



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUÁRIA E CONTABILIDADE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO E
CONTROLADORIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO E CONTROLADORIA

THOMAZ ZEFERINO VERAS COELHO JÚNIOR

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA *ESCALA*
***AXIOLÓGICA DE LA HOSPITALIDAD (EAH)* PARA LÍNGUA PORTUGUESA**
DO BRASIL

FORTALEZA

2022

THOMAZ ZEFERINO VERAS COELHO JÚNIOR

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA *ESCALA AXIOLÓGICA
DE LA HOSPITALIDAD (EAH)* PARA LÍNGUA PORTUGUESA DO BRASIL

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Administração e Controladoria da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre. Área de Concentração: Gestão organizacional.

Orientador: Prof. Dr. Augusto César de Aquino Cabral

FORTALEZA

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- J1a Júnior, Thomaz Zeferino Veras Coelho.
Adaptação transcultural e validação da Escala Axiológica de La Hospitalidad (eah) para língua portuguesa do Brasil / Thomaz Zeferino Veras Coelho Júnior. – 2022.
116 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade, Mestrado Profissional em Administração e Controladoria, Fortaleza, 2022.
Orientação: Prof. Dr. Augusto César de Aquino Cabral.
1. Hospitalidade em Saúde. 2. Adaptação Transcultural. 3. Validação de Escala. 4. Escala Axiológica de Hospitalidade. I. Título.

CDD 658

THOMAZ ZEFERINO VERAS COELHO JÚNIOR

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA *ESCALA AXIOLÓGICA DE LA HOSPITALIDAD (EAH)* PARA LÍNGUA PORTUGUESA DO BRASIL

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Administração e Controladoria da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.
Área de Concentração: Gestão organizacional.

Aprovado em 20/12/2021

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Augusto César de Aquino Cabral (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Sandra Maria dos Santos (1º membro)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Silvia Maria Dias Pedro Rebouças (2º membro)
Instituto Superior Manuel Teixeira Gomes (ISMAT – PT)

Prof.^a Dra. Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho (Suplente)
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Dedico essa dissertação à minha família!

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e pela oportunidade de aprimorar meus conhecimentos profissionais.

À minha família, que sempre me apoiou em todas as decisões.

Aos professores e aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Administração e Controladoria da UFC.

Ao Prof. Dr. Augusto César de Aquino Cabral, meu orientador, pelo acompanhamento e direcionamento durante a construção da dissertação.

Às professoras Sandra Maria dos Santos, Silvia Maria Dias Pedro Rebouças e Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho, pelas valiosas contribuições oferecidas durante a banca examinadora dessa dissertação.

RESUMO

A hospitalidade em saúde pode ser entendida como uma das expressões do cuidado percebida como um conjunto de características qualificadas, humanizadas e acolhedoras por meio de olhares abrangentes voltados para o ser humano. Apesar da relevância do tema, observa-se uma lacuna quanto a instrumentos específicos para mensuração desse constructo no Brasil. Apreendendo a importância de se avaliar a hospitalidade em serviço de saúde, almeja-se obter um instrumento confiável capaz de avaliar esse constructo, além de contribuir para a publicação de um instrumento que possa ser utilizado pelos profissionais de saúde para a promoção de um cuidado integral, seguro e humanizado. Esse estudo teve como objetivo realizar a adaptação transcultural e validação da *Escala Axiológica de la Hospitalidad* (EAH) para língua portuguesa do Brasil. Trata-se de uma pesquisa metodológica, desenvolvida em duas fases. As etapas seguidas foram Tradução Inicial, Síntese das traduções e *Back Translation* ou Retrotradução, revisão por um Comitê de Especialistas, pré-teste e validação de constructo. Inicialmente realizou-se processo de adaptação transcultural do instrumento, com participação de 9 juízes especialistas. Em seguida procedeu-se à validação da versão adaptada da EAH, mediante sua aplicação junto a uma amostra de 30 profissionais da área da saúde do Hospital Regional da Unimed Fortaleza – HRU. Na validação de conteúdo, todos apresentaram Índice de Validade de Conteúdo (IVC) satisfatórios no tocante às equivalências e clareza; o IVC total foi de 0,99 e a confiabilidade foi considerada excelente (Coeficiente de Correlação Intraclassa - CCI = 0,93). No pré-teste, a EAH-Brasileira demonstrou ser compreensível ao profissional de saúde, de fácil e rápido preenchimento. A validação do constructo foi realizada com 203 profissionais da saúde do referido hospital. Na validação de constructo, os testes expressaram a qualidade do ajuste pela proximidade do modelo conceitual, considerando os valores dos índices apresentados. A estrutura fatorial demonstrou que a versão brasileira da EAH é constituída por uma dimensão e manteve sua validade transcultural no modelo estruturado, assegurando, desta forma, sua efetividade e estabilidade. Conclui-se que a validade de conteúdo da EAH-Br resultou em um instrumento que operacionaliza o constructo Hospitalidade e os valores obtidos nesta etapa garantiram sua validade e confiabilidade.

