissionais quando está em causa o interesse do **doente**	2. Os enfermeiros questionam a prática de outros profissionais quando está em causa o interesse do **paciente**	2. Os enfermeiros questionam a prática de outros profissionais quando está em causa o interesse do **doente**
3. Os enfermeiros respeitam a privacidade do **doente**	3. Os enfermeiros respeitam a privacidade do **paciente**	3. Os enfermeiros respeitam a privacidade do **doente**

Quadro 4 - Retrotradução obtida por meio de um tradutor independente - Rio de Janeiro – 2022 (continuação)

4. Os enfermeiros respeitam a confidencialidade do **doente**	4. Os enfermeiros respeitam a confidencialidade do **paciente**	4. Os enfermeiros respeitam a confidencialidade do **doente**
5. Os enfermeiros delegam funções de enfermagem **noutros** profissionais menos preparados	5. Os enfermeiros delegam funções de enfermagem **a outros** profissionais menos preparados	5. Os enfermeiros delegam funções de enfermagem **noutros** profissionais menos preparados
6. Existe risco de agravamento/complicações no estado do **doente** por falhas na defesa dos interesses do doente.	6. Existe risco de agravamento/complicações no estado do **paciente** por falhas na defesa dos interesses do doente.	6. Existe risco de agravamento/complicações no estado do **doente** por falhas na defesa dos interesses do doente.
7. Existe risco de agravamento/complicações no estado do **doente** por delegação de funções de enfermagem em pessoal menos preparado	7. Existe risco de agravamento/complicações no estado do **paciente** por delegação de funções de enfermagem em pessoal menos preparado	7. Existe risco de agravamento/complicações no estado do **doente** por delegação de funções de enfermagem em pessoal menos preparado
3. Quedas	**3. Quedas**	**3. Quedas**
1.O risco de quedas é avaliado em todos os **doentes,** de acordo com protocolo instituído.	1.O risco de quedas é avaliado em todos os **pacientes,** de acordo com protocolo instituído.	1.O risco de quedas é avaliado em todos os **doentes,** de acordo com protocolo instituído.
2. Os procedimentos de prevenção de quedas são ajustados **tendem em consideração** a avaliação do risco	2. Os procedimentos de prevenção de quedas são ajustados **levando-se em consideração** a avaliação do risco	2. Os procedimentos de prevenção de quedas são ajustados **tendem em consideração** a avaliação do risco
3. A vigilância do **doente** é ajustada ao risco avaliado	3. A vigilância do **paciente** é ajustada ao risco avaliado	3. A vigilância do **doente** é ajustada ao risco avaliado
4. Existe risco de ocorrência de quedas de **doentes**	4. Existe risco de ocorrência de quedas de **pacientes**	4. Existe risco de ocorrência de quedas de **doentes**
5. Ocorrem quedas de **doentes**	5. Ocorrem quedas de **pacientes**	5. Ocorrem quedas de **doentes**
4. Úlceras de pressão	**4. Lesões por pressão**	**4. Úlceras de pressão**
1. No início do **internamento** é realizada uma avaliação clínica global (grau de mobilidade, incontinência urinária/fecal, alterações da sensibilidade, alterações do estado de consciência, doença vascular, estado nutricional).	1. No início da **internação** é realizada uma avaliação clínica global (grau de mobilidade, incontinência urinária/fecal, alterações da sensibilidade, alterações do estado de consciência, doença vascular, estado nutricional).	1. No início do **internamento** é realizada uma avaliação clínica global (grau de mobilidade, incontinência urinária/fecal, alterações da sensibilidade, alterações do estado de consciência, doença vascular, estado nutricional).

Quadro 4 - Retrotradução obtida por meio de um tradutor independente - Rio de Janeiro – 2022 (continuação)

2. É realizada a **inspecção** periodica da pele em áreas de risco ou de úlceras prévias.	2. É realizada a **inspeção** periodica da pele em áreas de risco ou de úlceras prévias.	2. É realizada a **inspeção** periodica da pele em áreas de risco ou de úlceras prévias.
3. São utilizadas escalas de estratificação do risco (escalas de Braden e/ou de Norton)	3. São utilizadas escalas de estratificação do risco (escalas de Braden e/ou de Norton)	3. São utilizadas escalas de estratificação do risco (escalas de Braden e/ou de Norton)
4. São implementadas medidas preventivas ajustadas aos **factores** de risco	4. São implementadas medidas preventivas ajustadas aos **fatores** de risco	4. São implementadas medidas preventivas ajustadas aos **fatores** de risco
5. Os cuidados gerais à pele são adequados às necessidades identificadas	5. Os cuidados gerais à pele são adequados às necessidades identificadas	5. Os cuidados gerais à pele são adequados às necessidades identificadas
6. O suporte nutricional é ajustado às necessidades	6. O suporte nutricional é ajustado às necessidades	6. O suporte nutricional é ajustado às necessidades
7. Os reposicionamentos são ajustados às necessidades	7. Os reposicionamentos são ajustados às necessidades	7. Os reposicionamentos são ajustados às necessidades
8. Existe o risco de ocorrência de **úlceras de pressão**	8. Existe o risco de ocorrência de **lesões por pressão**	8. Existe o risco de ocorrência de **úlceras de pressão**
9. Ocorrem **úlceras de pressão**	9. Ocorrem **lesões de pressão**	9. Ocorrem **úlceras de pressão**
5. Medicação	**5. Medicação**	**5. Medicação**
1. Existe o risco de ocorrência de erros de medicação	1. Existe o risco de ocorrência de erros de medicação	1. Existe o risco de ocorrência de erros de medicação
2. Ocorrem erros de medicação	2. Ocorrem erros de medicação	2. Ocorrem erros de medicação
5.A Ocorrem erros na preparação da medicação por:	**5.A Ocorrem erros na preparação da medicação por:**	**5.A Ocorrem erros na preparação da medicação por:**
1. Existirem medicamentos com rótulo e embalagem semelhantes	1. Existirem medicamentos com rótulo e embalagem semelhantes	1. Existirem medicamentos com rótulo e embalagem semelhantes
2. Existirem muitos medicamentos no mesmo horário	2. Existirem muitos medicamentos no mesmo horário **de aprazamento**	2. Existirem muitos medicamentos no mesmo horário
3. A farmácia enviar o medicamento errado	3. A farmácia enviar o medicamento errado	3. A farmácia enviar o medicamento errado
4. O medicamento não estar disponível em tempo oportuno	4. O medicamento não estar disponível em tempo oportuno	4. O medicamento não estar disponível em tempo oportuno

Quadro 4 - Retrotradução obtida por meio de um tradutor independente - Rio de Janeiro – 2022 (continuação)

5. O enfermeiro ser interrompido durante a **actividade**	5. O enfermeiro ser interrompido durante a **atividade**	5. O enfermeiro ser interrompido durante a **atividade**
6. Distracção do enfermeiro	6. Distracção do enfermeiro	6. Distracção do enfermeiro
5.B Ocorrem erros na administração da medicação por:	**5.B Ocorrem erros na administração da medicação por:**	**5.B Ocorrem erros na administração da medicação por:**
1. Falhas na comunicação sobre mudanças na acomodação dos **doentes (troca de cama)**	1. Falhas na comunicação sobre mudanças na acomodação dos **pacientes (troca de leito)**	1. Falhas na comunicação sobre mudanças na acomodação dos **doentes (troca de cama)**
2. Falhas na comunicação médico/enfermeiro sobre alterações na prescrição médica	2. Falhas na comunicação da **equipe multiprofissional** sobre alterações na prescrição médica	2. Falhas na comunicação médico/enfermeiro sobre alterações na prescrição médica
3. Falhas na comunicação (prescrição médica oral ou por telefone)	3. Falhas na comunicação (prescrição médica oral ou por telefone)	3. Falhas na comunicação (prescrição médica oral ou por telefone)
4. Falhas na comunicação (ausência de registo da administração anterior)	4. Falhas na comunicação (ausência de registo da administração anterior)	4. Falhas na comunicação (ausência de registo da administração anterior)
5. **Incorrecta** identificação do medicamento preparado	5. **Incorreta** identificação do medicamento preparado	5. **Incorrecta** identificação do medicamento preparado
6. **Incumprimento** dos procedimentos de identificação do **doente**	6. **Não cumprimento** dos procedimentos de identificação do **paciente**	6. **Incumprimento** dos procedimentos de identificação do **doente**
7. Falhas na execução da técnica de administração	7. Falhas na execução da técnica de administração	7. Falhas na execução da técnica de administração
5.C Vigilância da medicação	**5.C Vigilância da medicação**	**5.C Vigilância da medicação**
1. Ocorrem falhas na vigilância dos **ritmos** das **perfusões**	1. Ocorrem falhas na vigilância dos **ritmos das infusões**	1. Ocorrem falhas na vigilância dos **ritmos** das **perfusões**
2. Ocorrem falhas na vigilância dos efeitos da medicação	2. Ocorrem falhas na vigilância dos efeitos da medicação	2. Ocorrem falhas na vigilância dos efeitos da medicação
6. Infeção associada aos cuidados de saúde (IACS)	**6. Infeção Relacionada a Assistência à Saúde (IRAS)**	**6. Infeção associada aos cuidados de saúde (IACS)**
1. Existe risco de ocorrerem **infecções (IACS)**	1. Existe risco de ocorrerem **infecções (IRAS)**	1. Existe risco de ocorrerem **infecções (IACS)**
2. Ocorrem infecções (IACS)	2. Ocorrem infecções (IRAS)	2. Ocorrem infecções (IACS)

Quadro 4 - Retrotradução obtida por meio de um tradutor independente - Rio de Janeiro – 2022 (continuação)

3. A Higienização das mãos realiza-se:	**3. A Higienização das mãos realiza-se:**	**3. A Higienização das mãos realiza-se:**
1. Antes e após o **contacto** com o **doente**	1. Antes e após o **contato** com o paciente	1. Antes e após o **contacto** com o **doente**
2. Antes de procedimentos que exijam assepsia	2. Antes de procedimentos que exijam assepsia	2. Antes de procedimentos que exijam assepsia
3. Após o **contacto** com sangue e fluidos corporais	3. Após o **contato** com sangue e fluidos corporais	3. Após o **contacto** com sangue e fluidos corporais
4. Os Equipamento de Protecção Individual (EPI) são seleccionados e ajustados **aos procedimentos a realizar**	4. Os equipamentos de proteção individual (EPI) são selecionados e ajustados aos **procedimentos que serão realizados.**	4. Os Equipamento de Protecção Individual (EPI) são seleccionados e ajustados **aos procedimentos a realizar**
5. Na manipulação de material **corto/perfurante** são evitados procedimentos inadequados, nomeadamente dobrar ou recapsular agulhas, após a sua utilização	5. Na manipulação de material **pérfuro cortante** são evitados procedimentos inadequados como dobrar ou reencapar agulhas, após a sua utilização	5. Na manipulação de material **corto/perfurante** são evitados procedimentos inadequados, nomeadamente dobrar ou recapsular agulhas, após a sua utilização
6. Os **objectos cortam/perfurantes** (agulhas, lâminas de bisturi, etc.) são acondicionados em contentores rígidos, localizados próximo da realização do procedimento	6. Os **objetos perfurocortantes** (agulhas, lâminas de bisturi, etc.) são acondicionados em recipientes rígidos, localizados próximo da realização do procedimento	6. Os **objectos cortam/perfurantes** (agulhas, lâminas de bisturi, etc.) são acondicionados em contentores rígidos, localizados próximo da realização do procedimento
7. A acomodação dos **doentes** realiza-se de acordo com a susceptibilidade imunológica e condição clínica do **doente** (ex. isolamento de acordo com as necessidades)	7. A acomodação dos **pacientes** realiza-se de acordo com a susceptibilidade imunológica e condição clínica do **paciente** (ex. isolamento de acordo com as necessidades)	7. A acomodação dos **doentes** realiza-se de acordo com a susceptibilidade imunológica e condição clínica do **doente** (ex. isolamento de acordo com as necessidades)
8. Os resíduos hospitalares são **objecto** de tratamento apropriado, consoante o grupo a que pertencem	8. Os resíduos hospitalares são **materiais** de tratamento apropriado, consoante o grupo a que pertencem	8. Os resíduos hospitalares são **objecto** de tratamento apropriado, consoante o grupo a que pertencem
9. A roupa suja é **triada** junto do local de **proveniência,** acondicionada em saco próprio e transportada para a lavandaria em carro fechado	9. A roupa suja é **separada** junto ao local de **procedência,** acondicionada em saco próprio e transportada para a lavanderia em carro fechado.	9. A roupa suja é **triada** junto do local de **proveniência,** acondicionada em saco próprio e transportada para a lavandaria em carro fechado

Quadro 4 - Retrotradução obtida por meio de um tradutor independente - Rio de Janeiro – 2022 (conclusão)

7. Percepção Geral (no meu serviço)	**7. Percepção Geral (no meu serviço)**	**7. Percepção Geral (no meu serviço)**
1. A ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem compromete a práticas de enfermagem compromete a **segurança do doente**	1. A ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem compromete a práticas de enfermagem compromete a **segurança do paciente**	1. A ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem compromete a práticas de enfermagem compromete a **segurança do doente**
2. Os eventos adversos associados às práticas de enfermagem podiam ser evitados	2. Os eventos adversos associados às práticas de enfermagem podiam ser evitados	2. Os eventos adversos associados às práticas de enfermagem podiam ser evitados
Opções de respostas		
Nunca	Nunca	Nunca
Raramente	Raramente	Raramente
Algumas vezes	Algumas vezes	Algumas vezes
Frequentemente	Frequentemente	Frequentemente
Sempre	Sempre	Sempre

Fonte: A autora, 2022

Na etapa de retrotradução, houve mínimas discrepâncias com o instrumento original, discrepâncias essas relacionadas à ortografia e à acentuação, não havendo nenhuma sugestão de alteração da versão retrotraduzida.

Destaca-se, aqui, que a retrotradução deve ser um procedimento realizado de forma minuciosa, uma vez que, com a participação de especialistas nos idiomas envolvidos, protocolos aprimorados e detalhados podem ser implementados, garantindo a transparência dos procedimentos e o alcance da equivalência linguística entre as versões (CHEN; BOORE, 2010; OZOLINS *et al.*, 2020).

3.4 **Revisão da Retrotradução**

Para esta etapa do estudo, elaborou-se um quadro comparativo, que tem sua versão final, no intuito de identificar discrepâncias nas traduções e fornecer esclarecimentos aos especialistas (revisores das etapas subsequentes) sobre o objetivo dos itens.

Quadro 5 - Quadro comparativo contendo todas as versões do EAAPE - Rio de Janeiro – 2022 (continua)

Instrumento Original	**Traduções para o Português do Brasil**		**Reconciliação (Síntese)**	**Retrotradução**
	T1	**T2**		
Título Eventos adversos associados às práticas de enfermagem (EAAPE)	**Título** Eventos adversos associados às práticas de enfermagem (EAAPE)	**Título** Eventos adversos associados às práticas de enfermagem (EAAPE)	**Título** Eventos adversos associados às práticas de enfermagem (EAAPE)	**Título** Eventos adversos associados às práticas de enfermagem (EAAPE)
Instruções de preenchimento				
Considere serviço/unidade de trabalho o serviço ou departamento do hospital onde trabalha habitualmente. Leia atentamente os enunciados e em cada um assinale apenas um ponto da escala, **preenchendo a bolinha.** Muito obrigada pela colaboração.	Considere serviço/unidade de trabalho o serviço ou departamento do hospital onde trabalha habitualmente. Leia atentamente os enunciados e em cada um assinale apenas um ponto da escala, **preenchendo o círculo.** Muito obrigada pela colaboração.	Considere serviço/unidade de trabalho o serviço ou departamento do hospital onde trabalha habitualmente. Leia atentamente os enunciados e em cada um assinale apenas um ponto da escala, **preenchendo a bolinha.** Muito obrigada pela colaboração.	Considere serviço/unidade de trabalho o serviço ou departamento do hospital onde trabalha habitualmente. Leia atentamente os enunciados e em cada um assinale apenas um ponto da escala, **preenchendo o círculo.** Muito obrigada pela colaboração.	Considere serviço/unidade de trabalho o serviço ou departamento do hospital onde trabalha habitualmente. Leia atentamente os enunciados e em cada um assinale apenas um ponto da escala, **preenchendo a bolinha.** Muito obrigada pela colaboração.
Um evento adverso é definido como qualquer tipo de engano, incidente, acidente, erro ou desvio da norma, susceptível de causar dano ao **doente.**	Um evento adverso é definido como qualquer tipo de engano, incidente, acidente, erro ou desvio da norma, susceptível de causar dano ao **paciente**.	Um evento adverso é definido como qualquer tipo de engano, incidente, acidente, erro ou desvio da norma, susceptível de causar dano ao **paciente**.	Um evento adverso é definido como qualquer tipo de engano, incidente, acidente, erro ou desvio da norma, susceptível de causar dano ao **paciente.**	Um evento adverso é definido como qualquer tipo de engano, incidente, acidente, erro ou desvio da norma, susceptível de causar dano ao **doente.**

Quadro 5 - Quadro comparativo contendo todas as versões do EAAPE - Rio de Janeiro – 2022 (continuação)

A **segurança do doente** é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde.	A **segurança do paciente** é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde.	A **segurança do paciente** é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde.	A **segurança do paciente** é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde.	A **segurança do doente** é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde.
Indique, por favor, a frequência em que acontece cada uma das situações: No meu serviço/ unidade …	Indique, por favor, a frequência em que acontece cada uma das situações: No meu serviço/ unidade …	Indique, por favor, a frequência em que acontece cada uma das situações: No meu serviço/ unidade …	Indique, por favor, a frequência em que acontece cada uma das situações: No meu serviço/ unidade …	Indique, por favor, a frequência em que acontece cada uma das situações: No meu serviço/ unidade …
Itens propostos				
1. Os **doentes** são adequadamente vigiados.	1. Os **pacientes** são adequadamente vigiados.	1. Os **pacientes** são adequadamente vigiados.	1. Os **pacientes** são adequadamente vigiados.	1. Os **doentes** são adequadamente vigiados.
2. As alterações do estado clínico são oportunamente detectadas.	2. As alterações do estado clínico são oportunamente detectadas.	2. As alterações do estado clínico são oportunamente detectadas.	2. As alterações do estado clínico são oportunamente detectadas.	2. As alterações do estado clínico são oportunamente detectadas.
3. Existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por **défice** de vigilância.	3. Existe risco de agravamento/complicações do estado do paciente por **déficit** de vigilância.	3. Existe risco de agravamento/complicações do estado do paciente por **déficit** de vigilância.	3. Existe risco de agravamento/complicações do estado do paciente por **déficit** de vigilância.	3. Existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por **défice** de vigilância.
4. Existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por julgamento clínico inadequado.	4. Existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por julgamento clínico inadequado.	4. Existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por julgamento clínico inadequado.	4. Existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por julgamento clínico inadequado.	4. Existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por julgamento clínico inadequado.
2. Advocacia	**2. Advocacia**	**2. Advocacia**	**2. Advocacia**	**2. Advocacia**

Quadro 5 - Quadro comparativo contendo todas as versões do EAAPE - Rio de Janeiro – 2022 (continuação)

1. Os enfermeiros assumem-se como verdadeiros **“advogados”** dos interesses do **doente** e família.	1. Os enfermeiros assumem-se como verdadeiros **“advogados”** dos interesses do **paciente** e família.	1. Os enfermeiros assumem-se como verdadeiros **“defensores”** dos interesses do **paciente** e família.	1. Os enfermeiros assumem-se como verdadeiros **“defensores”** dos interesses do **paciente** e família.	1. Os enfermeiros assumem-se como verdadeiros **“advogados”** dos interesses do **doente** e família.
2. Os enfermeiros questionam a prática de outros profissionais quando está em causa o interesse do **doente.**	2. Os enfermeiros questionam a prática de outros profissionais quando está em causa o interesse do **paciente.**	2. Os enfermeiros questionam a prática de outros profissionais quando está em causa o interesse do **paciente.**	2. Os enfermeiros questionam a prática de outros profissionais quando está em causa o interesse do **paciente.**	2. Os enfermeiros questionam a prática de outros profissionais quando está em causa o interesse do **doente.**
3. Os enfermeiros respeitam a privacidade do **doente.**	3. Os enfermeiros respeitam a privacidade do **paciente.**	3. Os enfermeiros respeitam a privacidade do **paciente.**	3. Os enfermeiros respeitam a privacidade do **paciente.**	3. Os enfermeiros respeitam a privacidade do **doente.**
4. Os enfermeiros respeitam a confidencialidade do **doente.**	4. Os enfermeiros respeitam a confidencialidade do **paciente.**	4. Os enfermeiros respeitam a confidencialidade do **paciente.**	4. Os enfermeiros respeitam a confidencialidade do **paciente.**	4. Os enfermeiros respeitam a confidencialidade do **doente.**
5. Os enfermeiros delegam funções de enfermagem **noutros** profissionais menos preparados.	5. Os enfermeiros delegam funções de enfermagem para **outros** profissionais menos preparados.	5. Os enfermeiros delegam funções de enfermagem para **outros** profissionais menos preparados.	5. Os enfermeiros delegam funções de enfermagem para **outros** profissionais menos preparados.	5. Os enfermeiros delegam funções de enfermagem **noutros** profissionais menos preparados.
6. Existe risco de agravamento/complicações no estado do **doente** por falhas na defesa dos interesses do **doente.**	6. Existe risco de agravamento/complicações no estado do **paciente** por falhas na defesa dos interesses do **paciente.**	6. Existe risco de agravamento/complicações no estado do **paciente** por falhas na defesa dos interesses do **paciente.**	6. Existe risco de agravamento/complicações no estado do **paciente** por falhas na defesa dos interesses do **paciente.**	6. Existe risco de agravamento/complicações no estado do **doente** por falhas na defesa dos interesses do **doente.**

Quadro 5 - Quadro comparativo contendo todas as versões do EAAPE - Rio de Janeiro – 2022 (continuação)

7. Existe risco de agravamento/complicações no estado do **doente** por delegação de funções de enfermagem em pessoal menos preparado.	7. Existe risco de agravamento/complicações no estado do **paciente** por delegação de funções de enfermagem em pessoal menos preparado.	7. Existe risco de agravamento/complicações no estado do **paciente** por delegação de funções de enfermagem em pessoal menos preparado.	7. Existe risco de agravamento/complicações no estado do **paciente** por delegação de funções de enfermagem em pessoal menos preparado.	7. Existe risco de agravamento/complicações no estado do **doente** por delegação de funções de enfermagem em pessoal menos preparado.
3. Quedas	**3. Quedas**	**3. Quedas**	**3. Quedas**	**3. Quedas**
1.O risco de quedas é avaliado em todos os **doentes,** de acordo com protocolo instituído.	1.O risco de quedas é avaliado em todos os **pacientes**, de acordo com protocolo instituído.	1.O risco de quedas é avaliado em todos os **pacientes**, de acordo com protocolo instituído.	1.O risco de quedas é avaliado em todos os **pacientes**, de acordo com protocolo instituído.	1.O risco de quedas é avaliado em todos os **doentes,** de acordo com protocolo instituído.
2. Os procedimentos de prevenção de quedas são ajustados **tendem em consideração** a avaliação do risco	2. Os procedimentos de prevenção de quedas são ajustados **tendem em consideração** a avaliação do risco	2. Os procedimentos de prevenção de quedas são ajustados **levando-se em consideração** a avaliação do risco.	2. Os procedimentos de prevenção de quedas são ajustados **levando-se em consideração** a avaliação do risco.	2. Os procedimentos de prevenção de quedas são ajustados **tendem em consideração** a avaliação do risco
3. A vigilância do **doente** é ajustada ao risco avaliado.	3. A vigilância do **paciente** é ajustada ao risco avaliado.	3. A vigilância do **paciente** é ajustada ao risco avaliado.	3. A vigilância do **paciente** é ajustada ao risco avaliado.	3. A vigilância do **doente** é ajustada ao risco avaliado.
4. Existe risco de ocorrência de quedas de **doentes.**	4. Existe risco de ocorrência de quedas de **paciente.**	4. Existe risco de ocorrência de quedas de **paciente.**	4. Existe risco de ocorrência de quedas de **paciente.**	4. Existe risco de ocorrência de quedas de **doentes.**
5. Ocorrem quedas de **doentes.**	5. Ocorrem quedas de **pacientes.**	5. Ocorrem quedas de **pacientes.**	5. Ocorrem quedas de **pacientes.**	5. Ocorrem quedas de **doentes.**

Quadro 5 - Quadro comparativo contendo todas as versões do EAAPE - Rio de Janeiro – 2022 (continuação)

4. Úlcera de pressão	**4. Úlcera de pressão**	**4. Lesão por pressão**	**4. Lesão por pressão**	**4. Úlcera de pressão**
1. No início do **internamento** é realizada uma avaliação clínica global (grau de mobilidade, incontinência urinária/fecal, alterações da sensibilidade, alterações do estado de consciência, doença vascular, estado nutricional).	1. No início da **internação** é realizada uma avaliação clínica global (grau de mobilidade, incontinência urinária/fecal, alterações da sensibilidade, alterações do estado de consciência, doença vascular, estado nutricional).	1. No início do **internamento** é realizada uma avaliação clínica global (grau de mobilidade, incontinência urinária/fecal, alterações da sensibilidade, alterações do estado de consciência, doença vascular, estado nutricional).	1. No início da **internação** é realizada uma avaliação clínica global (grau de mobilidade, incontinência urinária/fecal, alterações da sensibilidade, alterações do estado de consciência, doença vascular, estado nutricional).	1. No início do **internamento** é realizada uma avaliação clínica global (grau de mobilidade, incontinência urinária/fecal, alterações da sensibilidade, alterações do estado de consciência, doença vascular, estado nutricional).
2. É realizada a inspeção periódica da pele em áreas de risco ou de lesões prévias.	2. É realizada a inspeção periódica da pele em áreas de risco ou de lesões prévias.	2. É realizada a inspeção periódica da pele em áreas de risco ou de lesões prévias.	2. É realizada a inspeção periódica da pele em áreas de risco ou de lesões prévias.	2. É realizada a inspeção periódica da pele em áreas de risco ou de lesões prévias.
3. São utilizadas escalas de estratificação do risco (escalas de Braden e/ou de Norton).	3. São utilizadas escalas de estratificação do risco (escalas de Braden e/ou de Norton).	3. São utilizadas escalas de estratificação do risco (escalas de Braden e/ou de Norton).	3. São utilizadas escalas de estratificação do risco (escalas de Braden e/ou de Norton).	3. São utilizadas escalas de estratificação do risco (escalas de Braden e/ou de Norton).
4. São implementadas medidas preventivas ajustadas aos **factores** de risco.	4. São implementadas medidas preventivas ajustadas aos **fatores** de risco.	4. São implementadas medidas preventivas ajustadas aos **fatores** de risco.	4. São implementadas medidas preventivas ajustadas aos **fatores** de risco.	4. São implementadas medidas preventivas ajustadas aos **fatores** de risco.
5. Os cuidados gerais à pele são adequados às necessidades identificadas.	5. Os cuidados gerais à pele são adequados às necessidades identificadas.	5. Os cuidados gerais à pele são adequados às necessidades identificadas.	5. Os cuidados gerais à pele são adequados às necessidades identificadas.	5. Os cuidados gerais à pele são adequados às necessidades identificadas.
6. O suporte nutricional é ajustado às necessidades.	6. O suporte nutricional é ajustado às necessidades.	6. O suporte nutricional é ajustado às necessidades.	6. O suporte nutricional é ajustado às necessidades.	6. O suporte nutricional é ajustado às necessidades.

Quadro 5 - Quadro comparativo contendo todas as versões do EAAPE - Rio de Janeiro – 2022 (continuação)

7. Os reposicionamentos são ajustados às necessidades.	7. Os reposicionamentos são ajustados às necessidades.	7. Os reposicionamentos são ajustados às necessidades.	7. Os reposicionamentos são ajustados às necessidades.	7. Os reposicionamentos são ajustados às necessidades.
8. Existe o risco de ocorrência de **úlceras de pressão.**	8. Existe o risco de ocorrência de **úlceras de pressão.**	8. Existe o risco de ocorrência de **lesões por pressão**	8. Existe o risco de ocorrência de **lesões por pressão**	8. Existe o risco de ocorrência de **úlceras de pressão.**
9. Ocorrem **úlceras de pressão.**	9. Ocorrem **úlceras de pressão.**	8. Existe o risco de ocorrência de **lesões por pressão**	8. Existe o risco de ocorrência de **lesões por pressão**	9. Ocorrem **úlceras de pressão.**
5. Medicação	**5. Medicação**	**5. Medicação**	**5. Medicação**	**5. Medicação**
1. Existe o risco de ocorrência de erros de medicação.	1. Existe o risco de ocorrência de erros de medicação.	1. Existe o risco de ocorrência de erros de medicação.	1. Existe o risco de ocorrência de erros de medicação.	1. Existe o risco de ocorrência de erros de medicação.
2. Ocorrem erros de medicação.	2. Ocorrem erros de medicação.	2. Ocorrem erros de medicação.	2. Ocorrem erros de medicação.	2. Ocorrem erros de medicação.
5. A Ocorrem erros na preparação da medicação por:	**5. A Ocorrem erros na preparação da medicação por:**	**5. A Ocorrem erros na preparação da medicação por:**	**5. A Ocorrem erros na preparação da medicação por:**	**5. A Ocorrem erros na preparação da medicação por:**
1. Existirem medicamentos com rótulo e embalagem semelhantes.	1. Existirem medicamentos com rótulo e embalagem semelhantes.	1. Existirem medicamentos com rótulo e embalagem semelhantes.	1. Existirem medicamentos com rótulo e embalagem semelhantes.	1. Existirem medicamentos com rótulo e embalagem semelhantes.
2. Existirem muitos medicamentos no mesmo horário.	2. Existirem muitos medicamentos no mesmo horário.	2. Existirem muitos medicamentos no mesmo horário.	2. Existirem muitos medicamentos no mesmo horário de **aprazamento**	2. Existirem muitos medicamentos no mesmo horário.
3. A farmácia enviar o medicamento errado.	3. A farmácia enviar o medicamento errado.	3. A farmácia enviar o medicamento errado.	3. A farmácia enviar o medicamento errado.	3. A farmácia enviar o medicamento errado.

Quadro 5 - Quadro comparativo contendo todas as versões do EAAPE - Rio de Janeiro – 2022 (continuação)

4. O medicamento não estar disponível em tempo oportuno.	4. O medicamento não estar disponível em tempo oportuno.	4. O medicamento não estar disponível em tempo oportuno.	4. O medicamento não estar disponível em tempo oportuno.	4. O medicamento não estar disponível em tempo oportuno.
5. O enfermeiro ser interrompido durante a **actividade.**	5. O enfermeiro ser interrompido durante a **atividade.**	5. O enfermeiro ser interrompido durante a **atividade.**	5. O enfermeiro ser interrompido durante a **atividade.**	5. O enfermeiro ser interrompido durante a **actividade.**
6. Distracção do enfermeiro.	6. Distração do enfermeiro.	6. Distração do enfermeiro.	6. Distração do enfermeiro.	Distracção do enfermeiro.
5. B Ocorrem erros na administração da medicação por:	**5. B Ocorrem erros na administração da medicação por:**	**5. B Ocorrem erros na administração da medicação por:**	**5. B Ocorrem erros na administração da medicação por:**	**5. B Ocorrem erros na administração da medicação por:**
1. Falhas na comunicação sobre mudanças na acomodação dos **doentes (troca de cama).**	1. Falhas na comunicação sobre mudanças na acomodação dos **pacientes (troca de leito).**	1. Falhas na comunicação sobre mudanças na acomodação dos **pacientes (troca de leito).**	1. Falhas na comunicação sobre mudanças na acomodação dos **pacientes (troca de leito).**	1. Falhas na comunicação sobre mudanças na acomodação dos **doentes (troca de cama).**
2. Falhas na comunicação **médico/enfermeiro** sobre alterações na prescrição médica.	2. Falhas na comunicação **médico/enfermeiro** sobre alterações na prescrição médica.	2. Falhas na comunicação **médico/enfermeiro** sobre alterações na prescrição médica.	2. Falhas na comunicação da **equipe multidisciplinar** acerca das alterações na prescrição médica.	2. Falhas na comunicação **médico/enfermeiro** sobre alterações na prescrição médica
3. Falhas na comunicação (prescrição médica oral ou por telefone).	3. Falhas na comunicação (prescrição médica oral ou por telefone).	3. Falhas na comunicação (prescrição médica oral ou por telefone).	3. Falhas na comunicação (prescrição médica oral ou por telefone).	3. Falhas na comunicação (prescrição médica oral ou por telefone).
4. Falhas na comunicação (ausência de registo da administração anterior).	4. Falhas na comunicação (ausência de registo da administração anterior).	4. Falhas na comunicação (ausência de registo da administração anterior).	4. Falhas na comunicação (ausência de registo da administração anterior).	4. Falhas na comunicação (ausência de registo da administração anterior).
5.**Incorrecta** identificação do medicamento preparado.	5. **Incorreta** identificação do medicamento preparado.	5. **Incorreta** identificação do medicamento preparado.	5. **Incorreta** identificação do medicamento preparado.	5.**Incorrecta** identificação do medicamento preparado.

Quadro 5 - Quadro comparativo contendo todas as versões do EAAPE - Rio de Janeiro – 2022 (continuação)

6. **Incumprimento** dos procedimentos de identificação **do doente.**	6. **Incumprimento** dos procedimentos de identificação do **paciente.**	6. **Não cumprimento** dos procedimentos de identificação do **paciente.**	6. **Não cumprimento** dos procedimentos de identificação do **paciente.**	6. **Incumprimento** dos procedimentos de identificação do **doente.**
7. Falhas na execução da técnica de administração.	7. Falhas na execução da técnica de administração.	7. Falhas na execução da técnica de administração.	7. Falhas na execução da técnica de administração.	7. Falhas na execução da técnica de administração.
5. C Vigilância da medicação	**5. C Vigilância da medicação**	**5. C Vigilância da medicação**	**5. C Vigilância da medicação**	**5. C Vigilância da medicação**
1. Ocorrem falhas na vigilância dos **ritmos das perfusões.**	1. Ocorrem falhas na vigilância das **velocidades das perfusões.**	1. Ocorrem falhas na vigilância dos **ritmos das perfusões.**	1. Ocorrem falhas na vigilância dos **ritmos das infusões.**	1. Ocorrem falhas na vigilância dos **ritmos das perfusões.**
2. Ocorrem falhas na vigilância dos efeitos da medicação.	2. Ocorrem falhas na vigilância dos efeitos da medicação.	2. Ocorrem falhas na vigilância dos efeitos da medicação.	2. Ocorrem falhas na vigilância dos efeitos da medicação.	2. Ocorrem falhas na vigilância dos efeitos da medicação.
6. Infeção associada aos cuidados de saúde (IACS)	**6. Infeção associada aos cuidados de saúde (IRAS)**	**6. Infeção associada aos cuidados de saúde (IRAS)**	**6. Infeção associada aos cuidados de saúde (IRAS)**	**6. Infeção associada aos cuidados de saúde (IACS)**
1. Existe risco de ocorrerem infecções (IACS).	1. Existe risco de ocorrerem infecções (IRAS).	1. Existe risco de ocorrerem infecções (IRAS).	1. Existe risco de ocorrerem infecções (IRAS).	1. Existe risco de ocorrerem infecções (IACS).
2. Ocorrem infecções (IACS)	2. Ocorrem infecções (IRAS)	2. Ocorrem infecções (IRAS)	2. Ocorrem infecções (IRAS)	2. Ocorrem infecções (IACS)
3. A Higienização das mãos realiza-se:	3. A Higienização das mãos realiza-se:	3. A Higienização das mãos realiza-se:	3. A Higienização das mãos realiza-se:	3. A Higienização das mãos realiza-se:

Quadro 5 - Quadro comparativo contendo todas as versões do EAAPE - Rio de Janeiro – 2022 (continuação)

1. Antes e após o **contacto** com o **doente**	1. Antes e após o **contato** com o **paciente.**	1. Antes e após o **contato** com o **paciente.**	1. Antes e após o **contato** com o **paciente.**	1. Antes e após o **contacto** com o **doente.**
2. Antes de procedimentos que exijam assepsia.	2. Antes de procedimentos que exijam assepsia.	2. Antes de procedimentos que exijam assepsia.	2. Antes de procedimentos que exijam assepsia.	2. Antes de procedimentos que exijam assepsia.
3. Após o **contacto** com sangue e fluidos corporais.	3. Após o **contato** com sangue e fluidos corporais.	3. Após o **contato** com sangue e fluidos corporais.	3. Após o **contato** com sangue e fluidos corporais.	3. Após o **contacto** com sangue e fluidos corporais.
4. Os equipamentos de protecção individual (EPI) são seleccionados e ajustados aos **procedimentos a realizar.**	4. Os equipamentos de protecção individual (EPI) são seleccionados e ajustados aos **procedimentos a realizar.**	4. Os equipamentos de proteção individual (EPI) são selecionados e ajustados aos **procedimentos que serão realizados.**	4. Os equipamentos de proteção individual (EPI) são selecionados e ajustados aos **procedimentos que serão realizados.**	4. Os equipamentos de protecção individual (EPI) são seleccionados e ajustados aos **procedimentos a realizar.**
5. Na manipulação de material **corto/perfurante** são evitados procedimentos inadequados, nomeadamente dobrar ou recapsular agulhas, após a sua utilização.	5. Na manipulação de material **corto/perfurante** são evitados procedimentos inadequados, nomeadamente dobrar ou recapsular agulhas, após a sua utilização.	5. Na manipulação de material **corto/perfurante** são evitados procedimentos inadequados, nomeadamente dobrar ou recapsular agulhas, após a sua utilização.	5. Na manipulação de material **perfuro/cortantes** são evitados procedimentos inadequados, nomeadamente dobrar ou recapsular agulhas, após a sua utilização.	5. Na manipulação de material **corto/perfurante** são evitados procedimentos inadequados, nomeadamente dobrar ou recapsular agulhas, após a sua utilização.
6. Os objectos **cortam/perfurantes** (agulhas, lâminas de bisturi, etc.) são acondicionados em contentores rígidos, localizados próximo da realização do procedimento.	6. Os objetos **perfurocortantes** (agulhas, lâminas de bisturi, etc.) são acondicionados em recipientes rígidos, localizados próximo da realização do procedimento.	6. Os objetos **perfuro/cortantes** (agulhas, lâminas de bisturi, etc.) são acondicionados em recipientes rígidos, localizados próximo da realização do procedimento.	6. Os objetos **perfuro/cortantes** (agulhas, lâminas de bisturi, etc.) são acondicionados em recipientes rígidos, localizados próximo da realização do procedimento.	6. Os objectos **cortam/perfurantes** (agulhas, lâminas de bisturi, etc.) são acondicionados em contentores rígidos, localizados próximo da realização do procedimento.

Quadro 5 - Quadro comparativo contendo todas as versões do EAAPE - Rio de Janeiro – 2022 (continuação)

7. A acomodação dos **doentes** realiza-se de acordo com a susceptibilidade imunológica e condição clínica do usuário (ex. isolamento de acordo com as necessidades).	7. A acomodação dos **pacientes** realiza-se de acordo com a susceptibilidade imunológica e condição clínica do usuário (ex. isolamento de acordo com as necessidades).	7. A acomodação dos **pacientes** realiza-se de acordo com a susceptibilidade imunológica e condição clínica do usuário (ex. isolamento de acordo com as necessidades).	7. A acomodação dos **pacientes** realiza-se de acordo com a susceptibilidade imunológica e condição clínica do usuário (ex. isolamento de acordo com as necessidades).	7. A acomodação dos **doentes** realiza-se de acordo com a susceptibilidade imunológica e condição clínica do usuário (ex. isolamento de acordo com as necessidades).
8. Os resíduos hospitalares são **objecto** de tratamento apropriado, consoante o grupo a que pertencem.	8. Os resíduos hospitalares são **objeto** de tratamento apropriado, consoante o grupo a que pertencem.	8. Os resíduos hospitalares são **objeto** de tratamento apropriado, consoante o grupo a que pertencem.	8. Os resíduos hospitalares são **materiais** de tratamento apropriado, consoante o grupo a que pertencem.	8. Os resíduos hospitalares são **objecto** de tratamento apropriado, consoante o grupo a que pertencem.
9. A roupa suja é **triada** conforme o local de **proveniência,** acondicionada em saco próprio e transportada para a lavanderia em carro fechado.	9. A roupa suja é **triada** conforme o local de **proveniência,** acondicionada em saco próprio e transportada para a lavanderia em carro fechado.	9. A roupa suja é **triada** conforme o local de **proveniência,** acondicionada em saco próprio e transportada para a lavanderia em carro fechado.	9. A roupa suja é **separada** conforme o local de **procedência,** acondicionada em saco próprio e transportada para a lavanderia em carro fechado.	9. A roupa suja é **triada** conforme o local de proveniência, acondicionada em saco próprio e transportada para a lavanderia em carro fechado.
7. Percepção Geral (no meu serviço)	**7. Percepção Geral (no meu serviço)**	**7. Percepção Geral (no meu serviço)**	**7. Percepção Geral (no meu serviço)**	**7. Percepção Geral (no meu serviço)**
1. A ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem compromete a **segurança do doente.**	1. A ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem compromete a **segurança do paciente.**	1. A ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem compromete a **segurança do paciente.**	1. A ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem compromete a **segurança do paciente.**	1. A ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem compromete a **segurança do doente.**

Quadro 5 - Quadro comparativo contendo todas as versões do EAAPE - Rio de Janeiro – 2022 (conclusão)

2. Os eventos adversos associados às práticas de enfermagem podiam ser evitados	2. Os eventos adversos associados às práticas de enfermagem podiam ser evitados	2. Os eventos adversos associados às práticas de enfermagem podiam ser evitados	2. Os eventos adversos associados às práticas de enfermagem podiam ser evitados	2. Os eventos adversos associados às práticas de enfermagem podiam ser evitados
Opções de respostas:				
Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca
Raramente	Raramente	Raramente	Raramente	Raramente
Algumas vezes	Algumas vezes	Algumas vezes	Algumas vezes	Algumas vezes
Frequentemente	Frequentemente	Frequentemente	Frequentemente	Frequentemente
Sempre	Sempre	Sempre	Sempre	Sempre

Fonte: A autora, 2022

Esta etapa metodológica foi conduzida pela pesquisadora responsável, que comparou as versões a fim de identificar discrepâncias nas traduções e fornecer esclarecimentos aos especialistas na etapa subsequente (revisões independentes).

Entretanto, ressalta-se que não foram identificadas discrepâncias relevantes que levassem à alteração das versões obtidas. Tal acontecimento pode ser explicado devido à escolha e orientação adequada aos profissionais participantes das etapas precedentes, conforme recomendação da literatura da área (BEATON *et al*., 2000; PROMIS, 2013).

3.5 **Revisões Independentes**

Participaram dessa etapa 25 profissionais bilíngues, especialistas na área de Idioma/Letras, área do conhecimento/temática do estudo e área do método utilizado, que desenvolveram uma revisão de todas as etapas anteriores (PROMIS, 2013). Para essa etapa, foram formados dois grupos distintos de especialistas. O primeiro grupo formado por 5 revisores que realizaram a etapa de análise de equivalências do instrumento e, ao término dessa tarefa, um novo grupo formado por 20 especialistas foi formado para analisar as evidências de validade de conteúdo do instrumento.

Todos os profissionais foram contatados inicialmente por telefone pela pesquisadora principal e, ao aceitarem participar do estudo, enviaram-se via e-mail o TCLE e um formulário eletrônico com instruções de preenchimento de modo a facilitar a compreensão do estudo. Assim, obtiveram-se respostas dos revisores especialistas que avaliaram todas as 55 questões do instrumento, além de título, instruções de preenchimento e opções de resposta.

Para obtenção de resultados seguros no estudo, a formação de uma comissão de especialistas adequada foi de suma importância para se garantir uma equivalência transcultural, pois a *expertise* dos profissionais facilitou a elucidação das discrepâncias (DORTAS JUNIOR *et al.*, 2016). Os especialistas nessa etapa analisaram as equivalências semântica, idiomática, conceitual e experimental da versão traduzida do instrumento, podendo, assim, ser calculado um índice de concordância.

3.5 1 <u>Análise das equivalências</u>

Os especialistas nessa etapa analisaram as equivalências semântica, idiomática, conceitual e experimental da versão traduzida do instrumento, podendo, assim, ser calculado o índice de concordância.

De acordo com a recomendação da literatura internacional, verificou-se o índice de concordância das equivalências avaliadas, como demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Índice de concordância da análise das equivalências da versão brasileira preliminar do Instrumento “Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)” - Rio de Janeiro, 2022 (continua)

Instruções	**Equivalência Semântica**	**Equivalência Idiomática**	**Equivalência Conceitual**	**Equivalência Experimental**
Título: Eventos adversos associados às práticas de enfermagem (EAAPE)	100%	100%	100%	100%
Instruções de preenchimento Considere serviço/unidade de trabalho o serviço ou departamento do hospital onde trabalha habitualmente. Leia atentamente os enunciados e em cada um assinale apenas um ponto da escala, preenchendo o círculo. Muito Obrigada pela colaboração.	100%	100%	100%	100%
Um evento adverso é definido como qualquer tipo de engano, incidente, erro ou desvio da norma, susceptível de causar dano ao paciente. A segurança do paciente é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde.	100%	100%	100%	100%
Indique, por favor, a frequência em que acontece cada uma das situações: No meu serviço/ unidade …	100%	100%	100%	100%
Itens propostos 1-Vigilância/Julgamento clínico	100%	100%	100%	100%
1. Os pacientes são adequadamente vigiados.	100%	100%	100%	100%

Tabela 1 – Índice de concordância da análise das equivalências da versão brasileira preliminar do Instrumento “Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)” - Rio de Janeiro, 2022 (continuação)

2. As alterações do estado clínico são oportunamente detectadas.	100%	100%	100%	100%
3. Existe risco de agravamento/complicações do estado do paciente por défice de vigilância.	100%	100%	100%	100%
4. Existe risco de agravamento/complicações do estado do paciente por julgamento clínico inadequado.	100%	100%	100%	100%
2. Advocacia	100%	100%	100%	100%
1. Os enfermeiros assumem-se como verdadeiros “defensores” dos interesses do paciente e família.	100%	100%	100%	100%
2. Os enfermeiros questionam a prática de outros profissionais quando envolve o interesse do paciente	100%	100%	100%	80%
3. Os enfermeiros respeitam a privacidade do paciente.	100%	100%	100%	100%
4. Os enfermeiros respeitam a confidencialidade do paciente.	100%	100%	100%	100%
5. Os enfermeiros delegam funções de enfermagem para outros profissionais menos preparados.	100%	100%	100%	100%
6. Existe risco de agravamento/complicações no estado do paciente por falhas na defesa dos interesses do paciente.	80%	100%	100%	100%

Tabela 1 – Índice de concordância da análise das equivalências da versão brasileira preliminar do Instrumento “Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)” - Rio de Janeiro, 2022 (continuação)

7. Existe risco de agravamento/complicações no estado do paciente por delegação de funções de enfermagem em pessoal menos preparado.	100%	100%	100%	100%
3. Quedas	100%	100%	100%	100%
1.O risco de quedas é avaliado em todos os pacientes, de acordo com protocolo instituído.	100%	100%	100%	80%
2. Os procedimentos de prevenção de quedas são ajustados levando-se em consideração a avaliação do risco	100%	100%	100%	100%
3. A vigilância do paciente é ajustada ao risco avaliado.	100%	100%	100%	100%
4. Existe risco de ocorrência de quedas de pacientes.	100%	100%	100%	100%
5. Ocorrem quedas de paciente.	100%	100%	100%	100%
4. Lesão por pressão	100%	100%	100%	100%
1. No início do internamento é realizada uma avaliação clínica global (grau de mobilidade, incontinência urinária/fecal, alterações da sensibilidade, alterações do estado de consciência, doença vascular, estado nutricional).	60%	100%	100%	100%
2. É realizada a inspeção periódica da pele em áreas de risco ou de lesões prévias.	100%	100%	100%	100%

Tabela 1 – Índice de concordância da análise das equivalências da versão brasileira preliminar do Instrumento “Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)” - Rio de Janeiro, 2022 (continuação)

3. São utilizadas escalas de estratificação do risco (escalas de Braden e/ou de Norton).	100%	100%	100%	80%
4. São implementadas medidas preventivas ajustadas aos fatores de risco.	100%	100%	100%	100%
5. Os cuidados gerais à pele são adequados às necessidades identificadas.	80%	100%	100%	100%
6. O suporte nutricional é ajustado às necessidades.	100%	100%	100%	100%
7. Os reposicionamentos são ajustados às necessidades.	100%	100%	100%	100%
8. Existe o risco de ocorrência de lesões por pressão.	100%	100%	100%	80%
9. Ocorrem lesões por pressão.	100%	100%	100%	80%
5. Medicação	100%	100%	100%	100%
1. Existe o risco de ocorrência de erros de medicação.	100%	100%	100%	100%
2. Ocorrem erros de medicação.	100%	100%	100%	100%
5. A Ocorrem erros na preparação da medicação por:	100%	100%	100%	100%
1. Existirem medicamentos com rótulo e embalagem semelhantes.	100%	100%	100%	100%
2. Existirem muitos medicamentos no mesmo horário.	100%	100%	80%	100%
3. A farmácia enviar o medicamento errado.	100%	100%	100%	100%
4. O medicamento não estar disponível em tempo oportuno.	100%	100%	100%	100%

Tabela 1 – Índice de concordância da análise das equivalências da versão brasileira preliminar do Instrumento “Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)” - Rio de Janeiro, 2022 (continuação)

5. O enfermeiro é interrompido durante a atividade.	100%	100%	80%	100%
6. Distração do enfermeiro.	100%	100%	100%	100%
5. B Ocorrem erros na administração da medicação por:	100%	100%	100%	100%
1. Falhas na comunicação sobre mudanças na acomodação dos doentes (troca de leito).	100%	100%	100%	100%
2. Falhas na comunicação da equipe multi disciplinar sobre alterações na prescrição médica.	100%	100%	100%	80%
3. Falhas na comunicação (prescrição médica oral ou por telefone).	100%	100%	100%	100%
4. Falhas na comunicação (ausência de registo da administração anterior).	100%	100%	100%	100%
5. Incorreta identificação do medicamento preparado.	80%	100%	100%	80%
6. Não cumprimento dos procedimentos de identificação do paciente	100%	100%	100%	100%
7. Falhas na execução da técnica de administração.	100%	100%	100%	100%
5. C Vigilância da medicação	100%	100%	100%	100%
1. Ocorrem falhas na vigilância dos ritmos das perfusões.	100%	100%	100%	100%
2. Ocorrem falhas na vigilância dos efeitos da medicação.	100%	100%	100%	100%
6. Infeção associada aos cuidados de saúde (IACS)	100%	100%	100%	100%

Tabela 1 – Índice de concordância da análise das equivalências da versão brasileira preliminar do Instrumento “Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)” - Rio de Janeiro, 2022 (continuação)

1. Existe risco de ocorrerem **infecções (IACS)**	100%	100%	100%	100%
2. Ocorrem infecções (IACS)	100%	100%	100%	100%
3. A Higienização das mãos realiza-se:	100%	100%	100%	100%
1. Antes e após o contato com o paciente	100%	100%	100%	100%
2. Antes de procedimentos que exijam antissepsia.	100%	100%	100%	100%
3. Após o contato com sangue e fluidos corporais.	100%	100%	100%	100%
4. Os equipamentos de proteção individual (EPI) são selecionados e ajustados aos procedimentos a se realizar.	80%	100%	100%	100%
5. Na manipulação de material perfuro-cortante são evitados procedimentos inadequados, nomeadamente dobrar ou reencapar agulhas, após a sua utilização.	100%	100%	100%	100%
6. Os objetos perfuro-cortantes (agulhas, lâminas de bisturi, etc.) são acondicionados em contentores rígidos, localizados próximo	100%	100%	100%	100%
7. A acomodação dos pacientes realiza-se de acordo com a susceptibilidade imunológica e condição clínica do paciente (ex. isolamento de acordo com as necessidades).	100%	100%	100%	100%

Tabela 1 – Índice de concordância da análise das equivalências da versão brasileira preliminar do Instrumento “Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)” - Rio de Janeiro, 2022 (conclusão)

8. Os resíduos hospitalares são objeto de tratamento apropriado, consoante o grupo a que pertencem.	100%	100%	100%	80%
9. A roupa suja é separada junto do local de procedência, acondicionada em saco próprio e transportada para a lavandaria em carro fechado.	100%	100%	100%	100%
7. Percepção Geral (no meu serviço).	100%	100%	100%	100%
1. A ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem compromete a segurança do paciente	100%	100%	100%	100%
2. Os eventos adversos associados às práticas de enfermagem podiam ser evitados	100%	100%	100%	100%

Fonte: a autora, 2022

A análise das equivalências resultou em 99,2 de taxa de concordância acima de 80%, ou seja, resultado satisfatório por ser maior que 80%, conforme recomendação da literatura internacional (PROMIS, 2013). Abaixo, detalha-se a análise de equivalência por título, instruções de preenchimento, dimensões, itens e opções de respostas.