Palavras-chave: Hospitalidade em Saúde; Adaptação Transcultural; Validação de Escala; Escala Axiológica de Hospitalidade.

ABSTRACT

Hospitality in health can be understood as one of the expressions of care perceived as a set of qualified, humanized, and welcoming characteristics through comprehensive views of the human being. Despite the relevance of the theme, there is a gap regarding specific instruments for measuring this construct in Brazil. Understanding the importance of assessing hospitality in health services, the aim is to obtain a reliable instrument capable of evaluating this construct, in addition to contributing to the publication of an instrument that can be used by health professionals to promote comprehensive, safe, and humanized care. This study aimed to carry out transcultural adaptation and validation of the Axiological Hospital Scale (EAH) for the Portuguese language of Brazil. It is methodological research, developed in two phases. The stages followed were Initial Translation, Synthesis of Translations and Back Translation or Back Translation, review by a Committee of Experts, pre-test, and construct validation (BEATON *et al.*, 2007). Initially, was carried out the instrument's transcultural adaptation process, with the participation of 9 expert judges. The next step was to the validation of the adapted version of the EAH, through its application to a sample of 30 professionals, from the health area of the Regional Hospital of Unimed Fortaleza - HRU. In the content validation, all presented satisfactory Content Validity Index (CVI) regarding equivalence and clarity; the total CVI was 0.99 and reliability was considered excellent (Intraclass Correlation Coefficient - ICC = 0.93). In the pre-test, the EAH-Brazilian demonstrated to be comprehensible to the health professional, of easy and fast filling. The validation of the construct was performed with 203 health professionals from the hospital. In the construct validation, the tests expressed the quality of the fit by the proximity of the conceptual model, considering the values of the indexes presented. The factorial structure demonstrated that the Brazilian version of EAH consists of one dimension and maintained its transcultural validity in the structured model, thus ensuring its effectiveness and stability. It is concluded that the content validity of EAH-Br resulted in an instrument that operated the Hospitality construct and the values obtained in this stage ensured its validity and reliability.

Keywords: Health Hospitality; Transcultural Adaptation; Scale Validation; Axiological Hospitality Scale.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Proposta metodológica de Beaton <i>et al.</i> (2007).....	26
Figura 2 - Fluxograma de descrição dos artigos, encontrados, excluídos e selecionados de acordo com cada base de dados.....	33
Figura 3 - Nuvem de palavras segundo a compreensão dos participantes sobre Hospitalidade.	66
Figura 4 - Diagrama de sedimentação obtido na Análise Paralela dos itens.....	69

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Itens e significados da EAH.....	21
Quadro 2 - Estratégias de busca, conforme base/portal de dados.....	32
Quadro 3 - Caracterização dos estudos quanto ao título, autores, ano, país de realização do estudo, participantes, tipo de estudo e nível de evidência.....	35
Quadro 4 - Modificações sugeridas pelos juízes na primeira rodada de validação de conteúdo.	51
Quadro 5 - Domínios e valores da Escala Axiológica de Hospitalidade (versão original e brasileira).....	55
Quadro 6 - Segunda versão brasileira da Escala Axiológica de Hospitalidade.....	56
Quadro 7 - Estimativas das importâncias e pontuação da Escala Axiológica da Hospitalidade.	57
Quadro 8 - Mudanças propostas pelos juízes na 2ª rodada de avaliação.....	59
Quadro 9 - Terceira versão brasileira da Escala Axiológica de Hospitalidade.....	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e acadêmica dos juízes da pesquisa.....	47
Tabela 2 - Caracterização profissional dos juízes da pesquisa.....	48
Tabela 3 - Índice de Validade de Conteúdo dos domínios, valores e instruções de preenchimento do instrumento.....	49
Tabela 4 - Índice de Validade de Conteúdo dos itens.....	50
Tabela 5 - Índice de Validade de Conteúdo da segunda rodada de avaliação segundo os critérios analisados pelos juízes.....	58
Tabela 6 - Caracterização sociodemográfica dos participantes do teste piloto.....	62
Tabela 7 - Caracterização profissional dos participantes do teste piloto.....	63
Tabela 8 - Dados relacionados à avaliação do instrumento pelo público-alvo.....	64
Tabela 9 - Avaliação da hospitalidade dos profissionais participantes do teste-piloto segundo a EAH.....	65
Tabela 10 - Caracterização dos participantes da validação de constructo da EAH-Br.....	67
Tabela 11 - Indicadores de dimensionalidade.....	69
Tabela 12 - Estrutura fatorial do modelo.....	71
Tabela 13 - Confiabilidade e correlação item-total do instrumento EAH-Br.....	72
Tabela 14 - Parâmetros psicométricos do modelo da EAH-Br.....	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
AGFI	<i>Adjusted Goodness of Fit Index</i>
BT1	<i>Back Translation 1</i>
BT2	<i>Back Translation 1</i>
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCI	Coeficiente de Correlação Intraclass
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFI	<i>Comparative Fit Index</i>
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COVID-19	Coronavírus
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DP	Desvio Padrão
EAH	<i>Escala Axiológica de la Hospitalidad</i>
EAH-Br	Versão Brasileira da <i>Escala Axiológica de la Hospitalidad</i>
ECV	<i>Explained Common Variance</i>
FC	Fidedignidade Composta
GFI	<i>Goodness of Fit Index</i>
GL	Graus de liberdade
HRU	Hospital Regional da Unimed
IC	Índice de Concordância
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
IVCd	<i>Scale-Level Content Validity Index, Average Calculation Method</i>
IVCi	<i>Level Content Validity Index</i>
IVCt	<i>Scale-Level Content Validity Index</i>
J	Juiz
KMO	<i>Kaiser-Meyer-Olkin</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
Md	Mediana
MEDLINE/PubMed	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online / National Library of Medicine</i>
MeSH	<i>Medical Subject Heading</i>