O título, as instruções de preenchimento, os itens 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 22, 23, 26, 27, 28, 30, 31, 33, 34, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 53, 54, 55 e as opções de resposta obtiveram 100% na avaliação de todas as equivalências.

As questões 10 e 21 apresentaram avaliação semântica em 80%. Já a questão 17 apresentou avaliação semântica avaliada em 60%, sendo está o único item que apresentou avaliação menor que a recomendação de 80%. A questão 38 obteve avaliação de 80% na equivalência semântica e 80% na experimental. As questões 29, 32 e 48 foram avaliadas em 80% cada uma na equivalência conceitual. Os itens 6, 12, 24, 25, 35 e 52 obtiveram 80% cada na avaliação experimental.

Ressalta-se que apesar do valor 80% se configurar como valor satisfatório e dentro dos limites aceitos na literatura adotada, optou-se por revisitar todos os itens que apresentaram valor abaixo de 100% a fim de fornecer possíveis ajustes de melhorias às questões. A seguir, apresentam-se, na Tabela 2, os resultados da reavaliação da análise das equivalências.

Tabela 2 – Reavaliação dos resultados das análises de equivalências da versão brasileira preliminar do Instrumento "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)" - Rio de Janeiro, 2022 (continua)

Instruções	**Equivalência Semântica**	**Equivalência Idiomática**	**Equivalência Conceitual**	**Equivalência Experimental**
Título: Eventos adversos associados às práticas de enfermagem (EAAPE)	100%	100%	100%	100%
Instruções de preenchimento Considere serviço/unidade de trabalho o serviço ou departamento do hospital onde trabalha habitualmente. Leia atentamente os enunciados e em cada um assinale apenas um ponto da escala, preenchendo o círculo. Muito Obrigada pela colaboração.	100%	100%	100%	100%
Um evento adverso é definido como qualquer tipo de engano, incidente, erro ou desvio da norma, susceptível de causar dano ao paciente. A segurança do paciente é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde.	100%	100%	100%	100%

Tabela 2 – Reavaliação dos resultados das análises de equivalências da versão brasileira preliminar do Instrumento "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)" - Rio de Janeiro, 2022 (continua)

Indique, por favor, a frequência em que acontece cada uma das situações:	100%	100%	100%	100%
No meu serviço/ unidade				
1-Vigilância/Julgamento clínico	100%	100%	100%	100%
1. Os pacientes são adequadamente vigiados.	100%	100%	100%	100%
2. As alterações do estado clínico são oportunamente detectadas.	100%	100%	100%	100%
3. Existe risco de agravamento/complicações do estado do paciente por défice de vigilância.	100%	100%	100%	100%
4. Existe risco de agravamento/complicações do estado do paciente por julgamento clínico inadequado.	100%	100%	100%	100%
2. Advocacia	100%	100%	100%	100%
1. Os enfermeiros assumem-se como verdadeiros "advogados" dos interesses do paciente e família.	100%	100%	100%	100%
2. Os enfermeiros questionam a prática de outros profissionais quando envolve o interesse do paciente	100%	100%	100%	100%
3. Os enfermeiros respeitam a privacidade do paciente.	100%	100%	100%	100%
4. Os enfermeiros respeitam a confidencialidade do paciente.	100%	100%	100%	100%
5. Os enfermeiros delegam funções de enfermagem para outros profissionais menos preparados.	100%	100%	100%	100%

Tabela 2 – Reavaliação dos resultados das análises de equivalências da versão brasileira preliminar do Instrumento "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)" - Rio de Janeiro, 2022 (continuação)

6. Existe risco de agravamento/complicações no estado do paciente por falhas na defesa dos interesses do paciente.	100%	100%	100%	100%
7. Existe risco de agravamento/complicações no estado do paciente por delegação de funções de enfermagem em pessoal menos preparado.	100%	100%	100%	100%
3. Quedas	100%	100%	100%	100%
1.O risco de quedas é avaliado em todos os pacientes, de acordo com protocolo instituído.	100%	100%	100%	100%
2. Os procedimentos de prevenção de quedas são ajustados levando-se em consideração a avaliação do risco	100%	100%	100%	100%
3. A vigilância do paciente é ajustada ao risco avaliado.	100%	100%	100%	100%
4. Existe risco de ocorrência de quedas de pacientes.	100%	100%	100%	100%
5. Ocorrem quedas de paciente.	100%	100%	100%	100%
4. Lesão por pressão	100%	100%	100%	100%
1. No início do internamento é realizada uma avaliação clínica global (grau de mobilidade, incontinência urinária/fecal, alterações da sensibilidade, alterações do estado de consciência, doença vascular, estado nutricional).	100%	100%	100%	100%

Tabela 2 – Reavaliação dos resultados das análises de equivalências da versão brasileira preliminar do Instrumento "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)" - Rio de Janeiro, 2022 (continuação)

2. É realizada a inspeção periódica da pele em áreas de risco ou de lesões prévias.	100%	100%	100%	100%
3. São utilizadas escalas de estratificação do risco (escalas de Braden e/ou de Norton).	100%	100%	100%	100%
4. São implementadas medidas preventivas ajustadas aos fatores de risco.	100%	100%	100%	100%
5. Os cuidados gerais à pele são adequados às necessidades identificadas.	100%	100%	100%	100%
6. O suporte nutricional é ajustado às necessidades.	100%	100%	100%	100%
7. Os reposicionamentos são ajustados às necessidades.	100%	100%	100%	100%
8. Existe o risco de ocorrência de lesões por pressão.	100%	100%	100%	100%
9. Ocorrem lesões por pressão.	100%	100%	100%	100%
5. Medicação	100%	100%	100%	100%
1. Existe o risco de ocorrência de erros de medicação.	100%	100%	100%	100%
2. Ocorrem erros de medicação.	100%	100%	100%	100%
5. A Ocorrem erros na preparação da medicação por:	100%	100%	100%	100%
1.Existirem medicamentos com rótulo e embalagem semelhantes.	100%	100%	100%	100%
2. Existirem muitos medicamentos no mesmo horário.	100%	100%	80%	100%
3. A farmácia enviar o medicamento errado.	100%	100%	100%	100%

Tabela 2 – Reavaliação dos resultados das análises de equivalências da versão brasileira preliminar do Instrumento "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)" - Rio de Janeiro, 2022 (continuação)

4. O medicamento não estar disponível em tempo oportuno.	100%	100%	100%	100%
5. O enfermeiro é interrompido durante a atividade.	100%	100%	80%	100%
6. Distração do enfermeiro.	100%	100%	100%	100%
5. B Ocorrem erros na administração da medicação por:	100%	100%	100%	100%
1. Falhas na comunicação sobre mudanças na acomodação dos doentes (troca de leito).	100%	100%	100%	100%
2. Falhas na comunicação da equipe multi disciplinar sobre alterações na prescrição médica.	100%	100%	100%	80%
3. Falhas na comunicação (prescrição médica oral ou por telefone).	100%	100%	100%	100%
4. Falhas na comunicação (ausência de registo da administração anterior).	100%	100%	100%	100%
5. Incorreta identificação do medicamento preparado.	80%	100%	100%	80%
6. Não cumprimento dos procedimentos de identificação do paciente	100%	100%	100%	100%
7. Falhas na execução da técnica de administração.	100%	100%	100%	100%
5. C Vigilância da medicação	100%	100%	100%	100%
1. Ocorrem falhas na vigilância dos ritmos das perfusões.	100%	100%	100%	100%
2. Ocorrem falhas na vigilância dos efeitos da medicação.	100%	100%	100%	100%

Tabela 2 – Reavaliação dos resultados das análises de equivalências da versão brasileira preliminar do Instrumento "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)" - Rio de Janeiro, 2022 (continuação)

6. Infeção associada aos cuidados de saúde (IACS)	100%	100%	100%	100%
1. Existe risco de ocorrerem infecções (IACS).	100%	100%	100%	100%
2. Ocorrem infecções (IACS)	100%	100%	100%	100%
3. A Higienização das mãos realiza-se:	100%	100%	100%	100%
1. Antes e após o contato com o paciente	100%	100%	100%	100%
2. Antes de procedimentos que exijam antissepsia.	100%	100%	100%	100%
3. Após o contato com sangue e fluidos corporais.	100%	100%	100%	100%
4. Os equipamentos de proteção individual (EPI) são selecionados e ajustados aos procedimentos a realizar.	80%	100%	100%	100%
5. Na manipulação de material perfuro-cortante são evitados procedimentos inadequados, nomeadamente dobrar ou reencapar agulhas, após a sua utilização.	100%	100%	100%	100%
6. Os objetos perfuro-cortantes (agulhas, lâminas de bisturi, etc.) são acondicionados em contentores rígidos, localizados próximo da realização do procedimento.	100%	100%	100%	100%
7. A acomodação dos pacientes realiza-se de acordo com a susceptibilidade imunológica e condição clínica do paciente (ex. isolamento de acordo com as necessidades).	100%	100%	100%	100%

Tabela 2 – Reavaliação dos resultados das análises de equivalências da versão brasileira preliminar do Instrumento "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)" - Rio de Janeiro, 2022 (conclusão)

8. Os resíduos hospitalares são objeto de tratamento apropriado, consoante o grupo a que pertencem.	100%	100%	100%	80%
9. A roupa suja é separada junto do local de procedência, acondicionada em saco próprio e transportada para a lavandaria em carro fechado.	100%	100%	100%	100%
7. Percepção Geral (no meu serviço).	100%	100%	100%	100%
1. A ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem compromete a segurança do paciente.	100%	100%	100%	100%
2. Os eventos adversos associados às práticas de enfermagem podiam ser evitados	100%	100%	100%	100%

Fonte: a autora, 2022

O intuito das etapas percorridas no processo de adaptação cultural, em especial esta que analisou a redação do instrumento, é ajustá-lo à população-alvo (enfermeiros com práticas assistenciais nas enfermarias da área clínica, cirúrgica e unidades de terapias intensivas) e direcionar esforços para que o instrumento seja adequado para esses profissionais.

Ao revisar e analisar os itens que mostraram necessidade, seguiram-se as recomendações de Beaton e colaboradores (2000), que sugerem que o pesquisador, ao realizar um processo de tradução e de adaptação transcultural de um instrumento, garanta que a versão traduzida seja composta por palavras que tragam compreensão e clareza ao leitor para o qual é destinada.

Cita-se que a técnica combinada é um método adequado para manter as equivalências de conteúdo entre os instrumentos originais e traduzidos em pesquisas internacionais. Neste estudo, tal procedimento foi realizado ao combinar diferentes referenciais para os procedimentos de ATC (CHA; KIM; ERLEN, 2007).

3.5 2 Validade de conteúdo

De acordo com a recomendação da literatura adotada (PROMIS, 2013), as evidências de validade de conteúdo foram verificadas para os critérios de Clareza, Pertinência, Relevância e Dimensionalidade, por meio do cálculo do *Content Validity Ratio* (CVR), que analisou os resultados a partir da proposta de Lawshe (AYRE; SCALLY, 2014; ZAMANZEDH *et al*., 2015). A seguir, a Tabela 3 demonstra os resultados de cálculos de CVR para cada conteúdo analisado que compreende o instrumento.

Tabela 3- *Content Validity Ratio* calculado para a versão brasileira preliminar do Instrumento "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)" - Rio de Janeiro – 2022 (continua)

Instruções	**Clareza**	**Pertinência**	**Relevância**	**Há dimensionalidade relacionada?**	**CVR médio**
Título: Eventos adversos associados às práticas de enfermagem (EAAPE)	1,00	1,00	1,00	na	1,00
Instruções de preenchimento Considere serviço/unidade de trabalho o serviço ou departamento do hospital onde trabalha habitualmente. Leia atentamente os enunciados e em cada um assinale apenas um ponto da escala, preenchendo o círculo. Muito obrigada pela colaboração.	1,00	1,00	1,00	na	1,00

Tabela 3- *Content Validity Ratio* calculado para a versão brasileira preliminar do Instrumento "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)" - Rio de Janeiro – 2022 (continuação)

Um evento adverso é definido como qualquer tipo de engano, incidente, erro ou desvio da norma, susceptível de causar dano ao paciente. A segurança do paciente é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde.	1,00	1,00	1,00	na	1,00
1-Vigilância/ Julgamento clínico	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
(item 1)1. Os pacientes são adequadamente vigiados.	0,30	0,80	0,90	1,00	0,75
(item 2) 2. As alterações do estado clínico são oportunamente detectadas.	0,60	1,00	1,00	1,00	0,90
(item 3) 3. Existe risco de agravamento/complicações do estado do paciente por défice de vigilância.	0,70	1,00	1,00	1,00	0,92
(item 4) 4. Existe risco de agravamento/complicações do estado do paciente por julgamento clínico inadequado.	0,60	0,90	0,90	1,00	0,85
2. Advocacia	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 5) 1. Os enfermeiros assumem-se como verdadeiros "advogados" dos interesses do paciente e família.	0,50	0,90	0,90	1,00	0,82

Tabela 3- *Content Validity Ratio* calculado para a versão brasileira preliminar do Instrumento "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)" - Rio de Janeiro – 2022 (continuação)

(item 6) 2. Os enfermeiros questionam a prática de outros profissionais quando envolve o interesse do paciente	0,70	0,90	1,00	1,00	0,90
(item 7) 3. Os enfermeiros respeitam a privacidade do paciente.	0,90	0,90	0,90	1,00	0,92
(item 8) 4. Os enfermeiros respeitam a confidencialidade do paciente.	0,80	0,80	0,90	1,00	0,87
(item 9) 5. Os enfermeiros delegam funções de enfermagem para outros profissionais menos preparados.	0,60	0,80	0,70	1,00	0,77
(item 10) 6. Existe risco de agravamento/complicações no estado do paciente por falhas na defesa dos interesses do paciente.	0,80	0,90	0,90	1,00	0,90
(item 11) 7. Existe risco de agravamento/complicações no estado do paciente por delegação de funções de enfermagem em pessoal menos preparado.	0,60	0,70	0,80	1,00	0,77
3. Quedas	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 12) 1.O risco de quedas é avaliado em todos os pacientes, de acordo com protocolo institucional	0,80	0,90	0,90	1,00	0,90
(item 13) 2. Os procedimentos de prevenção de quedas são ajustados levando-se em consideração a avaliação do risco	0,90	1,00	0,90	1,00	0,95

Tabela 3- *Content Validity Ratio* calculado para a versão brasileira preliminar do Instrumento "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)" - Rio de Janeiro – 2022 (continuação)

(item 14) 3. A vigilância do paciente é ajustada ao risco avaliado.	0,70	0,80	0,80	1,00	0,82
(item 15) 4. Existe risco de ocorrência de quedas de pacientes.	0,80	0,80	0,80	1,00	0,85
(item 16) 5. Ocorrem quedas de paciente.	0,70	1,00	0,90	1,00	0,90
4. Lesão por pressão	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 17) 1. No início do internamento é realizada uma avaliação clínica global (grau de mobilidade, incontinência urinária/fecal, alterações da sensibilidade, alterações do estado de consciência, doença vascular, estado nutricional).	0,90	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 18) 2. É realizada a inspeção periódica da pele em áreas de risco ou de lesões prévias.	0,80	1,00	1,00	1,00	0,95
(item 19) 3. São utilizadas escalas de estratificação do risco (escalas de Braden e/ou de Norton).	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 20) 4. São implementadas medidas preventivas ajustadas aos fatores de risco.	0,60	1,00	0,90	1,00	0,87
(item 21) 5. Os cuidados gerais à pele são adequados às necessidades identificadas.	0,60	1,00	1,00	1,00	0,90
(item 22) 6. O suporte nutricional é ajustado às necessidades.	0,60	1,00	1,00	1,00	0,90

Tabela 3- *Content Validity Ratio* calculado para a versão brasileira preliminar do Instrumento "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)" - Rio de Janeiro – 2022 (continuação)

(item 23) 7. Os reposicionamentos são ajustados às necessidades.	0,30	0,90	0,90	1,00	0,77
(item 24) 8. Existe o risco de ocorrência de lesões por pressão.	0,80	0,80	0,80	1,00	0,85
(item 25) 9. Ocorrem lesões por pressão.	0,80	0,90	0,90	1,00	0,90
5. Medicação	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 26) 1. Existe o risco de ocorrência de erros de medicação.	0,70	1,00	1,00	1,00	0,92
(item 27) 2. Ocorrem erros de medicação.	0,70	0,90	0,90	1,00	0,87
5. A Ocorrem erros na preparação da medicação por:	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 28) 1. Existirem medicamentos com rótulo e embalagem semelhantes.	0,80	1,00	1,00	1,00	0,95
(item 29) 2. Existirem muitos medicamentos no mesmo horário de aprazamento.	0,70	1,00	1,00	1,00	0,92
(item 30) 3. A farmácia enviar o medicamento errado.	0,90	1,00	1,00	1,00	0,97
(item 31) 4. O medicamento não estar disponível em tempo oportuno.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 32) 5. O enfermeiro é interrompido durante a atividade.	0,60	0,80	0,80	1,00	0,80
(item 33) 6. Distração do enfermeiro.	0,80	0,60	0,70	1,00	0,77

Tabela 3- *Content Validity Ratio* calculado para a versão brasileira preliminar do Instrumento "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)" - Rio de Janeiro – 2022 (continuação)

5. B Ocorrem erros na administração da medicação por:	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 34) 1. Falhas na comunicação sobre mudanças na acomodação dos pacientes (troca de leito).	1,00	0,90	1,00	1,00	0,97
(item 35) 2. Falhas na comunicação da equipe multi disciplinar sobre alterações na prescrição médica.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 36) 3. Falhas na comunicação (prescrição médica oral ou por telefone).	0,90	0,90	0,90	1,00	0,92
(item 34) 1. Falhas na comunicação sobre mudanças na acomodação dos pacientes (troca de leito).	1,00	0,90	1,00	1,00	0,97
(item 35) 2. Falhas na comunicação da equipe multi disciplinar sobre alterações na prescrição médica.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 36) 3. Falhas na comunicação (prescrição médica oral ou por telefone).	0,90	0,90	0,90	1,00	0,92
(item 37) 4. Falhas na comunicação (ausência de registo da administração anterior).	0,90	1,00	1,00	1,00	0,97
(item 38) 5. Incorreta identificação do medicamento preparado.	0,90	1,00	0,90	1,00	0,95
(item 39) 6. Não cumprimento dos procedimentos de identificação do paciente	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Tabela 3- *Content Validity Ratio* calculado para a versão brasileira preliminar do Instrumento "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)" - Rio de Janeiro – 2022 (continuação)

(item 40) 7. Falhas na execução da técnica de administração.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
5. C Vigilância da medicação	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 41) 1. Ocorrem falhas na vigilância dos ritmos das perfusões.	0,50	0,90	1,00	1,00	0,85
(item 42) 2. Ocorrem falhas na vigilância dos efeitos da medicação.	0,80	1,00	1,00	1,00	0,95
6. Infeção associada aos cuidados de saúde (IACS)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 43) 1. Existe risco de ocorrerem infecções (IACS).	0,80	0,90	0,90	1,00	0,90
(item 44) 2. Ocorrem infecções (IACS)	0,80	0,90	0,90	1,00	0,90
3. A Higienização das mãos realiza-se:	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 45) 1. Antes e após o contato com o paciente	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 46) 2. Antes de procedimentos que exijam antissepsia.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 47) 3. Após o contato com sangue e fluidos corporais.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 48) 4. Os equipamentos de proteção individual (EPI) são selecionados e ajustados aos procedimentos a realizar.	0,70	1,00	1,00	1,00	0,92

Tabela 3- *Content Validity Ratio* calculado para a versão brasileira preliminar do Instrumento "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)" - Rio de Janeiro – 2022 (continuação)

(item 49) 5. Na manipulação de material perfuro-cortante são evitados procedimentos inadequados, nomeadamente dobrar ou reencapar agulhas, após a sua utilização.	0,90	1,00	1,00	1,00	0,97
(item 50) 6. Os objetos perfuro-cortantes (agulhas, lâminas de bisturi, etc.) são acondicionados em contentores rígidos, localizados próximo da realização do procedimento.	0,70	1,00	1,00	1,00	0,92
(item 51) 7. A acomodação dos pacientes realiza-se de acordo com a susceptibilidade imunológica e condição clínica do paciente (ex. isolamento de acordo com as necessidades).	0,70	0,90	1,00	1,00	0,90
(item 52) 8. Os resíduos hospitalares são objeto de tratamento apropriado, consoante o grupo a que pertencem.	1,00	0,90	1,00	1,00	0,97
(item 53) 9. A roupa suja é separada junto do local de procedência, acondicionada em saco próprio e transportada para a lavandaria em carro fechado.	0,90	0,90	0,90	1,00	0,92
7. Percepção Geral (no meu serviço).	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Tabela 3- *Content Validity Ratio* calculado para a versão brasileira preliminar do Instrumento "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)" - Rio de Janeiro – 2022 (conclusão)

item 54) 1. A ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem compromete a segurança do paciente.	0,70	0,70	0,90	1,00	0,82
(item 55) 2. Os eventos adversos associados às práticas de enfermagem podiam ser evitados	0,90	1,00	1,00	1,00	0,97

Fonte: a autora, 2022

De forma geral, o CVR médio ficou acima do valor estabelecido em todos os itens, incluindo título, instruções de preenchimento e opções de resposta. Contudo, verificaram-se problemas no valor do CVR crítico no quesito clareza obtido para os itens 1 e 23 (CVR crítico, clareza 0,30 em ambos os itens). Além disso, os itens 5 e 41 apresentaram CVR crítico no quesito clareza igual a 0,50 (valor definido como corte). Assim, optou-se por avaliar individualmente esses itens, uma vez que foram diversas as observações individuais levantadas pelos especialistas a fim de propor melhorias na redação de cada item.

Nos demais quesitos, pertinência e relevância, todos os itens apresentaram CVR crítico acima do valor estabelecido. No quesito pertinência, houve variação entre 0,60 e 1,00, valor acima do estabelecido como crítico, e no quesito relevância, houve variação ainda menor entre 0,80 e 1,00, apresentando índices superiores ao valor de CVR crítico. Quanto à dimensionalidade, todos os itens foram reconhecidos como pertencentes a uma das dimensões sugeridas.

Com os resultados encontrados e considerando as observações dos especialistas, os quatro itens (1, 5, 23 e 41) foram revisitados (segunda rodada), analisados e devolvidos ao comitê de especialistas após ajustes na redação para nova avaliação da versão do instrumento após alterações. Todos os especialistas da primeira rodada foram consultados e concordaram com a nova redação dos itens, aprovando, assim, a versão final do instrumento.

Dessa forma, a Tabela 4 apresenta os resultados da reavaliação da validade de conteúdo.

Tabela 4 – Reavaliação dos valores de *Content Validity Ratio* para a versão brasileira preliminar do Instrumento "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)" - Rio de Janeiro, 2022 (continua)

Instruções	**Clareza**	**Pertinência**	**Relevância**	**Há dimensionalidade relacionada?**	**CVR médio**
Título: Eventos adversos associados às práticas de enfermagem (EAAPE)	1,00	1,00	1,00	na	1,00
Instruções de preenchimento Considere serviço/unidade de trabalho o serviço ou departamento do hospital onde trabalha habitualmente. Leia atentamente os enunciados e em cada um assinale apenas um ponto da escala, preenchendo o círculo. Muito obrigada pela colaboração.	1,00	1,00	1,00	na	1,00
Um evento adverso é definido como qualquer tipo de engano, incidente, erro ou desvio da norma, susceptível de causar dano ao paciente. A segurança do paciente é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde.	1,00	1,00	1,00	na	1,00
Itens propostos 1-Vigilância/Julgamento clínico	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 1)1. Os pacientes são adequadamente vigiados.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 2) 2. As alterações do estado clínico são oportunamente detectadas.	0,60	1,00	1,00	1,00	0,90

Tabela 4 – Reavaliação dos valores de *Content Validity Ratio* para a versão brasileira preliminar do Instrumento "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)" - Rio de Janeiro, 2022 (continuação)

(item 3) 3. Existe risco de agravamento/complicações do estado do paciente por défice de vigilância.	0,80	1,0	1,0	1,0	1,0
(item 4) 4. Existe risco de agravamento/complicações do estado do paciente por julgamento clínico inadequado.	0,60	0,90	0,90	1,00	0,85
2. Advocacia	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 5) 1. Os enfermeiros assumem papel de verdadeiros defensores dos interesses do paciente e da família.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 6) 2. Os enfermeiros questionam a prática de outros profissionais quando envolve o interesse do paciente	0,70	0,90	1,00	1,00	0,90
(item 7) 3. Os enfermeiros respeitam a privacidade do paciente.	0,90	0,90	0,90	1,00	0,92
(item 8) 4. Os enfermeiros respeitam a confidencialidade do paciente.	0,80	0,80	0,90	1,00	0,87
(item 9) 5. Os enfermeiros delegam funções de enfermagem para outros profissionais menos preparados.	0,60	0,80	0,70	1,00	0,77
(item 10) 6. Existe risco de agravamento/complicações no estado do paciente por falhas na defesa dos interesses do paciente.	0,80	0,90	0,90	1,00	0,90
(item 11) 7. Existe risco de agravamento/complicações no estado do paciente por delegação de funções de enfermagem em pessoal menos preparado.	0,60	0,70	0,80	1,00	0,77

Tabela 4 – Reavaliação dos valores de *Content Validity Ratio* para a versão brasileira preliminar do Instrumento "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)" - Rio de Janeiro, 2022 (continuação)

3. Quedas	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 12) 1.O risco de quedas é avaliado em todos os pacientes, de acordo com protocolo institucional	0,80	0,90	0,90	1,00	0,90
(item 13) 2. Os procedimentos de prevenção de quedas são ajustados levando-se em consideração a avaliação do risco	0,90	1,00	0,90	1,00	0,95
(item 14) 3. A vigilância do paciente é ajustada ao risco avaliado.	0,70	0,80	0,80	1,00	0,82
(item 15) 4. Existe risco de ocorrência de quedas de pacientes.	0,80	0,80	0,80	1,00	0,85
(item 16) 5. Ocorrem quedas de paciente.	0,70	1,00	0,90	1,00	0,90
4. Lesão por pressão	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 17) 1. No início do internamento é realizada uma avaliação clínica global (grau de mobilidade, incontinência urinária/fecal, alterações da sensibilidade, alterações do estado de consciência, doença vascular, estado nutricional).	0,90	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 18) 2. É realizada a inspeção periódica da pele em áreas de risco ou de lesões prévias.	0,80	1,00	1,00	1,00	0,95
(item 19) 3. São utilizadas escalas de estratificação do risco (escalas de Braden e/ou de Norton).	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Tabela 4 – Reavaliação dos valores de *Content Validity Ratio* para a versão brasileira preliminar do Instrumento "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)" - Rio de Janeiro, 2022 (continuação)

(item 20) 4. São implementadas medidas preventivas ajustadas aos fatores de risco.	0,60	1,00	0,90	1,00	0,87
(item 21) 5. Os cuidados gerais à pele são adequados às necessidades identificadas.	0,60	1,00	1,00	1,00	0,90
(item 22) 6. O suporte nutricional é ajustado às necessidades.	0,60	1,00	1,00	1,00	0,90
(item 23) 7. Os reposicionamentos são ajustados às necessidades.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 24) 8. Existe o risco de ocorrência de lesões por pressão.	0,80	0,80	0,80	1,00	0,85
(item 25) 9. Ocorrem lesões por pressão.	0,80	0,90	0,90	1,00	0,90
5. Medicação	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 26) 1. Existe o risco de ocorrência de erros de medicação.	0,70	1,00	1,00	1,00	0,92
(item 27) 2. Ocorrem erros de medicação.	0,70	0,90	0,90	1,00	0,87
5. A Ocorrem erros na preparação da medicação por:	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 28) 1. Existirem medicamentos com rótulo e embalagem semelhantes.	0,80	1,00	1,00	1,00	0,95
(item 29) 2. Existirem muitos medicamentos no mesmo horário de aprazamento.	0,70	1,00	1,00	1,00	0,92
(item 30) 3. A farmácia enviar o medicamento errado.	0,90	1,00	1,00	1,00	0,97

Tabela 4 – Reavaliação dos valores de *Content Validity Ratio* para a versão brasileira preliminar do Instrumento "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)" - Rio de Janeiro, 2022 (continuação)

(item 31) 4. O medicamento não estar disponível em tempo oportuno.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 32) 5. O enfermeiro é interrompido durante a atividade.	0,60	0,80	0,80	1,00	0,80
(item 33) 6. Distração do enfermeiro.	0,80	0,60	0,70	1,00	0,77
5. B Ocorrem erros na administração da medicação por:	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 34) 1. Falhas na comunicação sobre mudanças na acomodação dos pacientes (troca de leito).	1,00	0,90	1,00	1,00	0,97
(item 35) 2. Falhas na comunicação da equipe multi disciplinar sobre alterações na prescrição médica.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 36) 3. Falhas na comunicação (prescrição médica oral ou por telefone).	0,90	0,90	0,90	1,00	0,92
(item 37) 4. Falhas na comunicação (ausência de registo da administração anterior).	0,90	1,00	1,00	1,00	0,97
(item 38) 5. Incorreta identificação do medicamento preparado.	0,90	1,00	0,90	1,00	0,95
(item 39) 6. Não cumprimento dos procedimentos de identificação do paciente	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 40) 7. Falhas na execução da técnica de administração.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Tabela 4 – Reavaliação dos valores de *Content Validity Ratio* para a versão brasileira preliminar do Instrumento "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)" - Rio de Janeiro, 2022 (continuação)

5. C Vigilância da medicação	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 41) 1. Ocorrem falhas na vigilância dos ritmos das perfusões.	1,00	0,90	1,00	1,00	1,00
(item 42) 2. Ocorrem falhas na vigilância dos efeitos da medicação.	0,80	1,00	1,00	1,00	0,95
6. Infeção associada aos cuidados de saúde (IACS)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 43) 1. Existe risco de ocorrerem infecções (IACS).	0,80	0,90	0,90	1,00	0,90
(item 44) 2. Ocorrem infecções (IACS)	0,80	0,90	0,90	1,00	0,90
3. A Higienização das mãos realiza-se:	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 45) 1. Antes e após o contato com o paciente	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 46) 2. Antes de procedimentos que exijam antissepsia.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 47) 3. Após o contato com sangue e fluidos corporais.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 48) 4. Os equipamentos de proteção individual (EPI) são selecionados e ajustados aos procedimentos a realizar.	0,70	1,00	1,00	1,00	0,92
(item 49) 5. Na manipulação de material perfuro-cortante são evitados procedimentos inadequados, nomeadamente dobrar ou reencapar agulhas, após a sua utilização.	0,90	1,00	1,00	1,00	0,97

Tabela 4 – Reavaliação dos valores de *Content Validity Ratio* para a versão brasileira preliminar do Instrumento "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)" - Rio de Janeiro, 2022 (conclusão)

(item 50) 6. Os objetos perfuro-cortantes (agulhas, lâminas de bisturi, etc.) são acondicionados em contentores rígidos, localizados próximo da realização do procedimento.	0,70	1,00	1,00	1,00	0,92
(item 51) 7. A acomodação dos pacientes realiza-se de acordo com a susceptibilidade imunológica e condição clínica do paciente (ex. isolamento de acordo com as necessidades).	0,70	0,90	1,00	1,00	0,90
(item 52) 8. Os resíduos hospitalares são objeto de tratamento apropriado, consoante o grupo a que pertencem.	1,00	0,90	1,00	1,00	0,97
(item 53) 9. A roupa suja é separada junto do local de procedência, acondicionada em saco próprio e transportada para a lavandaria em carro fechado.	0,90	0,90	0,90	1,00	0,92
7. Percepção Geral (no meu serviço).	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
(item 54) 1. A ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem compromete a segurança do paciente.	0,70	0,70	0,90	1,00	0,82
(item 55) 2. Os eventos adversos associados às práticas de enfermagem podiam ser evitados	0,90	1,00	1,00	1,00	0,97

Fonte: a autora, 2022.

Com a implementação dos resultados obtidos, a estrutura final foi de um instrumento com boas evidências de validade de conteúdo, constituído, desse modo, como o instrumento original, por 55 questões distribuídas em 7 dimensões.

A investigação de evidências de validade de conteúdo da "Versão brasileira do Instrumento Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)" foi conduzida com todo rigor inerente ao método visando assegurar que todo o conteúdo teórico fosse garantido e expresso na aplicação e utilização da ferramenta.

De fato, preocupar-se com os resultados do estudo e os mesmo são relevantes, têm valor, porém garantir a qualidade do procedimento metodológico foi essencial, pois são os níveis de evidências encontradas que irão atestar se o instrumento mensura a sua variável latente de forma precisa (JAMAS *et al.*, 2021).

Ressalta-se que para este estudo as etapas de revisões independentes aconteceram em momentos distintos, assim a realização das fases iniciou-se pela análise das equivalências. Posteriormente, ao término dessa etapa, iniciou-se a verificação da análise de conteúdo, como recomendado por alguns estudos de adaptação transcultural (ROCHA, 2020; DE SORDI *et al.*, 2022)

3.6 **Pré-finalização**

Todos os comentários dos revisores, considerados na revisão realizada no instrumento nas etapas de avaliação das equivalências e avaliação das evidências de validade de conteúdo, foram apresentados a seguir.

O título, as informações de preenchimento, os itens 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 36, 37, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55 e as opções de respostas tiveram todos os critérios avaliados positivamente, não havendo sugestões.

Sobre o **item 1,** um número expressivo de especialistas apresentou sugestões acerca da redação do item, sugerindo a adoção do termo "monitorados" ou "observados" para substituir o termo "vigiados" da expressão: "Os pacientes são adequadamente vigiados". Entretanto, optou-se por manter a nomenclatura "vigiados", pois entende-se que o uso do termo vigilância

seria o mais adequado nesse contexto, visto que engloba um sentido mais amplo do que a monitorização ou observação.

A vigilância é um termo que muitas vezes é utilizado como sinônimo do termo monitorizar, mas trata-se de um conceito bastante distinto. A monitorização é essencial e necessária ao processo de vigilância, entretanto monitorizar, por si só, não é suficiente para a eficácia da vigilância (MEYER; LAVIN, 2005).

Para um planejamento do cuidado seguro e adequado de enfermagem com ações voltadas à prevenção de eventos adversos, faz-se necessário que o mesmo seja baseado na vigilância direta ao paciente e no adequado julgamento clínico do enfermeiro, capaz de diagnosticar necessidades individuais de cada paciente, que vão para além da monitorização ou observação (AMARAL *et al.*, 2019).

Outro estudo ainda acrescenta que a vigilância dos enfermeiros é fundamental na resposta e antecipação de complicações previsíveis, na monitorização de alterações da condição do paciente na intervenção precoce perante emergências que possam acontecer (BENNER *et al*., 2010).

Sobre o **item 5**, a revisora 5 apresentou alteração da expressão “os enfermeiros assumem-se como verdadeiros defensores dos interesses do paciente e da família” para “os enfermeiros assumem papel de verdadeiros defensores dos interesses do paciente e da família”, acreditando que essa redação do item é a mais adequada e traz maior compreensão ao contexto brasileiro.

A proposta do item vai de encontro com o apresentado na literatura, a qual afirma que o enfermeiro necessita assumir seu papel como advogado em prol dos interesses dos pacientes que se encontram sob seus cuidados, direcionando todo empenho para que sejam preservados os seus direitos em saúde, promovendo a manutenção do respeito e da autonomia deles, uma vez que os enfermeiros se encontram munidos de condições para identificar e atuar em situações que precisam ser intercedidas (BARLEM, 2013; RAMOS *et al*., 2018).

O **item 9** sofreu mínima alteração com a inclusão do pronome “suas” acompanhando o substantivo “funções” da oração, transformando a sentença para “os enfermeiros delegam **suas** funções de enfermagem a outros profissionais menos preparados”, por sugestão de ajuste recomendado pelo revisor 18 e revisor de letras.

Em consonância com a legislação nacional, o enfermeiro é o único que pode exercer todas as atividades de enfermagem. A lei também direciona algumas atribuições exclusivas para o enfermeiro, por exemplo, direção, planejamento, organização, coordenação, execução e

avaliação dos serviços da assistência de enfermagem. Em contrapartida, as atividades do técnico envolvem orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, bem como participação no planejamento da assistência de enfermagem. Nesse sentido, o enfermeiro possui autoridade para a delegação de cuidados de enfermagem entre sua equipe, todavia compreende-se que existem competências de enfermagem impossíveis de serem compartilhadas, como apontado na legislação (BRASIL, 1986).

O **item 17** sofreu ajuste na redação por sugestão do revisor especialista em letras e dos revisores 11 e 14 que recomendaram a substituição do termo no "no início do internamento [..]" pela expressão "no início da internação[..]", pois a primeira expressão é mais recorrente no contexto português europeu do que na maioria dos hospitais brasileiros.

Embora entendendo que o termo "internação" seria o mais adequado e utilizado na instituição estudada (localizada no estado do Rio de Janeiro), compreende-se que existem estados brasileiros que utilizam o termo "internamento", como o estado de Curitiba, por exemplo, e esse fato está diretamente relacionado à diversidade cultural existente dentro do mesmo país. Dessa forma, adota-se para o item 17 o uso da expressão "internação" por ser o mais adequado para a localidade estudada, porém compreendendo que mesmo na realidade nacional existem regiões brasileiras que utilizam o termo "internamento" de forma habitual no seu dia a dia.

O **item 23** do instrumento foi revisto após sugestões dos especialistas em sua redação. A questão "os reposicionamentos são ajustados às necessidades" foi reformulada para "as mudanças de decúbito/posições são ajustadas às necessidades dos pacientes" por trazer maior clareza e entendimento ao leitor sobre o item discutido.

No que se refere à prevenção da LPP, uma gama de medidas deve ser adotada como estratégias de minimizar e/ou evitar a ocorrência do evento. Entretanto, diversos estudos analisados apontaram a mudança de decúbito como a medida de prevenção mais executada nos serviços de saúde. Além de apresentar baixo custo, a medida tem sido a mais relacionada com a ausência de LPP (MATTOS *et al.*, 2015; PEREIRA; LUDVICH; OMIZZOLO, 2016; SANCHES *et al.*, 2018).

A importância da mudança de decúbito está associada ao objetivo de descomprimir determinada região corpórea do paciente, possibilitando a oxigenação e a perfusão dos tecidos. Ressalta-se que a mudança de decúbito ou de posicionamento é uma medida que não implica em custos, mas depende, e muito, dos profissionais de enfermagem para sua execução correta, de forma adequada e em intervalos regulares. Ademais, pesquisadores afirmam que

somente o uso de recursos auxiliares ou outra medida preventiva isoladamente não previne o aparecimento da lesão (MENDONÇA *et al*., 2018; GONÇALVEZ *et al.*, 2020).

Sobre o **item 34**, optou-se por seguir a sugestão dos revisores 10 e 17 que recomendaram o uso das palavras “troca de leito” ao invés de “troca de cama”. O Ministério da Saúde padroniza a utilização do termo “leito hospitalar” para referir-se à cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente dentro de um hospital, a mesma pode estar localizada em uma enfermaria ou quarto, que se constitui no endereço de um paciente durante o período de sua estadia no hospital e que está vinculada a uma unidade de internação (BRASIL, 2002).

Assim, embora o termo “cama hospitalar” embarque um entendimento amplo do que se refere, optou-se pela utilização do termo leito hospitalar por considerar a expressão mais adequada para o registro linguístico e reconhecendo que o instrumento será respondido por profissionais com conhecimento na área da saúde.

O **item 35** foi ajustado após sugestão da revisora 8. Anteriormente, a sentença apresentava a seguinte redação: “Falhas na comunicação da equipe multidisciplinar acerca das alterações na prescrição médica”. O item foi revisado para “Falhas na comunicação médico/enfermeiro acerca das alterações na prescrição médica”, entendendo que se trata de uma prescrição médica – quem prescreve é o médico e quem administra é o enfermeiro/ enfermagem, não se aplicando ou estendendo à equipe multiprofissional tal tarefa.

O **item 38** foi revisado por uma recomendação do revisor de letras que alertou sobre a anteposição do adjetivo “incorreta identificação”, sendo a ordem mais comum no português do Brasil a construção sintagmática de maior objetividade (substantivo + adjetivo), assim “identificação incorreta do medicamento preparado” seria o mais adequado para a realidade brasileira (SILVA, 2008).

As revisoras 4 e 17 sugeriram sobre o **item 41** substituir a nomenclatura perfusões por infusões, assim como substituir o substantivo “ritmos” por “velocidade”, tornando a redação do item “ocorrem falhas na vigilância das velocidades de infusões” adaptada para atender à melhor compreensão no contexto brasileiro.

O Dicionário da Língua Portuguesa (2020) considera o termo perfusão como a introdução lenta e contínua de um líquido terapêutico na circulação sanguínea ou ainda a passagem de um líquido através de um órgão. Quanto à infusão, esta apresenta significado sobre injeção lenta, geralmente por via endovenosa, trata-se de uma ação de infundir, de verter um líquido dentro de um vaso ou sobre algum objeto (dispositivo).

O item 41 em questão refere-se à administração de um medicamento por meio de uma agulha (ligada aos restantes componentes do dispositivo intravenoso) que está inserida em um vaso sanguíneo do paciente e por meio da qual se administra o medicamento ao longo de um determinado período. Para determinada situação, o termo indicado e mais usado na área da saúde é a infusão, embora perfusão não seja incorreto.

No mesmo item, optou-se pelo uso da nomenclatura “velocidade” ao invés do termo “ritmo” utilizado na questão original. O uso do primeiro termo é justificado pela ideia em discussão da questão que está relacionada à ação do enfermeiro em atentar-se à velocidade da administração de determinada medicação no paciente assistido a fim de evitar intercorrências e futuras complicações (LIMA; VALENTE; SOUZA, 2022).

Após essa exposição, ressalta-se que a apresentação de todas as observações foi útil para compreender as modificações realizadas ao longo do processo de ATC (PROMIS, 2013), além de demonstrar todo o rigor do método, e todas as alterações foram disponibilizadas ao especialista em idiomas (letras) para realização da etapa de finalização do instrumento.

3.7 **Finalização**

O especialista em línguas, que trabalhou no desenvolvimento da tradução como revisor, após analisar todas as informações e todos os comentários dos revisores, acatou as modificações realizadas e a versão do instrumento composta por 55 itens.

3.8 **Harmonização**

Nessa etapa metodológica, realizou-se mais uma avaliação minuciosa e equivalência da versão final pela equipe de pesquisadores, além da conferência de todo material, visando garantir a qualidade de todo o processo. Entretanto, ressalta-se que essa fase não apresentou nenhuma alteração ou mudança no instrumento.

3.9 **Formatação e revisão**

Todo o instrumento foi revisado e formatado no modelo apropriado, considerando os comentários de revisão, para detecção de erros gramaticais e de formatação pelo coordenador da linguagem que apontou mínimas pontuações. A versão de pré-finalização, apresentada no quadro a seguir, foi aprovada nessa configuração.

Quadro 6 - Versão de pré-finalização instrumento EAAPE para teste cognitivo e validação linguística – Rio de Janeiro - 2022 (continua)

Título Eventos adversos associados às práticas de enfermagem (EAAPE)
Considere serviço/unidade de trabalho o serviço ou departamento do hospital onde trabalha habitualmente. Leia atentamente os enunciados e em cada um assinale apenas um ponto da escala, preenchendo o círculo. Muito Obrigada pela colaboração.
Um **evento advers**o é definido como qualquer tipo de engano, incidente, acidente, erro ou desvio da norma, susceptível de causar dano ao paciente. A **segurança do paciente** é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde
Indique, por favor, a frequência em que acontece cada uma das situações: **No meu serviço/ unidade …**
1-Vigilância/Julgamento clínico
1 Os pacientes são adequadamente vigiados. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
2 As alterações do estado clínico são oportunamente detectadas. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre

Quadro 6 - Versão de pré-finalização instrumento EAAPE para teste cognitivo e validação linguística – Rio de Janeiro, 2022 (continuação)

3 Existe risco de agravamento/complicações do estado do paciente por déficit de vigilância. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
4 Existe risco de agravamento/complicações do estado do paciente por julgamento clínico inadequado. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
2. Advocacia
1 Os enfermeiros assumem papel de verdadeiros defensores dos interesses do paciente e família. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
2 Os enfermeiros questionam a prática de outros profissionais quando está envolve o interesse do paciente. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
3. Os enfermeiros respeitam a privacidade do paciente. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
4 Os enfermeiros respeitam a confidencialidade do paciente. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre

Quadro 6 - Versão de pré-finalização instrumento EAAPE para teste cognitivo e validação linguística – Rio de Janeiro, 2022 (continuação)

5. Os enfermeiros delegam suas funções de enfermagem a outros profissionais menos preparados. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
6. Existe risco de agravamento/complicações no estado do paciente por falhas na defesa dos seus interesses. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
7. Existe risco de agravamento/complicações no estado do paciente por delegação de funções de enfermagem a pessoal menos preparado. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
3. Quedas
1. O risco de quedas é avaliado para todos os pacientes, de acordo com o protocolo institucional. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
2. Os procedimentos de prevenção de quedas são ajustados levando-se em consideração a avaliação do risco. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
3. A vigilância do paciente é ajustada ao risco avaliado. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre

Quadro 6 - Versão de pré-finalização instrumento EAAPE para teste cognitivo e validação linguística – Rio de Janeiro, 2022 (continuação)

4. Existe risco de ocorrência de quedas dos pacientes. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
5. Ocorrem quedas de pacientes. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
4. Lesão por pressão
1. No início da internação é realizada uma avaliação clínica global (grau de mobilidade, incontinência urinária/fecal, alterações do estado de consciência, doença vascular, estado nutricional) ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
2. É realizada a inspeção periódica da pele em áreas de risco ou de lesões prévias. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
3. São utilizadas escalas de estratificação de risco (ex: escalas de Braden e/ou Norton). ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
4. São implementadas medidas preventivas ajustadas aos fatores de risco. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre

Quadro 6 - Versão de pré-finalização instrumento EAAPE para teste cognitivo e validação linguística – Rio de Janeiro, 2022 (continuação)

5. Os cuidados gerais com a pele são adequados às necessidades identificadas. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
6. O suporte nutricional é ajustado às necessidades. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
7. As mudanças de decúbito/posições são ajustadas as necessidades dos pacientes. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
8. Existe risco de ocorrência de lesões por pressão. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
9. Ocorrem lesões por pressão. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
5. Medicação
1. Existe o risco de ocorrência de erros de medicação. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
2. Ocorrem erros de medicação. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
5A. Ocorrem erros na preparação da medicação por:

Quadro 6 - Versão de pré-finalização instrumento EAAPE para teste cognitivo e validação linguística – Rio de Janeiro, 2022 (continuação)

1. Existirem medicamentos com rótulo e embalagem semelhantes. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
2. Existirem muitos medicamentos no mesmo horário de aprazamento. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
3. A farmácia enviar o medicamento errado. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
4. O medicamento não estar disponível em tempo oportuno. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
5. O enfermeiro ser interrompido durante a atividade. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
6. Distração do enfermeiro. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
5B. Ocorrem erros na administração da medicação por:
1. Falhas na comunicação sobre mudanças na acomodação dos pacientes (troca de leito) ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre

Quadro 6 - Versão de pré-finalização instrumento EAAPE para teste cognitivo e validação linguística – Rio de Janeiro, 2022 (continuação)

2. Falhas na comunicação médico/enfermeiro acerca das alterações na prescrição médica. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
3. Falhas na comunicação (prescrição médica oral ou por telefone). ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
4. Falhas na comunicação (ausência de registro da administração anterior). ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
5. Identificação incorreta do medicamento preparado. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
6. Não cumprimento dos procedimentos de identificação do paciente. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
7. Falhas na execução da técnica de administração. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
5C. Vigilância da medicação
1. Ocorrem falhas na vigilância das velocidades de infusões. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre

Quadro 6 - Versão de pré-finalização instrumento EAAPE para teste cognitivo e validação linguística – Rio de Janeiro, 2022 (continuação)

2. Ocorrem falhas na vigilância dos efeitos da medicação. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
6. Infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS)
1. Existe risco de ocorrerem infecções (IRAS). ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
2. Ocorrem infecções (IRAS) ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
A higienização das mãos realiza-se:
1. Antes e após o contato com o paciente. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
2. Antes de procedimentos que exijam antissepsia. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
3. Após o contato com sangue e fluidos corporais. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
4. Os equipamentos de proteção individual (EPI) são selecionados e ajustados aos procedimentos a serem realizados. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre

Quadro 6 - Versão de pré-finalização instrumento EAAPE para teste cognitivo e validação linguística – Rio de Janeiro, 2022 (continuação)

5. Na manipulação de material perfuro-cortante são evitados procedimentos inadequados como dobrar ou reencapar agulhas, após a sua utilização. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
6. Os objetos perfuro-cortantes (agulhas, lâminas de bisturi, etc) são acondicionados em recipientes rígidos, localizados próximo da realização do procedimento. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
7. A acomodação dos pacientes realiza-se de acordo com a susceptibilidade imunológica e condição clínica do paciente (ex. isolamento de acordo com as necessidades). ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
8. Os resíduos hospitalares são tratados apropriadamente, de acordo com o grupo a que pertencem. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
9. A roupa suja é separada conforme o local de procedência, acondicionada em saco próprio e transportada para a lavanderia em carro fechado. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
7. Percepção Geral (no meu serviço)
1. A ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem compromete a segurança do paciente. ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre

Quadro 6 - Versão de pré-finalização instrumento EAAPE para teste cognitivo e validação linguística – Rio de Janeiro, 2022 (conclusão)

2. Os eventos adversos associados às práticas de enfermagem podiam ser evitados ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre

Fonte: elaborado pela autora, 2022.