MIREAL	<i>Mean of Item Residual Absolute Loadings</i>
NNFI	<i>Non-Normed Fit Index</i>
PB	Paraíba
PCDi	Percentual De Covariância Destruída para cada Item
RDWLS	<i>Robust Diagonally Weighted Least Squares</i>
RMSEA	<i>Root Mean Square Error of Approximation</i>
RMSR	<i>Root Mean Square of Residuals</i>
SAC	<i>Scientific Advisory Committee</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
T1	Tradutor 1
T2	Tradutor 2
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TLI	<i>Tucker-Lewis Index</i>
UFC	Universidade Federal do Ceará
UniCo	<i>Unidimensional Congruence</i>
UNIMED	Confederação Nacional das Cooperativas Médicas
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	Contextualização e delimitação do tema.....	12
1.2	Justificativa.....	13
1.3	Questão de pesquisa.....	15
1.4	Objetivos geral e específicos.....	16
1.5	Aspectos metodológicos.....	16
1.6	Estrutura geral da dissertação.....	16
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1	Hospitalidade e hospitalidade em serviços de saúde.....	17
2.2	<i>A Escala Axiológica de la Hospitalidade (EAH).....</i>	20
2.3	<i>Adaptação transcultural da Escala Axiológica de la Hospitalidade (EAH).....</i>	22
2.3.1	<i>Etapas da proposta metodológica de Beaton et al. (2007).....</i>	26
2.3.1.1	<i>Etapa I: tradução inicial.....</i>	26
2.3.1.2	<i>Etapa II: síntese das traduções.....</i>	27
2.3.1.3	<i>Etapa III: back translation ou retrotradução.....</i>	27
2.3.1.4	<i>Etapa IV: revisão por um comitê de especialistas.....</i>	28
2.3.1.5	<i>Etapa V: pré-teste.....</i>	30
2.3.1.6	<i>Etapa VI: submissão dos documentos para apreciação dos autores do instrumento.....</i>	30
2.4	Validação do constructo.....	30
2.5	Estudos empíricos sobre hospitalidade em saúde.....	31
3	METODOLOGIA.....	38
3.1	Tipo de estudo.....	38
3.2	Etapas do estudo.....	38
3.2.1	<i>Tradução inicial.....</i>	38
3.2.2	<i>Síntese das traduções.....</i>	39
3.2.3	<i>Back translation ou retrotradução.....</i>	39
3.2.4	<i>Revisão por um comitê de especialistas.....</i>	39
3.2.5	<i>Pré-teste.....</i>	41
3.2.5.1	<i>Local da coleta de dados.....</i>	41
3.2.5.2	<i>População e amostra.....</i>	42
3.2.5.3	<i>Coleta e análise de dados.....</i>	42

3.3	Validação de constructo.....	43
3.3.1	<i>População e amostra.....</i>	43
3.3.2	<i>Coleta de dados.....</i>	44
3.3.3	<i>Análise dos dados.....</i>	44
3.4	Aspectos éticos.....	46
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	47
4.1	Validação de conteúdo da EAH-Br.....	47
4.1.1	<i>Caracterização sociodemográfica, acadêmica e profissional dos juízes.....</i>	47
4.1.2	<i>Validação de conteúdo da EAH-Br.....</i>	48
4.2	Estudo piloto ou pré-teste.....	61
4.2.1	<i>Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes.....</i>	62
4.3	Validação de constructo da EAH-Br.....	66
5	CONCLUSÃO.....	75
	REFERÊNCIAS.....	77
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (JUÍZES).....	83
	APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA (JUÍZES).....	84
	APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ESCALA PELOS ESPECIALISTAS.....	85
	APÊNDICE D - FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO TRADUTOR.....	109
	APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PÚBLICO-ALVO).....	110
	APÊNDICE F - FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA (PÚBLICO-ALVO).....	111
	APÊNDICE G - TERCEIRA VERSÃO BRASILEIRA DA ESCALA AXIOLÓGICA DE HOSPITALIDADE.....	112
	ANEXO A - ESCALA AXIOLÓGICA DE LA HOSPITALIDAD (EAH)...	113
	ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DO AUTOR DA EAH.....	116