3.10 **Teste cognitivo**

Participaram do pré-teste 31 enfermeiros que se enquadravam nos critérios estabelecidos. Destes, 18 enfermeiros atuavam nas enfermarias clínicas (58,1%), 8 nas enfermarias cirúrgicas (25,8%) e 5 enfermeiros atuantes nas unidades de terapias intensivas (16,1%). Os 31 participantes preencheram o instrumento de forma independente e levaram, em média, 17 minutos para finalizá-lo.

O cumprimento dessa etapa tinha como objetivo verificar a compreensão do instrumento pela população-alvo e a aplicabilidade da sua versão final no português do Brasil, versão intitulada como “Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem - EAAPE” (versão pré-finalização) (BEATON *et al*., 2000).

Quanto aos dados sociodemográficos dos participantes (n=31), observou-se um predomínio de enfermeiras mulheres (87,1%), refletindo o predomínio histórico do gênero feminino na profissão de enfermagem no contexto brasileiro.

A idade dos participantes variou entre 23 e 51 anos, predominando a idade média dos participantes em 44 anos. Esse achado vai de encontro com a caracterização profissional da população de estudo do instrumento na versão original, uma população respondente mais jovem (CASTILHO, 2015).

A maior parte dos enfermeiros do pré-teste atuava nas enfermarias clínicas (58,9 %). Ressalta-se que o número de enfermarias clínicas do hospital investigado apresenta-se superior quando comparado ao número de enfermarias clínicas e de terapias intensivas. Quanto ao tempo de experiência, o maior tempo de experiência no serviço foi entre 1 e 5 anos

(59,4%), dado este que converge com a população do estudo original, em que a população respondente apresentava um tempo de experiência superior a 20 anos no serviço ou unidade.

3.11 **Análise dos comentários dos participantes**

Posterior ao preenchimento dos dados sociodemográficos, solicitou-se aos participantes que informassem a existência de qualquer dificuldade, seja na compreensão, no entendimento ou na resposta de algum item. Destaca-se que eles não relataram nenhum tipo de dificuldade relacionado às perguntas do questionário. Sendo assim, não se mostrou necessária a realização de ajustes no questionário.

Todavia, um participante fez um questionamento sobre a não aplicação do instrumento na categoria profissional de técnicos de enfermagem, apresentando a seguinte prerrogativa:

> Eu gostaria de saber por que não usar esse instrumento com os técnicos de enfermagem também? Por que só com os enfermeiros? Até porque tem várias tarefas lá no instrumento que na verdade quem realiza são os técnicos, né? Sob nossa supervisão, mas quem realiza são eles, porque são ações deles mesmo (PARTICIPANTE 21).

No contexto do desenvolvimento do instrumento original - Portugal, a profissão de enfermagem é composta unicamente por enfermeiros, não havendo categorias nem divisão das tarefas desenvolvidas. O cenário de Portugal acredita que a compartimentalização das formações, dividindo em diferentes níveis de formação, como acontece no Brasil, pode causar um desnível no exercício das funções e possibilitar maiores riscos aos pacientes. De modo geral, o trabalho do enfermeiro acontece em conjunto com outros profissionais da área de saúde com o objetivo de prestar a assistência necessária aos pacientes (MENDES; MANTOVANI, 2010).

Ainda no contexto de Portugal, a Ordem dos Enfermeiros (OE) é a associação pública profissional que congrega todos os profissionais de Enfermagem que trabalham em Portugal. A OE tem como atribuições a definição de regras relativas à atividade profissional e respectivo controle da sua observância, além de preocupar-se com a defesa dos interesses da profissão, como refere o seu Estatuto. Além disso, para esses profissionais, existe o

Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) que por meio do Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro, apresenta as normas definidoras do regime de trabalho que devem vigorar entre aqueles que desenvolvam atividade profissional (PORTUGAL, 1996; PORTUGAL, 2017).

Em contrapartida, em cenário Nacional, a Legislação brasileira regulamenta o Exercício da Enfermagem em tipos diferentes de atuação. A Lei nº 7.498/1986, que tipifica a prática, coloca as diretrizes para cada modalidade, e as diferenças trabalhistas entre o técnico de enfermagem e enfermeiro são claras e de acordo com as suas respectivas e diferentes formações (BRASIL, 1986).

Na realidade Nacional, O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os seus respectivos Conselhos Regionais (COREN) foram criados em 1973 e juntos formam o Sistema Cofen/Conselhos Regionais. Ambos são entidades autônomas de interesse público com a função de fiscalizar o exercício profissional da enfermagem. Entretanto, o Cofen é responsável por normatizar e fiscalizar o exercício da profissão de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, zelando pela qualidade dos serviços prestados e pelo cumprimento da lei do exercício profissional da enfermagem, enquanto o Coren tem atribuições como deliberar sobre inscrição no Conselho, bem como o seu cancelamento; disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, observadas as diretrizes gerais do COFEN; executar as resoluções do COFEN; entre diversas outras funções (BRASIL, 1973).

A evolução história da categoria de enfermagem demonstra uma divisão do trabalho – técnica e social. Cabem ao enfermeiro a administração, a supervisão e o controle das atividades assistenciais e administrativas, enquanto atividades de cuidado direto ao paciente (atividades manuais) são desenvolvidas pelos demais componentes da enfermagem. Tal divisão social e técnica do trabalho e enfermagem permanece e se fortalece por meio do tempo seja por ideologia ou mesmo na assistência em enfermagem (DUTRA, 2016).

Diante disso, é possível compreender a existência de uma diferença cultural e trabalhista que envolve os contextos assistenciais da enfermagem em Portugal e no Brasil, apresentando realidades distintas sendo observadas ainda nas atividades realizadas pelos profissionais, tendo em vista que as competências do enfermeiro no cenário brasileiro incluem a supervisão e a condução de uma equipe sob sua responsabilidade, enquanto que no contexto de Portugal não existe o compartilhamento das tarefas de enfermagem, entendendo que o enfermeiro se configura como único cuidador.

Diante dessa divergência cultural, naturalmente comum e esperada, constitui-se o motivo da realização de um processo de ATC rigoroso e minucioso para que seja possível identificar a viabilidade de adaptar ou não um instrumento para uma nova realidade, pois compreende-se que nem todos os cenários são possíveis de transpor a teoria de uma cultura para a outra e que existem variáveis que não são possíveis de serem transportadas diretamente de um grupo para outro (SOUSA *et al.*, 2021; DE SORDI *et al.*, 2022).

Assim, recomenda-se que adaptações futuras ou desenvolvimento de novos instrumentos direcionados às práticas assistenciais da enfermagem sejam construídos, verificando a possibilidade de comtemplar na sua participação a divisão social do trabalho de enfermagem característico e presente no contexto brasileiro e que remete à equipe de enfermagem como um todo.

3.11. 1 Avaliação da qualidade de procedimento de adaptação transcultural

Conforme recomendado pelo *Guidelines for Establishing Cultural Equivalency of Instruments,* desenvolvido pelo Comitê Internacional para Traduções e Protocolos (OHRBACH *et al*., 2013), no Quadro 7, visando assegurar a integridade do processo, apresenta-se a avaliação da qualidade do procedimento de adaptação transcultural.

Quadro 7 - Avaliação da qualidade psicométrica da adaptação transcultural - Rio de Janeiro - 2022.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE PSICOMÉTRICA - ATC		
Critérios	**Avaliação**	**Escore (Sim= 1 ponto)**
Técnica de Tradução		**4**/4 Pontos
1. Participaram dois ou mais tradutores?	(X) Sim ( ) Não	
2. Traduziram para sua língua materna?	(X) Sim ( ) Não	
3. Um dos tradutores teve ciência do conceito e condição dos participantes do estudo?	(X) Sim ( ) Não	
4. Algum dos tradutores teve ciência do conceito em questão?	(X) Sim ( ) Não	
Síntese das versões traduzidas		**1**/1 Ponto
1. Foi realizada síntese das traduções?	(X) Sim ( ) Não	
Retro-tradução		**2**/2 Pontos
1. Traduziram para sua língua materna?	(X) Sim ( ) Não	
2. Não tiveram ciência do conceito/condição?	(X) Sim ( ) Não	
Comitê de Especialistas/ Espertos		**3**/3 Pontos
1.Realizada a revisão pelo comitê?	(X) Sim ( ) Não	
2. Composição apropriada dos membros do comitê?	(X) Sim ( ) Não	
3. Forneceu detalhes das decisões e questões levantadas?	(X) Sim ( ) Não	
ESCORE TOTAL		**10**/10 Pontos

Fonte: A autora, 2022.

Comprova-se, assim, que foram rigorosamente cumpridas todas as etapas preconizadas para garantia da qualidade do processo de ATC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo propôs adaptar culturalmente um instrumento previamente desenvolvido e validado em outra cultura com o intuito de proporcionar troca de informações, além da divulgação do conhecimento entre a comunidade científica. Dessa forma, disponibilizou-se uma ferramenta para a prática clínica, adaptada para o contexto brasileiro, a fim de avaliar a percepção dos enfermeiros quanto ao risco e à ocorrência de eventos adversos em suas práticas assistenciais.

Assim, para o alcance dos objetivos propostos, o processo de adaptação cultural seguiu as recomendações metodológicas da literatura científica atualizada, e para avaliação das evidências de validade de conteúdo foi verificado os critérios de clareza, pertinência, relevância e dimensionalidade.

De acordo com os resultados obtidos, conclui-se que o objetivo desta pesquisa foi alcançado e, ao final do rigoroso processo de adaptação transcultural, obteve-se o questionário "Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)", adaptado para o português brasileiro, mantendo-se as equivalências semântica, idiomática, conceitual e experimental, conforme a versão original. Quanto às evidências de validade de conteúdo, as evidências apresentadas foram consideradas satisfatórias e garantem um conteúdo claro, relevante e pertinente ao contexto brasileiro, confirmando sua fácil compreensão pelo público-alvo em que foi aplicado. Reforça-se a necessidade de investigações posteriores a fim de dar continuidade ao estudo, realizando a análise das demais fontes de evidências de validade do referido instrumento, garantindo, dessa forma, sua plena aplicação na prática assistencial dos enfermeiros nos hospitais brasileiros.

Limitações do estudo

Apesar das contribuições, uma limitação identificada no estudo foi a aplicação do pré-teste em uma única instituição de saúde, pois embora tenha sido evidenciada uma representatividade dentro dessa localidade, entende-se como restrição generalizar ou ainda afirmar a aplicabilidade do instrumento testado em uma única instituição brasileira como

adequada para todas as instituições hospitalares em nível nacional. O ideal é que pesquisas posteriores para validação da versão brasileira do instrumento “Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)” para testar as demais fontes de evidência de validade utilizem cenários diversos que representem o país como um todo para que assim seja possível captar uma diversidade maior de participantes, garantindo uma ampliação da coleta de dados para confirmação da versão obtida.

Para além disso, outra limitação identificada está relacionada à dimensão sete, intitulada Percepção geral, composta por apenas dois itens/questões, o que possivelmente pode representar um problema estrutural, sobretudo para avaliação da estrutura interna do instrumento em pesquisas futuras.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados a Assistência à Saúde.** Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, Anvisa, 2017. Disponível em: https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=ODk0OQ%2C%2C. Acesso em: 10 dez. 2021

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY INDICATORS. **Guide to Inpatient safety Indicators: Quality of Care in Hospital**s-Volume, Mortality and utilization. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Pub.02.R204, 2002. Disponível em<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/IQI/V21/iqi_guide_rev2.pdf. Acesso em: 13 nov. 2021.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY INDICATORS Indicators. **Guide to patient safety Indicators**. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Pub.03.R203, 2003. Disponível em< https://qualityindicators.ahrq.gov/downloads/modules/psi/v31/psi_guide_v31.pdf>. Acesso em: 11 set. 2021.

ALENCAR, G.S.A. *et al.* Lesão por pressão na unidade de terapia intensiva: incidência e fatores de riscos. **Revista Nursing,** v. 21, ed.239, p. 2124-2128, 2018. Disponível em:< http://www.revistanursing.com.br/revistas/239-Abril2018/lesao_por_pressao_na_unidade_de_terapia_intensiva.pdf>. Acesso em: 10 set. 2021.

ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/csc/a/5vBh8PmW5g4Nqxz3r999vrn/?lang=pt>. Acesso em: 31 jul. 2020.

ALEXANDRE, N.M.C.; GUIRARDELLO, E.B. Adaptación cultural de instrumentos utilizados en salud ocupacional. **Rev. Panam. Salud Publica**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 109-111, 2002. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2002.v11n2/109-111/es. Acesso em: 26 jun. 2021.

ALLIGOOD, M.R. The nature of knowledge needed for nursing practice in: ALLIGOOD, M. R **Nursing Theory**: Utilization and Application. St. Louis: Mosby, 2013.

ALMEIDA, F.M. Julgamento clínico do enfermeiro na avaliação do risco de quedas. **Geriatr Gerontol Aging.** v. 12, n. 4, p. 189-195, 2018. Disponível em:< http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_informativo/bibli_inf_2006/GGA_v.12_n.4.03.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2021.

ALMEIDA, R.A.R. *et al*. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. **Revista Referência,** v. 3 n. 2, p. 163-172, 2010. Disponível em:< http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/32-163.pdf>. Acesso em: 14 out. 2020.

AMARAL, R.T.; ABREU, C.C.F.; MENDES, A.MO.C. Riscos e ocorrências de eventos adversos na percepção de enfermeiros assistenciais. **Rev. Rene.** v. 20, e41302, 2019. DOI: 10.15253/2175-6783.20192041302. Disponível em< https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/46212/1/2019_art_rtamaral.pdf >. Acesso em 13 set. 2021.

American Educational Research Association (AERA), American Psychological Association (APA), & National Council on Measurement in Education (NCME). Standards for educational and psychological testing. Washington, DC: Author, 1954.

American Educational Research Association (AERA), American Psychological Association (APA), & National Council on Measurement in Education (NCME). Standards for educational and psychological testing. Washington, DC: Author, 1965.

American Educational Research Association (AERA), American Psychological Association (APA), & National Council on Measurement in Education (NCME). Standards for educational and psychological testing. Washington, DC: Author, 1985.

American Educational Research Association (AERA), American Psychological Association (APA), & National Council on Measurement in Education (NCME). Standards for educational and psychological testing. Washington, DC: Author, 1999.

American Educational Research Association (AERA), American Psychological Association (APA), & National Council on Measurement in Education (NCME). Standards for educational and psychological testing. Washington, DC: Author, 2014.

ANDRADE, L.E.L. *et al.* Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciênc. saúde colet**. v. 23, n 1, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015. Disponível em:< https://www.scielo.br/j/csc/a/ZdzPMjFXMpcmzSZTJ5bSSyB/abstract/?lang=pt >. Acesso em 05 out. 2022.

ANJOS, E.S. *et al.* Segurança do paciente: ocorrência de eventos adversos relacionados a assistência à saúde entre pacientes internados em um hospital referência em infectologia. **Revista Ferida**. v. 9, n. 47, p. 1725-1731, 2021. Disponível em:< file:///C:/Users/olive/Downloads/diagramadora,+REVISTA+FERIDAS++ED.47+ARTIGO+2.pdf>. Acesso em: 06 set. 2022.

ARBOIT, E.L. *et al.* Fatores que contribuem para a ocorrência de incidentes relacionados à terapia medicamentosa em terapia intensiva. **Rev. Pesq. Cuid. Fundam. Online.** v. 12, p. 1030-1036, 2020. DOI: http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7456. Disponível em:< file:///C:/Users/olive/Downloads/7456-Texto%20do%20Artigo-50188-2-10-20200817%20(1).pdf>. Acesso em: 19 set. 2022.

AYRE, C.; SCALLY, A. J. Critical values for Lawshe's Content Validity Ratio: revisiting theoriginal methods of calculation. **Measurement and Evaluation in Counseling and**

Development. v. 47, n. 1, p. 79-86, 2014. DOI: 10.1177/0748175613513808. Disponível em: < https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0748175613513808>. Acesso em: 20 jul. 2022.

BANDALOS, D.L. Measurement theory and applications for the social sciences. **American Psychological Association.The** Guilford Press, 2018. Disponível e:< https://psycnet.apa.org/record/2017-56623-000>. Acesso em 03 mai. 2021.

BARBOSA, T.P. *et al.* Associação entre sedação e eventos adversos em pacientes de terapia intensiva. **Acta Paul Enferm**. v. 31, n. 2, p. 194-200, 2018. DOI: 10.1590/1982-0194201800028. Disponível em:< https://www.scielo.br/j/ape/a/mTmM6cPdWYx8Q3cjYsSGYLj/?lang=pt >. Acesso em: 15 set. 2022.

BARLEM, E.L.D. *et al*. Moral distress in everyday nursing: hidden traces of power and resistance. **Rev Latino-Am. enferm.** v. 21, e.1, 293-299, 2013. DOI: 10.1590/S0104-11692013000100002. Disponível em:< https://www.scielo.br/j/rlae/a/4KJJwJJ7YcB4cH45LTPVHbC/?lang=pt> Acesso em: 20 nov. 2021.

BARROS, A.L.B.L. Classificações de diagnósticos e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. **Acta Paul Enferm,** v. 22 (spe), 864-867, 2009. Disponível em:< https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-S0103-21002009000700003/1982-0194-ape-S0103-21002009000700003.x42714.pdf >. Acesso em: 10 nov. 2021.

BASSUNI, EM.; BAYOMI, MM. Improvement Critical Care Patient Safety: Using Nursing Staff Development Strategies, At Saudi Arabia. **Glob J. Health Sci**. v. 7, n. 2, p. 335–343, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4796447/pdf/GJHS-7-335.pdf>. Acesso em: 10 set. 2021.

BATISTA, G.R.; MOURA, C.C.V. Avaliação dos erros de medicação como impacto na segurança do paciente. Enciclopédia Biosfera. **Centro Científico Conhecer** – Jandaia-GO, v.18 e.38; p. 148, 2021. DOI: 10.18677/EnciBio_2021D9. Disponível em: https://www.conhecer.org.br/enciclop/2021D/avaliacao%20dos%20erros.pdf>. Acesso em: 17 set. 2022.

BEATON, D.E. *et al.* Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptationof Self-Report Measures. **Spine,** Toronto, v. 25, e. 24, p. 3186–3191, 2000. Disponível em < https://staff.ui.ac.id/system/files/users/andisk/material/guidelinesfortheprocessofcrossculturaladaptation.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2021.

BEATON, D.E. *et al*. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & Quick DASH Outcome Measures. **American Academy of Orthopaedic Surgeons and Institute for Work & Health.** Revised June 12, p. 03-45, 2007. Disponível em<http://www.dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf>. Acesso em: 07 mai. 2021.

BEHRENS, R. Segurança do paciente e os direitos do usuário. **Rev. Bioét.** v.27, n. 2. Brasília, 2019. DOI: 10.1590/1983-80422019272307. Disponível em:<

file:///C:/Users/olive/Downloads/Seguranca_do_paciente_e_os_direitos_do_usuario.pdf>. Acesso em: 29 out. 2022.

BENNER, PE.; MALLOCH, K.; SHEETS, V. Nursing Pathways for patient safety. **Mosby, Elsevier.**, 2010.

BEYEA, S.C. Patient advocacy nurses keeping patients safe. **AORN Journal,** v. 81, n. 5, p. 1046-1047, 2005. DOI: 10.1016/S0001-2092(06)60471-7. Disponível em:< https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/S0001-2092%2806%2960471-7> Acesso em 13 ago. 2021.

BORSA, J.C.; DAMASIO, B.F.; BANDEIRA, D.R. Cross-Cultural Adaptation and Validation of Psychological Instruments. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 53, p. 423-432, 2012. DOI: 10.1590/S0103-863X2012000300014. Disponível em< https://www.scielo.br/j/paideia/a/cbRxjMqmbZddKpwywVM8mJv/?lang=pt >. Acesso em: 10 mai. 2021.

BORSBOOM, D. Latent Variable Theory, Measurement: Interdisciplinary Research and Perspectives. **Psychology Press**, v. 6, n. 1-2, p. 25-53, 2008. DOI: 10.1080/15366360802035497. DOI: 10.1080/15366360802035497. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15366360802035497. Acesso em: 01 fev. 2021.

BORSBOOM, D.; MELLENBERGH, G.J. Test Validity in Cognitive Assessment. Cognitive diagnostic assessment for education: Theory and applications pp. 85–115, 2009.**Cambridge University.** DOI: 10.1017/CBO9780511611186.004. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/books/abs/cognitive-diagnostic-assessment-for-education/test-validity-in-cognitive-assessment/5B4BC33129DA8C3429A9869D4279765. Acesso em: 06 nov. 2021.

BORSBOOM, D. Whose Consensus Is It Anyway? Scientific Versus Legalistic Conceptions of Validity, **Measurement: Interdisciplinary Research and Perspectives.** v.10, e.1-2, p. 38-41, 2012. DOI: 10.1080/15366367.2012.681971. Disponível em: https://www.semanticscholar.org/paper/Whose-Consensus-Is-It-Anyway-Scientific-Versus-of-Borsboom/3d0ad630193be5490df7a552bce5b549b519c0e1>. Acesso em: 08 ago. 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária –Brasília: Anvisa, 2016. Disponível em: https://www.saude.go.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-09/2016-anvisa---caderno-6---implantacao-nucleo-de-seguranca.pdf. Acesso em: 12 nov. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária**. Incidentes relacionados à assistência à saúde Resultados das notificações realizadas no Notivisa - Brasil, 2020. Disponível em< file:///C:/Users/olive/Downloads/RJ.pdf >. Acesso em: 24 set. 2021.

BRASIL. Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 1973.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF 1986.

BRASIL. Ministério da Educação. **Protocolo Lesão por pressão. CPTLE.003.** Universidade Federal de Campina Grande Hospital Universitário Alcides Carneiro. 2022. Disponível em:< file:///C:/Users/olive/Downloads/PRT.CPTLE.003_LESAO_POR_PRESSAO%20(2).pdf>. Acesso em: 28 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº529, de 1º de abril de 2013.Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial União**: seção1, Brasília, DF, p.43-44,2 abr.2013a. Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>.Acesso em: 23 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 jul. 2013b. Disponível em:< https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html>. Acesso em: 12 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anvisa. Fiocruz. **Protocolo para prevenção de quedas.** 2013c. Disponível em< https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Protocolo%20-%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Quedas.pdf >. Acesso em: 04 fev. 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa- RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 26 jul 2013d. Disponível em:http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e. Acesso em: 13 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 set. 2013e. Disponível em:< https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html>. Acesso em: 29 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS) 2021 a 2025**. Brasília: ANVISA; 2021. Disponível em:< https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/pnpciras_2021_2025.pdf>. Acesso em: 28 out. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:< https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf >. Acesso em: 17 nov. 2021.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília, DF, 13 jun. 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 09 ago. 2021.

BRASIL. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html>.Acesso em: 20 out. 2021.

BUENO, A.A.B. *et al.* Segurança do doente: potenciais interações medicamentosas favorecidas pela sobreposição de medicamentos programados pelo enfermeiro. **Revista de Enfermagem Referência,** v. 5, n. 3, p.1-8, 2020. DOI:10.12707/RV20038, 2020. Disponível em:< https://www.redalyc.org/journal/3882/388264768011/html/>. Acesso em: 10 out 2022

CANO, S.J.; HOBART, J.C. The problem with health measurement. **Patient Prefer Adherence.** v. 5, p. 279–90, 2011. DOI: 10.2147/PPA.S14399. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21792300/>. Acesso em: 24 nov. 2021.

CARVALHO, A.A *et al.* Evento quedas: cuidados de enfermagem para a segurança do idoso hospitalizado. **Enferm. em foco**, v. 10, n. 6, p. 105-110, 2019. Disponível em:< http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2100/658>. Acesso em: 03 set. 2022

CASTILHO, A.F.O.M. Eventos adversos nos cuidados de enfermagem ao doente internado: Contributos para a política de segurança [Tese] Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. p. 386, 2015. Disponível em:< https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/78357/2/34302.pdf>. Acesso em: 17 set. 2021.

Centers for Disease Control and Prevention. CDC. **CDC/EUA.** Healthcareassociated Infections (HAI) Progress Report. 2016.

CERULLO, J.A.S.B.; CRUZ, D.A.L.M. Raciocínio clínico e pensamento crítico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 18, n. 1, 2010. Disponível em:< https://www.scielo.br/j/rlae/a/9SZVRs64CDsLcjj5VPz6F4m/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 out. 2021.

CHA, E.S.; KIM, K.H.; ERLEN, J.A. Translation of scales in cross-cultural research: issues and techniques. **Journal of Advanced Nursing,** v. 58, p. 307- 406, 2007. Disponível em:< https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2007.04242.x >. Acesso em: 03 out. 2022

CHAN, E.K.H. Standards and Guidelines for Validation Practices: Development and Evaluation of Measurement Instruments. In: Validity and Validation in Social, Behavioral, and Health Sciences. Canadá, **Springer.** p. 9-23, 2014. Disponível em:< https://bilder.buecher.de/zusatz/40/40841/40841709_lese_1.pdf>. Acesso em: 22 set. 2021.

CHEN, HY.; BOORE, JRP. Translation and back-translation in qualitative nursing research: methodological review. **Journal Clinic Nursing,** v. 19, p. 234-239, 2010. Disponível em:< https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2009.02896.x >. Acesso em: 10 out. 2022.

CHENG, A.S.K. et al. Impact of Cognitive and Psychological Symptoms on Work Productivity and Quality of Life among Breast Cancer Survivors in Hong Kong. Hong Kong **J. Occup.** Ther., Singapura, v. 28, p. 15-23, 2016. Disponível em: http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1016/j.hkjot.2016.11.002. Acesso em: 07 ago. 2021.

COLE, C.; WELLARD, S.; MUMMERY, J. Problematising autonomy and advocacy in nursing. **Nurs Ethics.** v. 5, p. 576-82, 2014. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1177/0969733013511362 PMid:24399831>. Acesso em: 10 out. 2022.

CORTES, A.L.B.; SILVINO, Z.R. Fatores associados as interações medicamentosas potenciais em um centro de terapia intensive: estudo transversal. **Esc. Anna Nery.** v. 23, n. 3, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0326. Disponível em<https://www.scielo.br/j/ean/a/ct9jpdg5WQv3qF6HNzQPmrJ/?lang=pt >. Acesso em: 25 set. 2021.

COSTA, E.A.M. *et al.* Segurança do paciente em serviços de saúde: uma análise na cidade de Salvador, Bahia. **Rev. Sobecc,** São Paulo, v. 25, n. 1, p. 17-24, 2020. DOI: 10.5327/Z1414-4425202000010004. Disponível em:< https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/536/pdf>. Acesso em: 01 nov. 2021.

COSTA, M.H.A. *et al.* Julgamento clínico em enfermagem: a contextualização do desenvolvimento de competências e habilidades. **Revista Univap,** v. 22, n. 40, p. 68, 2016. DOI: 10.18066/revistaunivap. v22i40.1665. Disponível em< https://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/1665/418 >. Acesso em: 22 nov. 2021.

CURADO, M.A.S.; TELES, J.; MAROCO, J. Análise de variáveis não diretamente observáveis: influência na tomada de decisão durante o processo de investigação. **Rev. esc. enferm.,** v. 48, n. 1, p. 146-152, 2014. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000100019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000100146&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 fev. 2021.

DEILKAS, E.T. *et al.* Exploring similarities and differences in hospital adverse event rates between Norway and Sweden using Global Trigger Tool. **BMJ Open**. v. 7, n. 3, 2017. Disponível em:< https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/3/e012492.full.pdf>. Acesso em:29 nov. 2021.

DE PAULA, E.J.C. *et al.* Eventos adversos: análise da equipe multiprofissional na segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 3, e6563, 2021. Disponível em:< https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6563/4261> Acesso em: 13 mar. 2022.

DE SORDI, L.P. *et al.* A experiência da segunda vítima: adaptação transcultural de um instrumento para o contexto brasileiro. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 43, e20210010, 2022. Disponível em:< https://www.scielo.br/j/rgenf/a/R99XRyyTvZ49p5mGcMtTB6r/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 22 out. 2022.

DEZENA, R.C.A.B.; OLIVEIRA, F.S.; OLIVEIRA, L.S. Erros de medicação e implicações na assistencia de enfermagem. **Cuid Enferm.** v. 15, n. 2, p. 274-280, 2021. Disponível em:< http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2021v2/p.274-280.pdf> Acesso em: 10 set. 2022.

DONABEDIAN, A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. v. 1, the definition of quality and approaches to its assessment. Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan, 1980.

DORTAS JUNIOR, S.D. *et al*. Adaptação transcultural e validação de questionários na área da saúde. **Braz.J.Allergy Imunol.**, v. 4, n. 1, p. 26-30, 2016. DOI: 10.5935/2318-5015.20160003. Disponível em:< file:///C:/Users/olive/Downloads/v4n1a03_2016.pdf>. Acesso em: 19 ago 2021.

DORAN, DM. *et al.* An empirical test of the nursing role effectiveness Model. **Journal of Advanced Nursing**, v. 38, n. 1, p. 29-39, 2002. Disponível em:< https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11895528/ >. Acesso em: 02 ago. 2022.

DORNELLES, C. *et al.* Avaliação e características das quedas de pacientes durante a internação hospitalar. **Enfermería: Cuidados Humanizados,** v. 10, n. 2, p. 160-174, 2021. DOI: https://doi.org/10.22235/ech.v10i2.2499. Disponível em:< https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/2499/2458 >. Acesso em: 21 set. 2022.

DUARTE, S.C.M. *et al*. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm.** v. 68, n. 1, p. 144-154, 2015. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p. Disponível em< https://www.scielo.br/j/reben/a/mBxyRmzXxjVYbDQZfg7phyj/?lang=pt>. Acesso em: 04 fev. 2022.

DUTRA, H.C. Divisão social do trabalho e enfermagem. **Rev Enferm UFPE on line**., Recife, v. 10, n. 11, p. 4161-4163, 2016. Disponível em:< https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11503/13374>. Acesso em: 10 out. 2022.

EPSTEIN, J.; SANTO, R.M.; GUILLEMIN, F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. **J. Clin. Epidemiol.**, Oxford, v.

68 n. 4, p. 435-441, 2015. Disponível em< https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(14)00499-5/fulltext>. Acesso em: 03 jun. 2021.

EREMENCO, S.; CELLA, D.; ARNOLD, BJ. A comprehensive method for the translation and cross-cultural validation of health status questionnaires. **Eval Health,** Baltimore, v. 28, n. 2, p. 212-232, 2005. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15851774/. Acesso em: 19 set. 2021.

FALCÃO, R.M.M. *et al* . Risco de quedas em pessoas idosas hospitalizadas. **Rev. Gaúcha de Enferm.,** v. 40, (spe), 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180266. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/qSCPHftJmPhLL6QHLQ5W9dK/?lang=pt. Acesso em: 30 set. 2022.

FASSARELLA, C.S. Avaliação da cultura de segurança do paciente em ambiente hospitalar: estudo comparativo em hospital universitário e público do Rio de Janeiro e do Porto. [Tese] Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Universidade do Porto, p.240, 2016. Disponível em:< https://www.bdtd.uerj.br:8443/bitstream/1/11117/1/TESE%20FINAL_CINTIA%20SILVA%20FASSARELLA.pdf>. Acesso em: 03 set. 2020.

FAVRETO, F.J.L *et al.* O papel do enfermeiro na prevenção, avaliação e tratamento das lesões por pressão. **Revista gestão & saúde**, v. 2, n. 17, p. 37-47, 2017. Disponível em:< https://herrero.com.br/files/revista/filea2aa9e889071e2802a49296ce895310b.pdf>. Acesso em: 28 out 2022.

FERNANDES, J.B.; SÁ, M.C.L.; NABAIS, A.S.C. Intervenções do enfermeiro de reabilitação que previnem a ocorrência de quedas na pessoa idosa: revisão scoping. **Rev. Portuguesa de Enferm. e Reabilitação,** v.3, n. 1, p. 57-63, 2020. DOI: https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.7.5761. Disponível em:< https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/131>. Acesso em 17 set. 2022.

FERREIRA, L.L. *et al.* Nursing Care in Healthcare-Associated Infections: A Scoping Review. **Rev Bras Enferm**, v. 72, n. 2, p. 498- 505, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0418. Disponível em:< https://www.scielo.br/j/reben/a/ss448xpvyyh4jL8hZjNrvxn/?lang=en>. Acesso em 27 out. 2022.

FERREIRA, M.A.; LISBOA, M.T.L. A dimensão prática do cuidado de enfermagem: representações sociais de acadêmicos de enfermagem. **Esc Anna Nery**. v. 16, n. 2, 2012. DOI https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000200003. Disponível em<https://www.scielo.br/j/ean/a/Z6YNYc6H9K3rCCt84bfmYxS/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2021.

FIGUEIRA, A.B. *et al.* Ações de advocacia em saúde e empoderamento do usuário por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev. da Escola de Enferm. da USP,** v. 52, e03337, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017021603337. Disponível em:< https://www.scielo.br/j/reeusp/a/h3wgjZRYmPBD3vW6kCprgsq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 out. 2022.

FONTES, D.O.; AMARAL, M.S. Enfermagem na prevenção de infecções hospitalares: uma revisão de literatura. **Rev. Cientifica,** 2020. Disponível em< https://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2020/08/02-Enfermagem-na-preven%C3%A7%C3%A3o-de-infec%C3%A7%C3%B5es-hospitalares-Uma-revis%C3%A3o-da-literatura.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2021.

FRANÇA, D.L., CASTRO, T.N., NOBRE, V.N.N. Terapia medicamentosa segura: perspectivas da enfermagem e da farmácia no cuidado de paciente em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Research, Society and Development,** v. 10, n. 6, e38410615862, 2021. DOI: DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15862. Disponível em:< file:///C:/Users/olive/Downloads/15862-Article-204608-1-10-20210604%20(1).pdf>. Acesso em 29 out. 2022.

FURINI, A.C.A.; NUNES, A.A.; DALLORA, M.E.L.V. Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um contexto hospitalar. **Rev. Gaúcha. Enferm.** v. 40 (spe), 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180317. Disponível em<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/ghp6h3SKJMjjwbY96yyd3Yz/?lang=pt>. Acesso em: 05 out. 2021.

FURR, R.M.; BACHARACH, V.R. Psychometrics: an introduction. ed.2. Washignton: Sage Publications, 2014.

GARCIA, T.R.; BARTZ, C.C.; COENEM, A.M. Cipe®: Uma linguagem padronizada para a prática profissional. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) Versão 2017, 2017. Disponível em:< https://statics-americanas.b2w.io/sherlock/books/firstChapter/132542784.pdf >. Acesso em: 24 nov. 2021.

GIULIANO, K.K. Improving patient safety through the use of nursing surveillance. **Biomed Instrum Technol**, v. 51, n. 2, p. 34–43, 2017. DOI: 10.2345/0899-8205-51.s2.34. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28296456/>. Acesso em 20 set. 2022.

GJERSING, L.; CAPLEHORN, J.R.M.; CLAUSEN, T. Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations**. BMC Medical Research Methodology**, p. 10-13, 2010. Disponível em< file:///C:/Users/olive/Downloads/1471-2288-10-13.pdf >. Acesso em: 06 nov. 2021.

GONÇALVEZ, A.D.V. *et al.* A mudança de decúbito na prevenção de lesão por pressão em pacientes na terapia intensiva. **Nursing,** v. 23, n. 265, 2020. DOI: DOI: https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i265p4151-4170.
Disponível em:< DOI: https://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/626/616 >. Acesso em: 17 set. 2021.

GONZALEZ-SAMARTINO, M. *et al.* Precisión y exhaustividad del registro de eventos adversos mediante una terminología de interfase. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 52, p. 1-8, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017011203306. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/reeusp/a/8XxJVCyVfx6ZgxR5xDdKqLv/abstract/?lang=es>. Acesso em: 05 dez. 2021.

GRANADOS-PLAZA, M. *et al.* Association of Nursing Practice Environment on reported adverse events in private management hospitals: A cross-sectional study. **J. Clin Nurs**, v. 30, p. 2990- 3000, 2021. Disponível em:< https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocn.15806>. Acesso em: 14 set. 2022.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-Cultural Adaptation of healthrelated quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J. Clin. Epidemiol.,** Toronto, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993. Disponível em<https://pdfs.semanticscholar.org/a2a8/fc3722ce868ac3cc37fd539f50afa31f4445.pdf.>. Acesso em: 01 jun. 2021.

HANKS, R.G. Development and testing of an instrument to measure protective nursing advocacy. **Nursing Ethics**, v. 17, n. 2, p. 255-67, 2010. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0969733009352070?casa_token=H_odpC_QTMsAAAAA:8oKnVHaaR0OpnCt5fWeKXuB4g2VMF7HcIMNUZjGI54f7MPaIt-oD1u6ZRFC7-H-KomqWTP1dtDIY. Acesso em: 02 set. 2021.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. A model of equivalence in the cultural adaptation of hrqol instruments: the universalist approach. **Qual. Life Res.**, Oxford, v. 7, n. 4, p. 323–335, 1998. DOI: 10.1023/a:1024985930536.
Disponível em:< https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9610216/>. Acesso em: 27 mar. 2021.

ILIESCU, D. Adapting tests in linguist and cultural situations. **Cambridge University Press,** 2017. Disponível em:< https://www.cambridge.org/core/books/adapting-tests-in-linguistic-and-cultural-situations/4ECCEECEAA83D0FD390C329A5A9B14F7>. Acesso em: 29 mai. 2021.

INFUSÃO. *In*: DICIO, Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2020. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/risco/>. Acesso em: 23 dez. 2021.

ITO, A.S. *et al.* Exercício pelo enfermeiro da advocacia em saúde em defesa do paciente: revisão integrativa. **Research, Society and Development,** v. 10, n. 10, e525101018956, 2021. Disponível em:< file:///C:/Users/olive/Downloads/18956-Article-235219-1-10-20210817%20(4).pdf>. Acesso em: 10 out. 2022.

JAMAS, M.T. *et al.* Evidências de validade da escala de Bienestar Materno en Situación de Parto. **Acta Paul Enferm.** v. 34, eAPE02843, 2021. DOI: https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02843. Disponível em:< https://www.scielo.br/j/ape/a/ffVz5qfbhc5Cx7QjTPW8xdk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2022.

JAMES, J.A. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. **Journal of Patient Safety,** v. 9, n. 3, p. 122-128, 2013.
DOI: 10.1097/PTS.0b013e3182948a69.
Disponível em:< https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23860193/>. Acesso em: 19 set. 2021.

JENNING, P.; STEELLA, J. Barriers to incident notification in a regional pre hospital setting. **Emergency Medical Journal,** v. 28, n. 6, p. 526-9, 2010. Disponível em: < https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20581408/>. Acesso em: 11 set. 2021.

JIMÉNEZ, L.G. Percepción de cultura de seguridade del paciente por el professional de enfermeira de um hospital de tercer nível de atención. [Dissertação] México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2017. Disponível em:< http://132.248.9.195/ptd2018/enero/0769723/Index.html>. Acesso em: 22 dez. 2021.

KRAUZER, I.M. *et al*. A construção de protocolos assistenciais no trabalho em enfermagem. **Rev. Mineira de Enferm.**, v. 22, e1087, 2018**.** Disponível em:< https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-905215> Acesso em: 27 out. 2022.

KOLANKIEWICZ, A.C.B. *et al*. Cultura de segurança do paciente na perspectiva de todos os trabalhadores de um hospital geral. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 41, e20190177, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190177. Disponível em:< https://www.scielo.br/j/rgenf/a/ybhp4hGfJhWHfcFstLsLp5m/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2022.

LABRAGUE, L.J. *et al*. The association of nurse caring behaviours on missed nursing care, adverse patient events and perceived quality of care: A cross-sectional study. **J. Nurs Manag.** v. 28, n. 8, p. 2257-65, 2020. Disponível em:< https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jonm.12894>. Acesso em: 24 set. 2022.

LEMOS, G.C. Cultura de segurança do paciente na perspectiva de profissionais de enfermagem: fatores laborais e institucionais relacionados. [Dissertação] Divinópolis, Universidade Federal de São João Del-Rei, p. 123, 2018. Disponível em < file:///C:/Users/olive/Downloads/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20GRAZIELE.pdf >. Acesso em: 29 ago. 2021.

LEMOS, G.C. *et al.* A Cultura de Segurança do Paciente no Âmbito da Enfermagem: Reflexão Teórica. **Rev. de Enferm. do Centro-Oeste Mineiro**., v. 8, e2600, 2018. Disponível em: http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/2600/1880. Acesso em: 15 out. 2022.

LIMA, S.A., SANTOS, A.L., LOPES, D.M. Administração de medicamentos: erros comuns cometidos por enfermeiros. ***SEMPESq* - Semana De Pesquisa** Da Unit - Alagoas, n. 7, 2020. Disponível em:< https://eventos.set.edu.br/al_sempesq/article/view/12450/5572>. Acesso em: 06 jul. 2021.

LIMA; E.L.; VALENTE, F.B.G.; SOUZA, A.C.S. Ocorrência de erros no preparo e na administração de medicamentos em unidade de pronto atendimento. **Rev. Eletr. Enferm**., v. 24, e68956, p. 1-7, 2022. Disponível em: < file:///C:/Users/olive/Downloads/lima,%20valente%20e%20sousa.pdf>. Acesso em 02 dez. 2021.

LIMA, K.P. *et al.* Fatores contribuintes para ocorrência de eventos adversos em unidade de terapia intensiva: perspectiva do enfermeiro. **Rev. Enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. 3, p. 1234-43, 2017. Disponível em:< https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-30924>. Acesso em: 15 set. 2022.

LUZIA, M.F. *et al.* Incidência de quedas e ações preventivas em um Hospital Universitário **Rev Esc Enferm USP.**, v.52, e03308, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017024203308. Disponível em:<

https://www.scielo.br/j/reeusp/a/LPBtt7dsSktVXzmX8vgRk8n/?lang=pt>. Acesso em 12 ago. 2022.

LUZIA, M.F. *et al.* Características das quedas com dano nos pacientes hospitalizados. **Rev. Gaúcha Enferm.** v, 40 (spe), 2019. DOI: doi: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180307. Disponível em< https://www.scielo.br/j/rgenf/a/ffH5JPMzwzJMxn9PJbHtfTn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 nov. 2021.

MAGALHÃES, M.D.D.C. A dimensão processual do raciocínio clínico dos enfermeiros. Lisboa. [Tese], Lisboa, Universidade de Lisboa, 2020. Disponível em:< https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/48506/1/ULSD735309_td_Maria_Magalh%C3%A3es.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2022.

MATTOS, R.M. *et al.* Educação em saúde aos trabalhadores de Enfermagem e acompanhantes sobre prevenção e tratamento de lesões de pele em dois hospitais de Petrolina-PE. **Interfaces – Rev. de Extensão.**, v. 3, n. 1, p. 22-32, 2015. Disponível em: < https://periodicos.ufmg.br/index.php/revistainterfaces/article/view/18962/15940>. Acesso em: 19 set. 2021.

MAYER, B.L.D. *et al.* O enfermeiro e o exercício da advocacia do paciente: reflexão teórica. **Rev. Mineira de Enferm.** v. 23, e1191, 2019. DOI: 10.5935/1415-2762.20190039. Disponível em:< https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1191.pdf>. Acesso em: 05 out. 2022.

MEDEIROS, A.B.F. LOPES, C.H.A.F.; JORGE, M.S.B. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. **Rev. Esc Enferm. USP**, v. 43, n.1, 2009. DOI: https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000100029. Disponível em<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/wTswb5dv3xbzxWKpqbDbjKr/?lang=pt>. Acesso em: 21 nov. 2021.

MENDES, F.R.P; MANTOVANI, M.F. Dinâmicas atuais da enfermagem em Portugal: a representação dos enfermeiros. **Rev. Bras. Enferm**. v. 63, n. 2, 2010. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000200007. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/reben/a/kcz6RCCjS53FhkgKHW35bGL/?lang=pt>. Acesso em: 25 set. 2022.

MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Context – Enferm**., v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018. Disponível em<https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?lang=pt>. Acesso em: 21 jun. 2021.

MENDONÇA, P.K. *et al.* Prevenção de lesão por pressão: ações prescritas por Enfermeiros de centros de terapia intensiva. **Texto Contexto Enferm**. v. 27, n. 4, p. 1-10, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/0104-07072018004610017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Z9CwyVqcD8MJqtqhy8gYjMG/?lang=pt>. Acesso em: 11 set. 2021.

MEYER, G.; LAVIN, A.M. Vigilance: the essence of nursing. **Online J. of Issues in Nursing,** v. 10, n. 3, p. 8, 2005. Disponível em: < https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16225388/> Acesso em: 18 out. 2022.

MIEIRO, D.B. *et al.* Estratégias para minimizar erros de medicação em unidades de emergência: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.** v. 72, n. 1, p. 320-7, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0658. Disponível em:< https://www.scielo.br/j/reben/a/gMgPrcLkFvyq3VvCz6KJhKH/?lang=en>. Acesso em: 29 out. 2022.

MILLAR, J.; MATTKE, S. Selecting indicators for patient safety at the health systems level in OECD. **OECD health technical papers**, v. 18, 2004. Disponível em:<https://www.oecd.org/els/health-systems/33878001.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2021.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Rev. Pesquisa Qualitativa.** São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017. Disponível em:< file:///C:/Users/olive/Downloads/xerife,+01_est_MINAYO_p_1-12.pdf>. Acesso em 06 jun. 2021.

MONTEIRO, F.M.S. Lista de verificação de segurança cirúrgica e infecção do sítio cirúrgico em crianças e adolescentes: conhecimento dos profissionais que atuam em centro cirúrgico. [Dissertação] Salvador, Universidade Federal da Bahia, 2014. Disponível em:< https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/17938/1/MONTEIRO%2C%20F%C3%A1tima%20Maria%20dos%20Santos.pdf>. Acesso em: 18 set. 2021.

MOREIRA, J.M. Questionários: Teoria e Prática. **Almedina.** 2009.

MOREIRA, R.C *et al.* Enfermagem e a prevenção de lesão por pressão ma atenção primária: revisão integrativa da literatura. **Rev. Enferm. Atua**l In Derme v. 95, n. 33, e-021021, 2021. Disponível em:< https://teste.revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/784/823>. Acesso em: 07 set. 2022.

MOUMTZOGLOU, A. Factores impeding nurses from reporting adverse events. **J. of Nursing Manangement,** v. 18, n. 5, p. 542-547, 2010. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2010.01049.x.
Disponível em< https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20636502/>. Acesso em: 05 out. 2021.

NATIONAL COODIDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION TAXONOMY OF MEDICATION– 1998-1999. Disponível em< http://www.nccmerp.org/public/aboutmederror.htm>. Acesso em: 12 fev. 2022.

NEWTON, P.E.; SHAW, S.D. Standards for talking and thinking about validity. **Psychology Methods**, v. 18, n. 3, p. 301-319, 2013. Disponível em: < https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23834419/>. Acesso em: 26 fev. 2020.

NILSSON, L. *et al.* Incidence of adverse events in Sweden during 2013–2016: a cohort study describing the implementation of a national trigger tool. **BMJ Open.** v. 8, e020833, 2018. Disponível em:< https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/3/e020833.full.pdf>. Acesso em: 09 mai. 2021.

NORA, C.R.D.; JUNGES, J.R. Segurança do paciente e aspectos éticos: revisão de escopo. **Rev. Bioét**. v. 29, n. 2, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-80422021292468. Disponível em:< https://www.scielo.br/j/bioet/a/Qyh8fL4hbTXNpkBrTfGbVLL>. Acesso em: 27 jun. 2022.

OLIVEIRA, R. M. *et al.* Estratégias para promover a segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc. Anna Nery**, v. 18 n. 1, 2014. DOI: https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140018. Disponível em<https://www.scielo.br/j/ean/a/cgFQTChp95c35PvWrp3D4JL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 fev. 2022.

OLIVEIRA, T.R.; OLIVEIRA, A.R.; NATAL, A.L. Como mensurar o que não é observável? Abordagem reflexiva e modelagem de variáveis latentes em análises de survey. **40º Encontro Anual da ANPOCS - Seminários Temáticos -** ST 16 – Métodos e técnicas de pesquisa em Ciências Sociais, 2016. Disponível em: https://www.anpocs.com/index.php/papers-40-encontro/st-10/st16-7/10301-como-mensurar-o-que-n-ao-e-observ-avel-abordagem-re-exivae-modelagem-de-vari-aveis-latentes-em-an-alises-de-survey/file. Acesso em: 01 fev. 2021.

OHRBACH, R. et al. **Guidelines for Establishing Cultural Equivalency of Instruments.** New York: Committe for Translations and Protocols RDC/TMD Consortium Network, 2013. Disponível em: https://ubwp.buffalo.edu/rdc-tmdinternational/wpcontent/uploads/sites/58/2017/01/Guidelines-for-Translation-and-Cultural-Equivalency-ofInstruments-2013_05_118608.pdf. Acesso em: 11 mai. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Sistema de Notificação e Aprendizagem de Incidentes de Segurança do Paciente. Relatório técnico e orientações. **Editora Mizuno**. p. 22, 2021. Disponível em:< https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334323/9786555261950-por.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2022.

ORTEGA, D.B. *et al.* Análise de eventos adversos em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Acta paul. enferm**. v. 30, n. 2, p. 168-173, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/1982-0194201700026. Disponível em:< https://www.scielo.br/j/ape/a/jmFX7cfR4pzdnxrCRwhWmJk/?lang=pt>. Acesso em: 24 set. 2021.

OZOLINS, U. *et al.* Translation and back-translation methodology in health research – **a critique, Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research,** v. 20, n. 1, p. 69-77, 2020. DOI: 10.1080/14737167.2020.1734453. Disponível em:< https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14737167.2020.1734453>. Acesso em: 02 out. 2022.