1 INTRODUÇÃO

Esta seção tem por objetivo apresentar os elementos centrais deste projeto de pesquisa, cujo objeto de estudo refere-se ao tema da hospitalidade em serviços de saúde, mais particularmente no tocante ao uso de uma escala para mensuração deste constructo no Brasil. Após a contextualização e delimitação do tema, são apresentados a questão de pesquisa, os objetivos e a justificativa do estudo. Por fim, são sumarizados os principais aspectos metodológicos e a estrutura geral do projeto.

1.1 Contextualização e delimitação do tema

O cuidado em saúde, individual ou coletivo, envolve pessoas e estabelece uma dinâmica intersubjetiva e, por vezes, imperceptível, entre o cuidador (profissionais de saúde) e o ser cuidado (ser humano). Em todas as suas dimensões, o cuidado favorece e demanda reflexões sobre diversas questões axiomáticas, tais como a convivência, a tolerância, o respeito, a hospitalidade, a ecologia, a espiritualidade do ser humano. Assim, conforma-se como uma complexa interação e intenção humana no sentido de gerar reações dinâmicas em todos os envolvidos (BARRA *et al.*, 2010), que podem ser potencializadas no processo de saúde-doença.

A hospitalidade pode ser entendida como uma das expressões do cuidado em saúde percebida como um conjunto de características qualificadas, humanizadas e acolhedoras por meio de olhares abrangentes voltados para o ser humano (BARRA *et al.*, 2010). Constitui-se em um valor ético que direciona as ações dos profissionais da saúde, com vistas garantir uma assistência integral aos pacientes, promovendo conforto e qualidade no atendimento (GUERRERO *et al.*, 2013).

Assim, a hospitalidade contribui com a adaptação dos pacientes no intercurso de sua hospitalização ou em qualquer serviço no qual os cuidados de saúde serão executados (BARRA *et al.*, 2010). Dessa forma, o conceito de hospitalidade ou acolhimento está intimamente relacionado à humanização da assistência (ARRUDA; SILVA, 2012; NEVES; PRETTO; ELY, 2013). Implica em um comportamento altruísta por parte de quem presta a assistência em saúde, tendo como base o conhecimento humanitário do exercício (URRA; JANA; GARCÍA, 2011).

Na construção da relação interpessoal e interrelacional entre os profissionais de

saúde e o indivíduo que precisa de cuidado de saúde, algumas características devem sobressair nas atitudes e nos comportamentos da hospitalidade em saúde, quais sejam: a boa vontade incondicional, a acolhida generosa, a escuta atenciosa, o diálogo franco, o negociar honesto, a renúncia desinteressada, a responsabilidade consciente e a relativização corajosa (BOFF, 2005).

A hospitalidade configura-se como parte do cuidado, pode representar uma forma de cuidar do outro e cuidar de si, e constitui uma relação de integração e interação mútua. Essa relação de convívio, entendida como a capacidade de fazer coexistir as dimensões de produção e de cuidado, de efetividade e de compaixão. A modelagem de tudo o que se produz usando a criatividade, a liberdade e fantasia, caracterizando-se como uma mútua pertença (BOFF, 1999).

Barra *et al.* (2010) apontam a hospitalidade como um gesto de acolhimento, abertura, altruísmo, carinho e cuidado, ao mesmo tempo em que, cada ser humano tem em sua casa, o cenário da hospitalidade, e tem em sua família o primeiro contato com esta dimensão da vida em comunidade.

Para Guerrero *et al.* (2013) a hospitalidade é um valor ético imprescindível que orienta as ações de cuidado, com a finalidade de assegurar uma assistência adequada com qualidade e conforto, estando relacionada com a humanização e o cuidado transpessoal.

1.2 Justificativa

Pelisoli *et al.* (2014) defendem que a construção teórica da hospitalidade precisa ser melhor sistematizada, de modo que possa ser definida conceitualmente de forma integral. Logo, mais pesquisas devem ser realizadas, contribuindo com os avanços sobre o tema, inclusive no tocante à construção e validação de instrumentos específicos para mensuração desse constructo em diversos países, dentre estes, o Brasil.

Evidencia-se que na literatura há uma incipiência de escalas focadas na mensuração do constructo hospitalidade ou acolhimento na perspectiva dos profissionais de saúde (GONZÁLEZ-SERNA; FERRERAS-MENCIA; ARRIBAS-MARIN, 2017). A partir de um levantamento bibliográfico realizado pelo autor da dissertação, não foi encontrada na literatura nenhuma outra escala que se propusesse a abordar o constructo da hospitalidade.