PAGE, M.J. et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 372, n.1, 2021. Disponível em:<https://doi.org/10.1136/bmj.n71>. Acesso em: 07 out. 2021.

PAIXÃO, T.C.R. *et al.* Competências gerenciais relacionadas à segurança do paciente: uma revisão integrativa. **Rev. SOBECC,** v. 22, n. 4, p. 245-253, 2017. Disponível em:< https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/323/pdf>. Acesso em: 13 set. 2021.

PASQUALI, L. (org.). Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Brasília, DF: **IBAPP.** 1999

PENA, M.M. *et al.* Mapeamento dos erros de medicação em um hospital universitário. **Rev. Enferm. UERJ,** v. 24, n. 3, e7095, 2016.
DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.7095. Disponível em:< https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7095/19212>. Acesso em: 29 out. 2022.

PEREIRA, L.M.V. *et al.* Unplanned removal of invasive devices and their implications for the safety of the critical patient. **Rev. Pesqui. Cuid é Fundam Online**, v. 10, n. 2, p. 490-5, 2018. Disponível em:< https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4143/3517>. Acesso em: 10 set. 2022.

PEREIRA, M.O.; LUDVICH, S.C.; OMIZZOLO, J.A.E. Segurança do paciente: prevenção de úlcera por pressão em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Inova Saúde**, v. 5, n. 2, p. 9-44, 2016. Disponível em: < https://periodicos.unesc.net/ojs/index.php/Inovasaude/article/view/3009/2780>. Acesso em: 11 set. 2021.

PERFUSÃO. *In*: DICIO, Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2020. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/risco/>. Acesso em: 23 dez. 2021.

PORTUGAL. ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento nº 338/2017, de 23 de Junho de 2017. Disponível em:< https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5163/rg-3382017-23-junho.pdf>. Acesso em: 06 set. 2022.

PORTUGAL. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). Decreto nº 161/96, de 4 de Setembro de 1996. Portugal, 1996. Disponível em < https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>. Acesso em 4 de nov. 2022.

POSSOLI, L. *et al.* Segurança do paciente no ambiente hospitalar: uma revisão integrativa. **Brazilian J. of Health Review,** Curitiba, v.4, n.4, p.15962-15980, 2021. Disponível em:< https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/33623/pdf>. Acesso em: 15 out 2022.

PROMIS, **Patient-reported outocomes measurement information system**. Version 2.0. 2013. Disponível em< http://healthmeasures.net/explore-measurement-systems/promis>. Acesso em: 02 set. 2021.

QUEMBA, M. *et al.* Percepción en paciente y familia de la seguridad de la atención hospitalaria de en un Hospital Universitario. **Rev. Cultura del Cuidado.** v. 13, n. 1, 2016. Disponível em:< https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/2134/1625>. Acesso em: 02 out. 2022.

RAMOS, A.M. *et al.* Predictores de abogacía en salud identificados por enfermeros en el contexto hospitalario. **Aquichan,** v. 18, n. 3, p. 355-365, 2018. Disponível em:

https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/8954/4898. Acesso em: 13 nov. 2021.

RAYCOV, T.; MARCOULIDES, G.A. Introduction to psychometric theory. 1 ed. Routledge: p. 328, 2011.

REIS, C.T. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. [Tese] Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, p. 203, 2013. Disponível em:< https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/14358/ve_Claudia_Reis_ENSP_2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 17 set. 2021.

REIS, U.O.P, Controle da infecção hospitalar no centro cirúrgico: Revisão integrativa. **Rev. Baiana de Enferm.,** v. 28, n. 3, p. 303-310, 2014. Disponível em:< https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/9085/8992>. Acesso em: 18 out. 2022.

ROCHA, E.C.L. Adaptação transcultural do instrumento Cognitive Symptom Checklist-Work –21 (CSC-W21) para o contexto brasileiro. [Dissertação] Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2020. Disponível em:< https://www.bdtd.uerj.br:8443/bitstream/1/18219/2/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Elaine%20Cristina%20Lopes%20da%20Rocha%20-%202020%20-%20Completa.pdf>. Acesso em: 22 out. 2021.

RUBIO, D. M. et al. Objectifying content validity conducting a content validity study in social work research. **Soc. Work Res**., Washington, v. 27, n. 2, p. 94-105, 2003. Disponível em:< https://rameliaz.github.io/files/kuliah/matrikulasi-mapsi/rubio.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2021.

SAGAYA, M.R. *et al.* Análise de circunstâncias notificáveis: incidentes que podem comprometer a segurança dos pacientes. **Cogitare enferm.** v. 24, e61984, 2019. DOI: http://dx.doi.org/10.5380/ ce.v24i0.61984. Disponível em:< file:///C:/Users/olive/Downloads/61984-270587-1-PB.pdf>. Acesso em: 22 set. 2022.

SAITO, D.Y.T. *et al.* Usuário, cliente ou paciente?: qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem? **Texto Contexto, Enferm.** v. 22, n. 1, 2013. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000100021. Disponível em <https://www.scielo.br/j/tce/a/W3dWbyTBJbMpfLDCXJrVjQj/?lang=pt>. Acesso em: 25 de set. 2022.

SÁ, J.D.S. *et al.* Patient safety in the Intensive Care Unit: historical review and reflections. **Research, Society and Development,** v. 11, n. 5, e37811528502, 2022. Disponível em:< https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28502>. Acesso em: 02 out. 2022.

SANCHES, B.O. *et al*. Adesão da Enfermagem ao protocolo de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva. **Arch. Health Sci.** v. 25, n. 3, p. 27-31, 2018. DOI: 10.17696/2318-3691.25.3.2018.1058. Disponível em:< https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046354/artigo6.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2021.

SCHUMAHER, M.L.N.; ALEXANDRE, N.M.C. Tradução e adaptação cultural do Psychological Empowerment Instrument para o contexto brasileiro. **REME Rev. Min. Enferm.,** Belo Horizonte, v. 21, n. 1020, 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170030.
Disponível em:< https://reme.org.br/artigo/detalhes/1156>. Acesso em: 04 jul. 2021.

SERAFIM, C.T.R. *et. al.* Gravidade e carga de trabalho relacionadas a eventos adversos em UTI. **Rev. Bras. Enferm.** v. 70, n. 1, p. 993-999**,** 2017. Disponível em:< https://www.scielo.br/j/reben/a/krzsv3bxt5SLrW7yfP4rPcL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 ago. 2021.

SHEPARD, L.A. Chapter 9: Evaluating Test Validity. **Review of Research in Education,** v. 19, n. 1, p. 405-450, 1993. Disponível em:< https://www.deepdyve.com/lp/sage/chapter-9-evaluating-test-validity-sj0o06APxQ?key=sage>. Acesso em: 05 out. 2021.

SILVA, A. A ordem dos adjetivos em grupos nominais: uma questão sintática-semântica e discursiva. **Calidoscópio.** v. 6, n.3, p. 134-141, 2008. Disponível em: < https://revistas.unisinos.br/index.php/calidoscopio/article/view/5255/2509>. Acesso em: 24 ago. 2021.

SILVA, M.F.B.; SANTANA, J.S. Erros na administração de medicamentos pelos profissionais da enfermagem. **Arq. Catarin Med**. v. 47, n. 4, p. 146-154, 2018. Disponível em:< https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/359/321 >. Acesso em: 09 jul 2021.

SILVA, I.R. *et al.* Segurança do Paciente: reflexão teórica sobre a cultura de segurança organizacional. **Revista Pró-Univer SUS.** v. 9, n. 2, p. 06-10, 2018. Disponível em:< file:///C:/Users/olive/Downloads/root,+1277+(1)%20(1).pdf>. Acesso em: 04 nov. 2021.

SIMAN, A.G; BRITO, M.G.M. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 37, (spe), 2016. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68271. Disponível em<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68271>. Acesso em: 05 ago. 2021.

SOUSA, A.L.A. de M. *et al*. Atuação do enfermeiro na segurança do paciente no intraoperatório. **Rev. Multidisciplinar Em Saúde**, v. 1, n. 4 , 14, 2020. Recuperado de: https://editoraime.com.br/revistas/index.php/rems/article/view/560. Acesso em: 07 jun. 2021.

SOUSA, K.H.J.F. *et al.* Cross-cultural adaptation of the positive mental health questionnare for nursing students in the brazilian contexto. **Texto contexto - enferm**. v. 30, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0431. Disponível em:< https://www.scielo.br/j/tce/a/HdfS8TRs9Jv36RK9YtSR6RQ/?lang=en>. Acesso em: 22 out. 2022.

SOUZA, A.F.R. *et al.* Os erros de medicação e os fatores de risco associados à sua prescrição. **Enferm. em Foco**, [S.l.], v. 10, n. 4, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1900/598 >. Acesso em: 22 nov. 2021.

SOUZA, G.S; SANTOS A.R; DIAS, V.B. Metodologia da pesquisa científica: a construção do conhecimento e do pensamento científico no processo de aprendizado. Porto Alegre: Editora Animal, 2013.

SOUSA, V.D.; ROJJANASRIRAT, W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. **J. Eval. Clin. Pract.**, [s.l.], v. 1, n. 2, p. 268-274, 2011. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x. Disponível em:< https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20874835/ >. Acesso em: 13 set. 2021.

SPINK, M.J.P. Clientes, cidadãos, pacientes: reflexões sobre as múltiplas lógicas de cuidado na atenção à saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, supl.1, p.115-123, 2015. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01010. Disponível em:< https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Bw4x8Wq8C5WJRbpFRcDv7KL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2022.

SUBTIL, R.A.C. A Vigilância da Pessoa em Situação Crítica submetida a Ventilação não Invasiva: Intervenção Especializada em Enfermagem. [Dissertação], Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2020. Disponível em:< https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/37364/1/Rita%20Alexandra%20Caetano%20Subtil%20-%2009.03.2021.pdf>. Acesso em: 19 out. 2021.

TANNER, C.A. Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in **Nursing. J. Nurs Educ**. v. 45, n. 6, p. 204-11, 2006. Disponível em:< https://www.mccc.edu/nursing/documents/Thinking_Like_A_Nurse_Tanner.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2022.

TSANG, S., ROVSE, C.F.; TERKAWI, A.S. Guidelines for developing, translating, and validating a questionnaire in perioperative and pain medicine. **Saudi journal of anaesthesia, v. 11,** (Suppl 1), p. S80–S89, 2017. Disponível em:< https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28616007/#affiliation-3>. Acesso em: 04 abr. 2021.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J.G. *et al.* Como enfermeiros vêm exercendo a advocacia do paciente no contexto hospitalar? Uma perspectiva foulcaultiana. **Texto Contexto, Enferm**, v. 25, n. 1, 2016. DOI: https://doi.org/10.1590/0104-0707201600002560014. Disponível em:< https://www.scielo.br/j/tce/a/DcKSmDXqmQYhK8c6GkVthVN/?lang=pt>. Acesso em: 22 nov 2021.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, JG. *et al.* Advocacia do paciente na enfermagem: barreiras, facilitadores e possíveis implicações. **Texto contexto - enferm.** v. 26, n. 3, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/0104-0707201700010001. Disponível em:< https://www.scielo.br/j/tce/a/w39pQW7Wvq9NqvrkcMSwfXw/?lang=pt>. Acesso em: 14 set. 2021.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, JG. *et al.* Adaptação transcultural e validação do instrumento Protective Nursing Advocacy Scale para enfermeiros brasileiros. Rev. Latino-Am. Enfermagem. v. 23, n. 4, p. 669-76, 2015. Disponível em:< https://www.scielo.br/j/rlae/a/h9w5mb9z8Rz8r4gmCmZGbDx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 nov. 2021.

VAN DE VIJVER. FJR. Test adaptations. The ITC International handbook of testing and assessment. **American Psychological Association,** New York, p. 364- 376, 2016. New York, NY: Oxford University Press. Disponível em: https://psycnet.apa.org/record/2016-34882-025. Acesso em: 07 set. 2021.

VARGAS, C.P. *et al.* Ações de advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas. **Rev. Esc. Enferm. USP,** v. 53, e03490, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018011703490. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/GmWYfQ8gp8369XDGCk7SYLy/?lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2021.

VARGAS, R.G.; SANTOS, L.P; Prevenção de lesão por pressão em UTI - aplicabilidade da Escala de Braden. **Rev. Pró-UniverSUS**. v. 10, n. 1, p. 162-165, 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/olive/Downloads/limarcondes,+1731.pdf>. Acesso em: 27 out. 2022.

VASCONCELOS, J.M.B.; CALIRI, M.H.L. Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva. **Esc. Anna Nery.** v. 21, n. 1, p. 1-9, 2017. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/ean/a/f66m674NhqxSCMhrFwy6DDR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 out. 2022

VIEIRA, P.A. Efetividade da implantação de protocolos de prevenção de lesões por pressão: revisão integrativa da literatura. [Dissertação] Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/11911/Tese%20mestrado%20finalizada.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 27 out. 2022.

VILAR, V.C.P.L., DUARTE, S.C.M., MARTINS, M. Segurança do paciente no cuidado hospitalar: uma revisão sobre a perspectiva do paciente. **Cad. Saúde Pública,** v. 36, n.12, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00223019. Disponível em:< https://www.scielo.br/j/csp/a/Yj4QxnXJJxJbsVhrrrCQwQr/?lang=pt>. Acesso em 21 out. 2022.

XAVIER, P.B. *et al*. A atuação do enfermeiro na prevenção de lesões por pressão em unidade de terapia intensiva: revisão crítica da literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7, e24311730045, 2022. Disponível em:< https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/30045/25828>. Acesso em: 11 out. 2022.

WALLER, A. *et al.* Nurses perspectives on healthcare errors in oncology care: A cross-sectional study. **Eur J. Oncol Nurs**, v. 45, 2020. DOI: 10.1016/j.ejon.2020.101741. Disponível em: < https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32163860/>. Acesso em: 19 set. 2022.

WEBER, M.L. *et al.* Prática de enfermagem baseada em evidências e suas implicações no cuidado: uma revisão integrativa. **Rev. Enfermagem Atual In Derme**, v. 90, n. 28, 2019. Disponível em:< file:///C:/Users/olive/Downloads/katiasimoes2018,+529-Outros-1665-1-2-20190928(1)%20(1).pdf>. Acesso em: 29 out. 2022.

WILD, D. *et al*. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. **Value Health**. v. 8, n. 2, p. 94-104, 2005. Disponível

em:<
https://www.researchintorecovery.com/files/PRINCIPLES%20OF%20GOOD%20PRACTICE%20FOR%20TRANSLATION.pdf>. Acesso em: 09 mai. 2022.

WILSON, F.R.; PAN, W.; SCHUMSKY, D.A. Recalculation of the Critical Values for Lawshe's Content Validity Ratio. **Measur. Evaluat. Couns. Develop**., [s.l.], v. 45, n. 3, p. 197–210, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Conceptual framework for the international classification for patient safety. Version 1.1. **Final Technical Report.** 2009. Disponível em< https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_eng.pdf>. Acesso em: 19 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Patient Safety Action Plan 2021-2030**. **Towards eliminating avoidable harm e health care**. 2021. Disponível em<file:///C:/Users/olive/Downloads/9789240032705-eng.pdf >. Acesso em: 04 fev. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient safety research: introductory course.** 2012. Disponível em< https://www.who.int/pt/teams/integrated-health-services/patient-safety/guidance/patient-safety-research-course>. Acesso em: 20 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance**. 2020. Geneva: World Health Organization. Disponível em:<>. Acesso em: 04 jun. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals.** 2016. Disponível em:< file:///C:/Users/olive/Downloads/9789241565264_eng.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2021.

ZAMBON, L.S. Segurança do paciente em terapia intensiva: caracterização de eventos adversos em pacientes críticos, avaliação de sua relação com mortalidade e identificação de fatores de risco para sua ocorrência [Tese] Universidade de São Paulo, p. 1-219, 2014. Disponível em:< https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5165/tde-04082014-085402/publico/LucasSantosZambon.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2021.

ZAMANZADEH, V. *et al*. Design and Implementation Content Validity Study: Developmentof an instrument for measuring Patient-Centered **Communication.J.Caring Sci.**,[s.l.], v. 4, n. 2, p. 165-178, 2015. Disponível em:<http://10.15171/jcs.2015.017>. Acesso em: 15 set. 2022.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos especialistas na Fase de Revisões Independentes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Caro(a) Senhor(a):
Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa "VERSÃO BRASILEIRA DO INSTRUMENTO EVENTOS ADVERSOS ASSOCIADOS ÀS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM".
Este termo chega até você por e-mail, destacamos que a sua participação é voluntária e se dará por meio de formulário virtual, sem nenhum custo para ambas as partes.
A pesquisa contará com etapas não presenciais para o processo de adaptação transcultural que consiste na revisão por um grupo de especialistas sobre o conteúdo já traduzido para o idioma português do Brasil.
Têm-se como objetivo geral realizar a adaptação transcultural e a validação do questionário Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem para a língua portuguesa do Brasil; e os objetivos específicos são: Proceder à adaptação transcultural do questionário Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem para a língua portuguesa do Brasil; Validar a versão adaptada dos Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem por enfermeiros de instituições hospitalares brasileiras; Disponibilizar uma ferramenta para mensurar os Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem.
Antes de iniciar é importante que leia atentamente as informações abaixo:
Por se tratar de TCLE em página WEB, e sem a possibilidade de assinatura física, ao clicar no botão Sim, o(a) Senhor(a) concorda em participar da pesquisa nos termos deste TCLE. Todavia, caso tenha a possibilidade de imprimir e assinar este termo disponibilizamos abaixo um campo para sua assinatura. Caso não concorde em participar, apenas feche essa página no seu navegador.

Durante a pesquisa, o participante poderá ter riscos emocionais ao sentir desconforto mediante questionamentos e respostas a serem dadas, portanto, anteriormente ao iniciar a pesquisa, ele poderá solicitar ao pesquisador responsável uma prévia dos tópicos que serão abordados. Diante disso, poderá optar por continuar respondendo, ou não, se assim desejar. De toda forma a pesquisadora compromete-se com a discrição ética, de forma a não comprometer o participante, além de disponibilizar- se para responder quaisquer dúvidas a respeito de determinadas perguntas.

Quanto aos benefícios, a partir desta pesquisa será possível através de sua contribuição uma ampliação do conhecimento científico na área de estudo e que poderá beneficiar diversos pacientes promovendo melhorias nas práticas assistenciais a partir do gerenciamento de fatores que comprometem a segurança do paciente na ocorrência de eventos adversos.
Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Conforme prevê a resolução 510/2016 em seu Art. 2 "O participante da pesquisa que vier a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Registro de Consentimento Livre e Esclarecido, tem direito a assistência e a buscar indenização."
Todas as informações concedidas serão utilizadas somente para esta pesquisa. Ressalto que você não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa, que a qualquer momento poderá recusar a continuar participando da mesma e que também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo e posteriormente lhe será enviado um

documento com a ciência do pesquisador responsável sobre o interesse em retirar o seu consentimento.
Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos e, após esse tempo, serão destruídos.

Você poderá ter acesso a pesquisadora Cintia Silva Fassarella pelo telefone (21) 97960-1978 ou pelo e-mail: cintiafassarella@gmail.com. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, poderá entrar em contato com o CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA, AV. VINTE E OITO DE SETEMBRO, nº77 - CePeM - Centro de Pesquisa Clínica Multiusuário - 2º andar/sala 28, prédio anexo ao Hospital Universitário Pedro Ernesto, Telefone: 21 2868-8253 - E-mail.: cep@hupe.uerj.br. Atendimento ao público de segunda-feira a sexta-feira das 13:00-16:00h

Após finalizar sua participação você receberá em seu e-mail uma cópia deste termo, com a assinatura da pesquisadora como comprovação de nosso compromisso ético com a pesquisa.

Acordando com esse Termo de Consentimento, você autoriza o(a) pesquisador(a) a utilizar os dados coletados em ensino, pesquisa e publicação, estando a sua identidade preservada.

Reforçamos que por se tratar de TCLE em página WEB, ao clicar no botão □ Sim, o(a) Senhor(a) concorda em participar da pesquisa nos termos deste TCLE. Caso tenha a possibilidade de imprimir e assinar este termo disponibilizamos abaixo um campo para sua assinatura. Caso não concorde em participar, apenas feche essa página no seu navegador.

Você concorda com o termo acima?
□ Sim □ Não

CONSENTIMENTO

Eu, _____ li e concordo em participar da pesquisa.

Assinatura do(a) participante	Data: ___/___/_____

Eu, _____ obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do(a) participante da pesquisa.

Assinatura do(a) pesquisador(a)	Data: ___/___/_____

APÊNDICE B - Carta de ciência a coordenadora de Enfermagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto

CARTA DE CIÊNCIA AO SERVIÇO

De: Cintia Silva Fassarella

Para: Coordenadora de Enfermagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto

Prezada Enf°. Rejane Araújo de Souza,

Venho por meio desta carta, solicitar autorização para realização da pesquisa intitulada: "Versão brasileira do instrumento Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem", a ser realizada nos serviços de internamento (clínica médica e cirúrgica) do Hospital Universitário Pedro Ernesto, com os profissionais enfermeiros que realizam atividades assistências com os clientes/usuários internados. Trata-se de um estudo no âmbito do Mestrado de Enfermagem, dentro de um projeto maior liderado pela Prof°. Dr° Cintia Silva Fassarella (pesquisadora principal e orientadora) com participação da enfermeira mestranda Ninive Pita Gomes de Oliveira (pesquisadora assistente). Os objetivos da pesquisa são: Realizar a adaptação transcultural e a validação do questionário Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE) para a língua portuguesa do Brasil; Proceder à adaptação transcultural do questionário EAAPE para a língua portuguesa do Brasil; Validar a versão adaptada dos EAAPE aos enfermeiros de instituições hospitalares; Disponibilizar uma ferramenta para mensurar os EAAPE, mediante a aplicação do instrumento referido para avalição e posterior realização de uma entrevista composta por 9 perguntas. A coleta de dados será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) desta instituição e após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo participante.

( ) Concordo com os termos expostos Data: 24/10/2021

Prof.ª Dr.ª Cintia Fassarella
Enfermeira
COREN-RJ 93720

Cintia Silva Fassarella

Rejane Araújo de Souza
Enfermeira COREN-RJ 41259
Coordenadora de Enfermagem
Rejane Araújo de Souza

APÊNDICE C - Carta de ciência à coordenação do Serviço de Enfermagem Clínica do Hospital Universitário Pedro Ernesto

CARTA DE CIÊNCIA AO SERVIÇO

De: Cintia Silva Fassarella

Para: Coordenadora do Serviço de Enfermagem Clínica do Hospital Universitário Pedro Ernesto

Prezada Enfª. Mônica Oliveira Duarte Martins,

Venho por meio desta carta, solicitar autorização para realização da pesquisa intitulada: "Versão brasileira do instrumento Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem", a ser realizada nos serviços de clínica médica do Hospital Universitário Pedro Ernesto, com os profissionais enfermeiros que realizam atividades assistências com os clientes/usuários internados. Trata-se de um estudo de conclusão do curso do programa de Pós-graduação/ Mestrado de Enfermagem, dentro de um projeto maior liderado pela Profª. Drª Cintia Silva Fassarella (pesquisadora principal e orientadora) com participação da enfermeira mestranda Ninive Pita Gomes de Oliveira (pesquisadora assistente). Os objetivos da pesquisa são: Realizar a adaptação transcultural e a validação do questionário Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE) para a língua portuguesa do Brasil; Proceder à adaptação transcultural do questionário EAAPE para a língua portuguesa do Brasil; Validar a versão adaptada dos EAAPE aos enfermeiros de instituições hospitalares; Disponibilizar uma ferramenta para mensurar os EAAPE, mediante a aplicação do instrumento referido para avalição e posterior realização de uma entrevista composta por 9 perguntas. A coleta de dados será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) desta instituição e após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo participante.

(x) Concordo com os termos expostos Data: 24/10/2021

Profª Drª Cintia Fassarella
Enfermeira
COREN - RJ 93720

Cintia Silva Fassarella

Mônica O. Duarte Martins
Enfermeira COREN-RJ 55063
Chefe do Serviço Enf. Clínica
Mat: 31.429-4/TO: 2578734-9

Mônica Oliveira Duarte Martins

APÊNDICE D - Carta de ciência à coordenação do Serviço de Enfermagem Cirúrgica do Hospital Universitário Pedro Ernesto

CARTA DE CIÊNCIA AO SERVIÇO

De: Cintia Silva Fassarella

Para: Coordenador do Serviço de Enfermagem Cirúrgica do Hospital Universitário Pedro Ernesto

Prezado Enf. Reginaldo Paulino da Costa,

Venho por meio desta carta, solicitar autorização para realização da pesquisa intitulada: "Versão brasileira do instrumento Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem", a ser realizada nos serviços de clínica cirúrgica do Hospital Universitário Pedro Ernesto, com os profisssionais enfermeiros que realizam atividades assistências com os clientes/usuários internados. Trata-se de um estudo de conclusão do curso do programa de Pós-graduação/ Mestrado de Enfermagem, dentro de um projeto maior liderado pela Profª. Drª Cintia Silva Fassarella (pesquisadora principal e orientadora) com participação da enfermeira mestranda Ninive Pita Gomes de Oliveira (pesquisadora assistente). Os objetivos da pesquisa são: Realizar a adaptação transcultural e a validação do questionário Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE) para a língua portuguesa do Brasil; Proceder à adaptação transcultural do questionário EAAPE para a língua portuguesa do Brasil; Validar a versão adaptada dos EAAPE aos enfermeiros de instituições hospitalares; Disponibilizar uma ferramenta para mensurar os EAAPE, mediante a aplicação do instrumento referido para avalição e posterior realização de uma entrevista composta por 9 perguntas. A coleta de dados será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) desta instituição e após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo participante.

( ) Concordo com os termos expostos

Data: 24/10/2021

Profª Drª Cintia Fassarella
Enfermeira
COREN - RJ 93720

Cintia Silva Fassarella

Reginaldo Paulino da Costa
Chefe do Serv. Enf. Cirúrgica
COREN-RJ 45602 HUPE/UERJ
Matr. 30231-5/ID. 2564664-0

Reginaldo Paulino da Costa

APÊNDICE E - Carta de ciência à coordenação do Serviço de Enfermagem de Terapias Intensivas do Hospital Universitário Pedro Ernesto

CARTA DE CIÊNCIA AO SERVIÇO

De: Cintia Silva Fassarella

Para: Coordenadora do Serviço de Enfermagem de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Pedro Ernesto

Prezada Enfa. Lenir Fagundes,

Venho por meio desta carta, solicitar autorização para realização da pesquisa intitulada: "Versão brasileira do instrumento Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem", a ser realizada nos serviços de terapia intensiva do Hospital Universitário Pedro Ernesto, com os profissionais enfermeiros que realizam atividades assistências com os clientes/usuários internados. Trata-se de um estudo de conclusão do curso do programa de Pós-graduação/ Mestrado de Enfermagem, dentro de um projeto maior liderado pela Profª. Drª Cintia Silva Fassarella (pesquisadora principal e orientadora) com participação da enfermeira mestranda Ninive Pita Gomes de Oliveira (pesquisadora assistente). Os objetivos da pesquisa são: Realizar a adaptação transcultural e a validação do questionário Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE) para a língua portuguesa do Brasil; Proceder à adaptação transcultural do questionário EAAPE para a língua portuguesa do Brasil; Validar a versão adaptada dos EAAPE aos enfermeiros de instituições hospitalares; Disponibilizar uma ferramenta para mensurar os EAAPE, mediante a aplicação do instrumento referido para avalição e posterior realização de uma entrevista composta por 9 perguntas. A coleta de dados será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) desta instituição e após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo participante.

( ) Concordo com os termos expostos Data: 29/10/2021

Profª Drª Cintia Fassarella
Enfermeira
COREN - RJ 99720

Cintia Silva Fassarella

Lenir Fagundes de Arns Hirabae Data: 26/10/2021

Lenir Fagundes

Leni F. A. Hirabae
Enfermeira
Coren: E40339
Mat. 30864-1 ID. 2071845

APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes na Fase de Pré Teste

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – MAIORES DE IDADE

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa **"**Versão brasileira do instrumento Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)", realizada no âmbito do programa de pós-graduação de enfermagem/mestrado em enfermagem (UERJ), com os profissionais enfermeiros que atuam nos setores de internamento (área clínica e cirúrgica) e que diz respeito a uma dissertação de mestrado da aluna Nínive Pita Gomes de Oliveira.

1.OBJETIVO: Os objetivos do estudo são: Realizar a adaptação transcultural e a validação do questionário EAAPE para a língua portuguesa do Brasil; Proceder à adaptação transcultural do questionário EAAPE para a língua portuguesa do Brasil; Validar a versão adaptada dos EAAPE aos enfermeiros de instituições hospitalares; Disponibilizar uma ferramenta para mensurar os EAAPE.

2. PROCEDIMENTOS: a sua participação consistirá em responder a um instrumento autoaplicável intitulado Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem, contendo 53 questões afirmativas relacionadas aos indicadores de processo de cuidados e resultados (risco e ocorrência de evento adverso) distribuídos em seis domínios. O instrumento compõe ainda dois itens de percepção geral sobre ocorrência de eventos adversos. Os itens são graduados através da escala Likert, em 5 opções de resposta, de 1 (discordo fortemente ou nunca) a 5 (concordo fortemente ou sempre). Após a aplicação do instrumento será realizado uma entrevista composta por 57 perguntas baseadas na compreensão e entendimento do participante sobre o instrumento. A entrevista será gravada através da utilização de um aplicativo de celular, e posteriormente transcritas integralmente. Será garantido o sigilo sobre a sua identidade e informações pessoais.

3. POTENCIAIS RISCOS E BENEFÍCIOS: Toda pesquisa oferece algum tipo de risco. Nesta pesquisa, o risco pode ser avaliado como mínimo, isto é, o participante pode apresentar risco psíquico/emocional relacionado a algum tipo de desconforto ou constrangimento ao responder a uma ou mais questões. Objetivando minimizar esses riscos, a pesquisadora compromete-se a interromper a coleta de dados e fornecer acolhimento e escuta ativa. Não haverá benefícios diretos previstos para você no presente estudo e você não será remunerado por sua participação. Se você concordar em participar da pesquisa, é necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes dessa pesquisa. Por outro lado, são esperados como benefícios da participação na pesquisa, que sua contribuição colabore para ampliação do conhecimento científico na área de estudo que poderá beneficiar diversos pacientes promovendo melhorias nas práticas assistenciais a partir do gerenciamento de fatores que comprometem a segurança do paciente na ocorrência de eventos adversos.

4. GARANTIA DE SIGILO: os dados da pesquisa serão publicados/divulgados em livros e revistas científicas. Asseguramos que a sua privacidade será respeitada e o seu nome ou qualquer informação que possa, de alguma forma, o (a) identificar, será mantida em sigilo. A pesquisadora responsável se compromete a manter os dados da pesquisa em arquivo, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa.

5. LIBERDADE DE RECUSA: a sua participação neste estudo é voluntária e não é obrigatória. Você poderá se recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar. Se desejar sair da pesquisa você não sofrerá qualquer prejuízo.

6. CUSTOS, REMUNERAÇÃO E INDENIZAÇÃO: a participação neste estudo não terá custos adicionais para você. Também não haverá qualquer tipo de pagamento devido a sua participação no estudo. Fica garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, nos termos da Lei.

7. ESCLARECIMENTOS ADICIONAIS, CRÍTICAS, SUGESTÕES E RECLAMAÇÕES: você receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficará com a pesquisadora. Caso você concorde em participar, as páginas serão rubricadas e a última página será assinada por você e pela pesquisadora. A pesquisadora garante a você livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências. Você poderá ter acesso a pesquisadora Cintia Silva Fassarella pelo telefone (21) 97960-1978 ou pelo e-mail: cintiafassarella@gmail.com. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, poderá entrar em contato com o CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA, AV. VINTE E OITO DE SETEMBRO, nº77 - CePeM - Centro de Pesquisa Clínica Multiusuário - 2º andar/sala 28, prédio anexo ao Hospital Universitário Pedro Ernesto, Telefone: 21 2868-8253 - E-mail.: cep@hupe.uerj.br. Atendimento ao público de segunda-feira a sexta-feira das 13:00-16:00h

CONSENTIMENTO

Eu, _____ li e concordo em participar da pesquisa.

Assinatura do(a) participante	Data: ___/___/_____

Eu, _____ obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do(a) participante da pesquisa.

Assinatura do(a) pesquisador(a)	Data: ___/___/_____

APÊDICE G - Termo de Autorização de Gravação de Voz

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu, _____, depois de entender os riscos e os benefícios com a pesquisa, intitulada "Versão Brasileira do Instrumento Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE), poderá trazer, e entender principalmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação da minha entrevista, AUTORIZO, por meio deste termo, os pesquisadores, Cintia Silva Fassarella e Ninive Pita Gomes de Oliveira, a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte. Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:
1. poderei ler a transcrição da minha entrevista; 2. Os dados coletados serão coletados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais; 3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas; 4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização; 5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade da pesquisadora coordenadora de pesquisa, e após esse período, serão destruídos e; 6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e /ou solicitar a posse da gravação e transcrição da minha entrevista.

Contatos:
Pesquisadora Responsável: Prof.ª Drª. Cintia Silva Fassarella
Tel.: (21) 97960-1978
E-mail: cintiafassarella@gmial.com

Pesquisadora (Equipe): Ninive Pita Gomes de Oliveira
Tel.: (21) 98120-2800
E-mail: ninivepitagomes@gamil.com

Caso você tenha dificuldade de entrar em contato com a pesquisadora principal, comunique o fato a Comissão de Ética e Pesquisa do HUPE. Boulevard 28 de setembro. Térreo. Tels.: 2868-8253. E-mail. Cep-hupe@uerj.br.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Rio de Janeiro, _____ de _____de 2022.

APÊNDICE H - Roteiro de entrevista estruturado

Identificação (Dados sociodemográficos)
Data: / / Entrevista nº:_____

Dados Pessoais:

Idade: ____ Sexo: _____

Etnia declarada:_____ Nível escolaridade:_____

Profissão:

Área/ Serviço atuante na instituição: _____

Tempo de experiência na profissão:_____

Tempo de experiência no serviço:_____

Tempo de experiência na instituição:_____

Instrumento:

Tempo para preenchimento do instrumento:_____

Itens com relato de dificuldade:_____

Sugestões para aprimoramento do conteúdo:_____

<u>Roteiro da entrevista estruturado</u>

1ª Parte

Perguntas gerais

1. Como você se sentiu ao responder o instrumento?

2. Você considera que ele pode auxiliar na investigação/determinação dos indicadores de processo de cuidados e resultados nos Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem?

2ª Parte

Perguntas específicas

1. Por favor, leia o item 1. Como você se sente ao ler essa afirmação?
2. Sobre o item 2, o que você pode dizer sobre ele?

3. Sobre a afirmação do item 3, o que você compreende dela?
4. A informação do item 4, o que você entende sobre ele?
5. O que você sente sobre o item 1 do domínio 2?
6. Como você descreveria a afirmação do item 2 do domínio 2?
7. Sobre o item 3 do domínio 2, o que você pode dizer sobre ele?
8. Você pode falar sobre a afirmação do item 4 do domínio 2?
9. Por favor, leia o item 5 do domínio 2. Como você se sente ao ler essa afirmação?
10. Sobre o item 6 do domíno 2, o que você pode me dizer sobre ele?
11. O item 7 do domínio 2, qual o seu sentimento ao lê-lo?
12. O domínio 3 traz algumas afirmações sobre quedas. Sobre o item 1 do domínio 3, o que você pode dizer sobre ele?
13. Como você pode descrever a afirmação do item 2 do domínio 3?
14. Sobre o item 3 do domínio 3, o que pode me dizer sobre ele?
15. A afirmação do item 4 do domínio 3, qual o seu sentimento ao lê-lo?
16. O item 5 do domínio 3, o que você dizer sobre ele?
17. O domínio 4 apresenta afirmações sobre Úlceras de pressão. Sobre o item 1 desde domínio, o que você pode dizer sobre ele?
18. Ao ler o item 2 do domínio 4, o que você pensa sobre essa afirmação?
19. Você pode falar sobre a afirmação do item 3 do domínio 4?
20. Sobre a afirmação do item 4, o que você compreende dela?
21. Sobre o item 5 do domínio 4, o que ele remete a você?
22. O item 6 do domínio 4, qual o seu sentimento ao lê-lo?
23. O item 7 presente no domínio 4, o que diz essa afirmação para você?
24. O que você compreende sobre o item 8 do domínio Úlceras de pressão?
25. Você pode descrever o que pensa sobre o item 9 do domínio 4?
26. Medicação é o tema do domínio 5. Sobre o primeiro intem deste domínio, o que você pode dizer sobre ele?
27. O item 2 do domínio medicação, representa o que para você?
28. Sobre o item 1 do domínio 5 a, qual o seu pensamento a respeito dessa afirmação?
29. Ao ler o item 2 do domínio 5 a, o que você pensa sobre isso?
30. O item 3 do domínio 5 a, o que você pode dizer sobre isso?

31. Sobre o item 4 do domínio 5 a, o que essa afirmação diz a você?
32. Você pode dizer o que compreende do item 5 do domínio 5 a?
33. Sobre a afirmação do item 6 do domínio 5 a, o que você compreende dela?
34. O domínio 5 b ainda fala sobre medicação, o item 1 deste domínio remete o que à você?
35. O item 2 do domínio 5b, qual seu pensamento sobre essa afirmação?
36. Sobre o item 3 do domínio 5 b,o que pode dizer sobre ele?
37. Reflita sobre o item 4 do domínio 5 b, o que você pensa sobre a essa afirmação?
38. Sobre o item 5 do domínio 5 b, o que essa afirmação diz a você?
39. O item 6 do domínio 5 b, remete que pensamento à você?
40. O que você compreende do item 7 do domínio 5 b?
41. O domínio 5c apresenta o item 1, o que você entende sobre essa afirmação?
42. Sobre o item 2 do domínio 5 c, o que você pensa sobre ele?
43. O domínio 6 aborda sobre Infecção associada aos cuidados de saúde. O que você sente ao ler a afirmação do item 1?
44. O item 2 do domínio 6 representa o que para você?
45. Sobre o item 3 do domínio 6, qual sua compreensão o primeiro sub item?
46. Sobre o item 3 do domínio 6, qual sua compreensão o segundo sub item?
47. Sobre o item 3 do domínio 6, qual sua compreensão o terceiro sub item?
48. Você pode falar sobre a afirmação do item 4 do domínio Infecção associada aos cuidados de sáude?
49. Ao ler o item 5 do domínio 6, o que você pensa sobre isso?
50.Sobre o item 6 do domínio 6, o que você pode dizer sobre isso?
51.O que você pensa sobre o item 7 do domínio 6?
52.Sobre o item 8 do domínio 6 o que você entende dessa afirmaçã?
53. O item 9 do domínio 6, representa o que para você?
54. O domínio 7 fala sobre Percepção. O que você entende do item 1 desde domínio?
55. O item 2 do domínio percepção, representa o que para você?

APÊNDICE I - Parecer Consubstanciado do CEP

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PEDRO ERNESTO/UERJ

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Versão brasileira do instrumento Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)
Pesquisador: Cintia Silva Fassarella
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 54090421.4.0000.5259
Instituição Proponente: Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.189.974

Apresentação do Projeto:
Transcrição editada do conteúdo registrado do Protocolo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO número xxxxxx, intitulado "Versão brasileira do instrumento Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)". Trata-se de um estudo psicométrico, que irá avaliar as principais propriedades de medida da psicometria, como a validade e a confiabilidade de um instrumento. Pesquisas com esse tema como escopo, afirmam que para um instrumento ser considerado útil, é necessário que boas evidências de propriedades psicométricas sejam por ele apresentadas.O estudo apresenta-se também como um estudo de método misto, pois se refere ao desenvolvimento e realização de procedimentos de validação de uma ferramenta de avaliação em saúde por meio de técnicas quantitativas e qualitativas simultâneas.

Objetivo da Pesquisa:
Transcrição integral do conteúdo registrado do Protocolo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO número xxxxxx, intitulado "Versão brasileira do instrumento Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)"Objetivo Primário: Realizar a adaptação transcultural e a validação do questionário Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem para a língua portuguesa do Brasil.
Objetivo Secundário:

Endereço: Av. 28 de setembro, nº77 - CePeMI - Centro de Pesquisa Clínica Multiusuário - 2º andar/sala nº 28 - prédio
Bairro: Vila Isabel **CEP:** 20.551-030
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2868-8253 **E-mail:** cep@hupe.uerj.br

APÊNDICE J - Parecer Consubstanciado do CEP (Adendo)

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PEDRO ERNESTO/UERJ

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Versão brasileira do instrumento Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)
Pesquisador: Cintia Silva Fassarella
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 54090421.4.0000.5259
Instituição Proponente: Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.655.953

Apresentação do Projeto:
Emenda para aprovação de documentação e alteração de informações relativas ao protocolo.

Objetivo da Pesquisa:
Emenda para aprovação de documentação e alteração de informações relativas ao protocolo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Emenda para aprovação de documentação e alteração de informações relativas ao protocolo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Justificativa da Emenda:
Após refazer uma revisão atualizada na literatura internacional disponível, foi detectada a necessidade de solicitar aos especialistas que participarão da etapa de Revisões Independentes do estudo, seu consentimento formal por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Os documentos enviados a este Comitê estão dentro das boas práticas em pesquisa e

Endereço: Av. 28 de setembro, nº77 - CePeMI - Centro de Pesquisa Clínica Multiusuário - 2º andar/sala nº 28 - prédio
Bairro: Vila Isabel **CEP:** 20.551-030
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2868-8253 **E-mail:** cep@hupe.uerj.br

APÊNDICE K - Orçamento da pesquisa

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO

Data: 04 de outubro de 2021

ORÇAMENTO DE PROJETO DE PESQUISA

Nome do Projeto: *Versão Brasileira do Instrumento Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE)*

Pesquisadora responsável: Cintia Silva Fassarella
Pesquisadora assistente: Nínive Pita Gomes de Oliveira

Instituição/Unidade/Departamento: HUPE/UERJ
Fonte (Instituição): UERJ

	VALOR US$	VALOR R$
MATERIAL PERMANENTE		**--**
MATERIAL DE CONSUMO		**450,00**
SERVIÇOS DE TERCEIROS		**700,00**
HONORÁRIO DO PESQUISADOR		**--**
DESPESAS COM PARTICIPANTES DA PESQUISA		**--**
OUTROS: Deslocamento do pesquisador		**400**
TOTAL		**1550,00**

Assinatura do pesquisador:

ANEXO A - Declaração de artigo científico aceito para publicação em periódico nacional

atlântica editora	Convergences Editorial Rua Tomaz Maia, 458 56330-065 Petrolina PE www.convergenceseditorial.com.br

Petrolina, 24 de janeiro de 2023.

D E C L A R A Ç Ã O

Declaramos que recebemos o artigo **"Ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem: revisão integrativa"** dos autores Nínive Pita Gomes de Oliveira, Cintia Silva Fassarella, Cristiane Helena Gallasch, Flávia Giron Camerini, Danielle de Mendonça Henrique, Sara Maria Oliveira Pinto. O artigo foi avaliado e aceito pelo corpo editorial da revista Enfermagem Brasil e será publicado nas próximas edições.

Atenciosamente,

Dr. Jean-Louis Peytavin, editor
Guillermina Arias, editor

ANEXO B - Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE) – (Instrumento original Portugal)

Instruções de preenchimento

Considere serviço/unidade de trabalho o serviço ou departamento do hospital onde trabalha habitualmente.

Leia atentamente os enunciados e em cada um assinale apenas um ponto da escala, **preenchendo a bolinha**.

2. A **segurança do doente** é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde.

Indique, por favor, a frequência em que acontece cada uma das situações: **No meu serviço/ unidade …**	**Nunca**	**Raramente**	**Algumas vezes**	**Frequentemente**	**Sempre**
1-Vigilância/Julgamento clínico					
1. Os doentes são adequadamente vigiados	○	○	○	○	○
2. As alterações do estado clínico são oportunamente detectadas	○	○	○	○	○
3. Existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por défice de vigilância	○	○	○	○	○
4. Existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por julgamento clínico inadequado	○	○	○	○	○
2 – Advocacia					
1. Os enfermeiros assumem-se como verdadeiros "advogados" dos interesses do doente e família	○	○	○	○	○
2. Os enfermeiros questionam a prática de outros profissionais quando está em causa o interesse do doente	○	○	○	○	○
3. Os enfermeiros respeitam a privacidade do doente	○	○	○	○	○
4. Os enfermeiros respeitam a confidencialidade do doente	○	○	○	○	○
5. Os enfermeiros delegam funções de enfermagem noutros profissionais menos preparados	○	○	○	○	○
6. Existe risco de agravamento/complicações no estado do doente por falhas na defesa dos interesses do doente.	○	○	○	○	○
7. Existe risco de agravamento/complicações no estado do doente por delegação de funções de enfermagem em pessoal menos preparado	○	○	○	○	○
3 - Quedas					
1. O risco de quedas é avaliado em todos os doentes, de acordo com protocolo instituído.	○	○	○	○	○
2. Os procedimentos de prevenção de quedas são ajustados tendem em consideração a avaliação do risco	○	○	○	○	○
3. A vigilância do doente é ajustada ao risco avaliado	○	○	○	○	○
4. Existe risco de ocorrência de quedas de doentes	○	○	○	○	○
5. Ocorrem quedas de doentes	○	○	○	○	○
4- Úlceras de pressão					
1. No início do internamento é realizada uma avaliação clínica global (grau de mobilidade, incontinência urinária/fecal, alterações da sensibilidade, alterações do estado de consciência, doença vascular, estado nutricional).	○	○	○	○	○
2. É realizada a inspecção periódica da pele em áreas de risco ou de úlceras prévias	○	○	○	○	○
3. São utilizadas escalas de estratificação do risco (escalas de Braden e/ou de Norton)	○	○	○	○	○
4. São implementadas medidas preventivas ajustadas aos factores de risco	○	○	○	○	○

5. Os cuidados gerais à pele são adequados às necessidades identificadas	○	○	○	○	○
6. O suporte nutricional é ajustado às necessidades	○	○	○	○	○
7. Os reposicionamentos são ajustados às necessidades	○	○	○	○	○
8. Existe o risco de ocorrência de úlceras de pressão	○	○	○	○	○
9. Ocorrem úlceras de pressão	○	○	○	○	○
5 - Medicação	**Nunca**	**Raramente**	**Algumas vezes**	**Frequentemente**	**Sempre**
1. Existe o risco de ocorrência de erros de medicação	○	○	○	○	○
2. Ocorrem erros de medicação	○	○	○	○	○
5.A. Ocorrem erros na preparação da medicação por:					
1. Existirem medicamentos com rótulo e embalagem semelhantes	○	○	○	○	○
2. Existirem muitos medicamentos no mesmo horário	○	○	○	○	○
3. A farmácia enviar o medicamento errado	○	○	○	○	○
4. O medicamento não estar disponível em tempo oportuno	○	○	○	○	○
5. O enfermeiro ser interrompido durante a actividade	○	○	○	○	○
6. Distracção do enfermeiro	○	○	○	○	○
5.B- Ocorrem erros na administração da medicação por:					
1. Falhas na comunicação sobre mudanças na acomodação dos doentes (troca de cama)	○	○	○	○	○
2. Falhas na comunicação médico/enfermeiro sobre alterações na prescrição médica	○	○	○	○	○
3. Falhas na comunicação (prescrição médica oral ou por telefone)	○	○	○	○	○
4. Falhas na comunicação (ausência de registo da administração anterior)	○	○	○	○	○
5. Incorrecta identificação do medicamento preparado	○	○	○	○	○
6. Incumprimento dos procedimentos de identificação do doente	○	○	○	○	○
7. Falhas na execução da técnica de administração	○	○	○	○	○
5.C Vigilância da medicação					
1. Ocorrem falhas na vigilância dos ritmos das perfusões	○	○	○	○	○
2. Ocorrem falhas na vigilância dos efeitos da medicação	○	○	○	○	○
6- Infeção associada aos cuidados de saúde (IACS)					
1. Existe risco de ocorrerem infecções (IACS)	○	○	○	○	○
2. Ocorrem infecções (IACS)	○	○	○	○	○
3. A Higienização das mãos realiza-se:					
1. Antes e após o contacto com o doente	○	○	○	○	○
2. Antes de procedimentos que exijam assepsia	○	○	○	○	○
3. Após o contacto com sangue e fluidos corporais	○	○	○	○	○
4. Os Equipamento de Protecção Individual (EPI) são seleccionados e ajustados aos procedimentos a realizar	○	○	○	○	○

5. Na manipulação de material corto/perfurante são evitados procedimentos inadequados, nomeadamente dobrar ou recapsular agulhas, após a sua utilização	○	○	○	○	○
6. Os objectos cortam/perfurantes (agulhas, lâminas de bisturi, etc.) são acondicionados em contentores rígidos, localizados próximo da realização do procedimento	○	○	○	○	○
7. A acomodação dos doentes realiza-se de acordo com a susceptibilidade imunológica e condição clínica do doente (ex. isolamento de acordo com as necessidades)	○	○	○	○	○
8. Os resíduos hospitalares são objecto de tratamento apropriado, consoante o grupo a que pertencem	○	○	○	○	○
9. A roupa suja é triada junto do local de proveniência, acondicionada em saco próprio e transportada para a lavandaria em carro fechado	○	○	○	○	○

7 - Perceção Geral (no meu serviço)					
1. A ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem compromete a segurança do doente	○	○	○	○	○
2. Os eventos adversos associados às práticas de enfermagem podiam ser evitados	○	○	○	○	○

ANEXO C - Consentimento da autora original para adaptação transcultural do instrumento EAAPE para o contexto brasileiro

Amélia Castilho <afilomena@esenfc.pt> 4 de mar. de 2020 09:23

para cc-teixeira, roby_inter, thaisa, mim

Caros investigadores

Não tendo obtido resposta ao mail anterior, presumo que deram o vosso trabalho por terminado e não têm interesse em participar no estudo mais largado que permitirá a adaptação e validação cultural da escala EAAPE para Português do Brasil.
Sei que no vosso estudo fizeram uma adaptação linguística mas não tenho conhecimento que tenham feito o estudo de adaptação e validação transcultural.

Nesse sentido, informo que autorizei que esse trabalho seja prosseguido pela professora Cíntia Fassarella.

Caso queiram continuar a participar neste estudo deverão entrar em contacto com a professora Cíntia e articular-se com ela.

Estou grata pelo vosso interesse neste assunto e mantenho-me disponível para qualquer esclarecimento adicional.

Votos de muito sucesso.

Amélia Filomena Mendes Castilho
Rn, MSc em Gestão e Economia da Saúde, PhD em Ciências de Enfermagem
Professora Adjunta
Área Científica de Enfermagem Médico-cirúrgica
ESEnfC