No esforço de construção de instrumentos de mensuração da hospitalidade em serviços de saúde, González-Serna; Ferreras-Mencia; Arribas-Marin (2017) desenvolveram e validaram uma escala que permite avaliar a atitude dos enfermeiros em termos de

hospitalidade, visando a humanização da enfermagem, a Escala Axiológica de Hospitalidade (EAH), formada por 17 (dezessete) itens distribuídos em quatro dimensões, quais sejam: o respeito, a responsabilidade, a qualidade e o cuidado transpessoal. O instrumento desenvolvido apresentou uma validade adequada e uma consistência interna elevada (0,901). A EAH foi validada pelos pesquisadores na Espanha com a participação de profissionais e estudantes de enfermagem. Os dados da análise fatorial exploratória AFE da escala demonstraram índice de “adequação da amostra” de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) no valor de 0,931 (próximo da unidade), o valor do teste de esfericidade de Bartlett ($p < 0,001$), e o valor do $\chi^2 = 3213,58$ (g.l.=136). Com relação aos índices de ajuste, o índice de ajuste normalizado - *Normed Fit Índice* (NFI) foi 0,900; o índice de ajuste não-normalizado - *Non-Normed Fit Index* (NNFI) foi 0,932 e o índice de ajuste comparativo - *Comparative Fit Índice* (CFI) foi 0,944. O valor do erro médio quadrático de aproximação - *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) foi de 0,048. Todos os índices apontaram um ajuste satisfatório, com valores entre 0,9 e 1. Todos os índices de qualidade do ajuste calculados demonstraram apresentar um ajuste aceitável entre o modelo teórico postulado e os dados da amostra. Quanto aos índices de qualidade de ajuste dos dados para a amostra aleatória, foram classificados como aceitáveis, com um S-B $\chi^2 = 171,76$ (g.l.=113, $p < 0,00003$). Segundo suas propriedades psicométricas, é possível afirmar que a escala proporciona uma medida confiável da hospitalidade como valor ético para a prática profissional do enfermeiro.

Como visto, diante da escassez de estudos e de instrumentos de avaliação da hospitalidade (GONZÁLEZ-SERNA; FERRERAS-MENCIA; ARRIBAS-MARIN, 2017) e importância de sua mensuração para definição de subsídios e estabelecimento de estratégias de melhorias no cuidado em serviços de saúde reforçam a necessidade do estudo. Espera-se que o presente estudo possibilite o uso de um instrumento válido e confiável na mensuração da hospitalidade, viabilizando a medida da atitude em relação ao construto, de acordo com a percepção dos profissionais no contexto dos serviços de saúde. Acredita-se que este estudo proporcionará informações úteis aos gestores e profissionais que prestam a assistência nos serviços de saúde, além de subsidiar mais discussões e reflexões sobre hospitalidade.

Tendo em vista que a hospitalidade é um constructo capaz de promover o acesso universal, o fortalecimento do trabalho da equipe de saúde no âmbito multidisciplinar e intersetorial, a qualificação do cuidado e a humanização das práticas em saúde (ZOBOLI; SCHVEITZER, 2013), estudos com este enfoque são importantes para melhorar a qualidade e segurança da assistência prestada, promovendo a satisfação do paciente e do profissional, o que pode repercutir na redução de eventos adversos relacionados à assistência e na diminuição

de custos em saúde, a partir da otimização de recursos humanos e tecnológicos.

A experiência como médico fez o autor se interessar por um instrumento que fosse capaz de quantificar o constructo hospitalidade nos serviços de saúde, abrindo um espaço interessante na melhoria e qualificação de profissionais e serviços, a partir da experiência dos pacientes.

Apreendendo a importância de se avaliar a hospitalidade em serviço de saúde, almeja-se obter um instrumento confiável capaz de avaliar esse constructo, além de contribuir para a publicação de um instrumento que possa ser utilizado pelos profissionais de saúde para a promoção de um cuidado integral, seguro e humanizado.

1.3 Questão de pesquisa

Conforme ressaltam Schweitzer, Zoboli e Vieira (2016), a melhoria das práticas de acolhimento ou hospitalidade constitui-se um desafio para os serviços de saúde. Nesse contexto, obter um instrumento confiável capaz de avaliar esse constructo, e que possa ser utilizado pelos profissionais de saúde para a promoção de um cuidado integral, seguro e humanizado, torna-se fundamental. Diante dessa realidade, algumas indagações instigam uma pesquisa sobre o tema: *A Escala Axiológica de la Hospitalidad* pode ser considerada válida no Brasil para aplicação em serviço de saúde quanto à equivalência semântica, idiomática, conceitual e transcultural? Além disso, na versão brasileira, a EAH apresenta propriedades psicométricas satisfatórias? A partir destes questionamentos, definiu-se a seguinte questão de pesquisa: como se configura/estrutura na língua portuguesa do Brasil uma versão adaptada e validada da Escala de *Axiológica de la hospitalidad* (EAH)?

1.4 Objetivos geral e específicos

Em vista da contextualização e delimitação do tema e a partir da questão de pesquisa apresentada, foi definido o seguinte objetivo geral: Realizar a adaptação transcultural da *Escala Axiológica de la Hospitalidad* (EAH) para língua portuguesa do Brasil. Para o alcance deste objetivo geral, foram definidos três objetivos específicos:

- a) verificar a validade de conteúdo e de aparência da versão adaptada da *Escala Axiológica de la Hospitalidad* (EAH), por meio da análise das respostas do comitê de juízes e público-alvo, quanto à equivalência semântica, idiomática, conceitual e transcultural;
- b) verificar a validade de constructo da versão adaptada da EAH, considerando a

dimensionalidade por meio da análise fatorial confirmatória e exploratória;

c) avaliar a confiabilidade da versão adaptada da EAH, com base na consistência interna dos itens que a compõem.

1.5 Aspectos metodológicos

Trata-se de uma pesquisa metodológica, desenvolvida em duas fases. As etapas seguidas foram Tradução Inicial, Síntese das traduções e *Back Translation* ou Retrotradução, revisão por um Comitê de Especialistas, pré-teste e validação de constructo (BEATON *et al.*, 2007). Inicialmente houve o processo de adaptação transcultural do instrumento, com participação de 9 juízes especialistas.

Em seguida realizou-se a validação da versão adaptada da EAH, mediante sua aplicação junto a uma amostra de 30 profissionais, da área da saúde e administrativa, do Hospital Regional da Unimed Fortaleza – HRU. A validação do constructo foi realizada com 203 profissionais da saúde do referido hospital. As análises psicométricas dos dados foram realizadas nos programas estatísticos *Factor* (versão 11.05.01) e R (versão 4.1.1). Os resultados foram apresentados em forma de tabelas e quadros, permitindo uma compreensão e interpretação rápida e objetiva. Os dados foram analisados em confronto com a revisão da literatura realizada, considerando-se as principais referências teórico-conceituais, bem como os achados de estudos empíricos anteriores.

1.6 Estrutura geral da dissertação

Além desta seção de Introdução, a dissertação tem quatro outras seções. A segunda seção apresenta a revisão da literatura relevante para a pesquisa, iniciando-se com o tema da hospitalidade, com foco nos serviços de saúde. Em seguida, ainda nesta seção, apresenta-se a *Escala Axiológica de la Hospitalidad* (EAH), os procedimentos metodológicos para sua tradução e adaptação transcultural e uma síntese dos estudos empíricos sobre hospitalidade em saúde. A terceira seção apresenta a metodologia do estudo, com destaque para os passos seguidos ao longo de todo o processo. A quarta seção traz a análise e discussão dos resultados. A quinta seção apresenta as conclusões do estudo e, por fim, seguem as referências, apêndices e anexos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Essa seção traz, inicialmente, uma síntese dos temas centrais para o estudo, como a hospitalidade, com destaque para a hospitalidade em serviços de saúde. Em seguida, apresenta a EAH, objeto central do estudo, e, por fim, trata do processo e dos procedimentos para adaptação transcultural da *Escala Axiológica de la Hospitalidad* (EAH).

2.1 Hospitalidade e hospitalidade em serviços de saúde

A hospitalidade tem conceitos antigos que vão além do setor de hotelaria e compreende todas as áreas de atendimento ao público. Embora haja diferenças nas acepções e missão entre diferentes serviços, como os hotéis e hospitais, constitui aspecto ímpar na constituição desses dois ambientes. É a hospitalidade, com seu caráter mais autêntico, mais genuíno, que deve estar presente nas relações de troca de experiências e prestação de serviços nestas organizações (VIEIRA, 2019).

Em estudo de reflexão, Meneses (2015) comenta que a hospitalidade é o que se espera da amizade, uma conversa entre um anfitrião e um estranho, aportando no esforço metódico e contínuo com vistas a proporcionar o desenvolvimento da vida espiritual, aplicando meios e superando obstáculos. A hospitalidade é assinalada preferencialmente por uma amizade ética, demandando confiança e respeito, como declara Kant, de modo que as pessoas podem dividir impressões e julgamentos. A hospitalidade envolve amizade e a sua promessa será o desejo do acolhimento do outro (MENESES, 2015). A amizade estabelece a unidade da hospitalidade e transmite aquilo que é estranho, como o perdão e surge como o dom de escutar o estranho e envolve as tarefas ou as solitudes da hospitalidade (MENESES, 2015).

Segundo Comandulli (2016), o direito cosmopolita de Kant estabelece condições para a hospitalidade universal restrita ao direito de visita, dando-lhe um caráter de condicionalidade e impondo um limite para o alcance da hospitalidade. Segundo o mesmo autor, a ética da alteridade de Levinas propõe o acolhimento irrestrito e a responsabilidade infinita ao outro, colocando a frente a paradoxos que perpassam o tema da hospitalidade. E Derrida formula o conceito de hospitalidade sob o prisma da desconstrução, a partir da leitura que faz da hospitalidade em Kant e em Levinas a fim de avançarem uma nova responsabilidade quanto à hospitalidade, propondo a possibilidade de uma passagem entre a

ética e a política, entre a justiça e o direito, que pode representar um passo em direção à hospitalidade incondicional (COMANDULLI, 2016).

A hospitalidade, como a ética, nasce na relação viva entre as pessoas, ocorrendo quando o outro aparece o qual pode ser denominado de diferentes formas: pessoa próxima, conterrâneo. São estabelecidos laços imediatos de aceitação, ou até mesmo um estranho que merecerá uma análise antes de ser aceito (COMANDULLI, 2016).

Para Barra *et al.* (2010), a hospitalidade é um ato de acolhimento entre indivíduos que procuram ter atenção, amor e afeto entre si de forma a sentirem-se bem e satisfeitos em uma inter-relação harmônica. Envolve uma atitude que tem relação com importar-se com o outro de modo a proporcionar satisfação e bem-estar, além de reconhecer suas necessidades materiais, bens simbólicos e da existência de outro ser humano

Considerando a hospitalidade em serviços de saúde, esse conceito precisa ser estudado e aprofundado, pois ao chegar nesses espaços, o paciente encontra um ambiente diferente da sua convivência, estranho, desconhecido e por vezes, hostil e frio, sendo hospedado nas dependências da instituição de saúde. Assim, a hospitalidade deve estar presente e deve ser praticada por todos os profissionais evidenciada por algumas características como sensibilidade, compaixão pelo próximo, acolhida, convite para aproximar-se e entrar. Isso facilita o momento de interação entre profissional-paciente e maior satisfação (BARRA *et al.*, 2010).

Os serviços de saúde, como os hospitais, são um sistema complexo, no qual os setores e as pessoas que dele fazem parte exercem influência uns sobre os outros. Por isso, é necessário serem repensados e estruturados para prover um diferencial em relação aos demais. Assim a hospitalidade pode se configurar esse diferencial, sendo um requisito para as instituições de saúde, que precisam oferecer além da técnica, o lado humano da internação (VIEIRA, 2019).

Os serviços de saúde, como os hospitais, contam com o serviço de hotelaria hospitalar, estando associado ao segmento do turismo de saúde, contemplando dois subprodutos: o turismo médico e o turismo de bem-estar (CAVALCANTE; FERREIRA, 2018).

Para essas empresas alcançarem retornos de seus clientes por meio de indicações é necessário um serviço de qualidade. Os pacientes passarão alguns dias em um local desconhecido com pessoas desconhecidas cuidando de sua saúde, utilizando os recursos do estabelecimento. Ser bem recebido, com uma infraestrutura adequada com possibilidade de

superação de expectativa é um dos aspectos que o paciente procura, além do acolhimento da equipe de saúde (CAVALCANTE; FERREIRA, 2018).

Os hospitais constituem locais onde doenças são tratadas, sendo importante que tenham uma direção distinta dos outros tipos de organizações, oferecendo serviços hospitalares essenciais que contribuam efetivamente para a cura do paciente (VIEIRA, 2019).

A hospitalidade opera em todos os setores, tais como: recepção, telefonia, maqueiro/mensageiro, rouparia, lanchonete/restaurante, dentre outros. Pode-se dizer que obter a informação e conduzi-la para o melhor atendimento e o acolhimento são características do serviço com hospitalidade (CAVALCANTE; FERREIRA, 2018).

Relacionando hospitalidade e atendimento humanizado em hospitais, é importante considerar pacientes, acompanhantes, visitantes e funcionários da instituição os quais devem manter entre si uma relação saudável e necessitam de um ambiente propício para que a hospitalidade aconteça (VIEIRA, 2019).

Em pesquisa qualitativa sobre os momentos em que a hospitalidade se fez presente no hospital, os pacientes declararam percebê-la por meio do contato com os funcionários, na integração entre profissionais e usuários e quando os funcionários iam examiná-los e perguntavam se sentiam dores. Entretanto, 40% não soube identificar momentos em que a hospitalidade foi manifestada (VIEIRA, 2019).

Assim, segundo Mascarenhas e Souza (2015), são pequenos gestos dos profissionais envolvidos no tratamento que proporcionam a diferença para os pacientes durante a internação hospitalar. Os clientes de saúde na maioria das vezes não possuem escolha, como os clientes de outros tipos de serviços, como os hotéis. Logo, é importante atentar para as questões emocionais de um paciente internado no hospital.

A hospitalidade nos hospitais aponta-se como um serviço intangível, tendo a possibilidade de tornar situações de fragilidade e vulnerabilidade do paciente em circunstâncias de tranquilidade e segurança. O paciente, ao ter uma atenção devida por parte dos funcionários, além de guardar uma imagem positiva e hospitaleira do lugar, sentir-se-á confortável nesse ambiente desconhecido (CAVALCANTE; FERREIRA, 2018).

Desse modo, a hospitalidade, no contexto da humanização das relações sociais, aparece como fundamento para as relações estabelecidas nas instituições de saúde, que passam a ter no cuidado oferecido aos pacientes, um dos seus focos de atenção e de ação (VIEIRA, 2019).

Prover um serviço de qualidade, contemplando a hospitalidade no atendimento e sua importância na prática dos serviços de saúde, favorece bem-estar ao paciente, além de contribuir para sua cura (MASCARENHAS; SOUZA, 2015).

2.2 A Escala Axiológica de la Hospitalidade (EAH)

Antes de iniciar o processo de adaptação transcultural da EAH (ANEXO A), contactou-se o autor principal, o Prof. Dr. José María Galán González-Sernado do Departamento de Enfermagem da Universidade de Sevilla, Espanha, por meio de correio eletrônico (*e-mail*), para obtenção da autorização para realizar a adaptação transcultural e validação da *Escala Axiológica de la Hospitalidade (EAH)*. O autor autorizou a adaptação transcultural e validação da EAH para o português do Brasil, com o compromisso de submeter os resultados obtidos à sua apreciação (ANEXO B).

A EAH foi desenvolvida e validada para permitir avaliar a atitude dos enfermeiros em termos de hospitalidade, visando a humanização da enfermagem. A amostra foi constituída por 499 profissionais e estudantes de enfermagem dos dois últimos anos do curso de graduação em Enfermagem. O instrumento avalia os valores éticos relacionados com a hospitalidade, determinando as dimensões que constituem o constructo. A validação do instrumento de medição da hospitalidade foi realizada usando-se métodos de análise fatorial, exploratória e confirmatória, que apresentaram bons índices de qualidade de ajuste. O instrumento desenvolvido (EAH) apresentou uma validade adequada e uma consistência interna elevada. Com base na consistência de suas propriedades psicométricas, é possível afirmar que a escala proporciona uma medida confiável da hospitalidade (GONZÁLEZ-SERNA; FERRERAS-MENCIA; ARRIBAS-MARÍN, 2017). Ressalta-se que conforme estes autores, até o presente momento, essa escala não foi utilizada por nenhuma outra categoria distinta da enfermagem.

Na análise fatorial exploratória (AFE) realizada com o protótipo final da escala de 30 itens, observou-se que os indicadores mais importantes se agrupavam em quatro dimensões, resultando em uma escala de 17 itens, após serem selecionados aqueles com as maiores pontuações para cada um dos fatores. No quadro 1 são apresentados os 17 itens resultantes e seus significados:

Quadro 1 - Itens e significados da EAH

VALORES	SIGNIFICADOS
ACOLHIMENTO	Recepção afetuosa ou hospitalidade oferecida pelo profissional ao usuário.
CUIDADO PERSONALIZADO INTEGRAL	Assistência que proporciona cuidado integral, biopsicossocial e espiritual às necessidades particulares de cada pessoa.
ALTRUÍSMO	Diligência visando o bem do paciente, mesmo à custa de seu próprio bem, mas sem anular a si mesmo.
AUTONOMIA PROFISSIONAL	Condição do profissional que, para determinadas coisas, não depende de ninguém.
QUALIDADE CIENTÍFICA	Importância e excelência científica, corresponde ao que a ciência conhece.
PROXIMIDADE	Proximidade afetiva, tratamento afetuoso.
COMPAIXÃO	Sentimento de solidariedade e preocupação que se tem para com aqueles que sofrem dificuldades ou infortúnios
COMPETÊNCIA	Perícia, aptidão, idoneidade para executar as tarefas do profissional de saúde.
CONHECIMENTO CIENTÍFICO	Possuir os dados e o conhecimento científico adequado sobre as questões de saúde.
DILIGÊNCIA	Destreza, agilidade, pressa, cuidado e agilidade na execução do cuidado
EMPATIA	Identificação psicológica e afetiva de uma pessoa com o estado emocional da outra.
JUSTIÇA	Dar a cada um o que lhe corresponde ou pertence.
PRUDÊNCIA	Discernir e distinguir o que é bom ou mau, para adotar ou evitar, bom senso, bom julgamento clínico.
RESPEITO PELA VIDA	Consideração e deferência para com a vida, sem malevolência.
RESPEITO PELA AUTONOMIA DOS USUÁRIOS	Consideração e deferência para com os desejos, valores e crenças dos usuários.
SIMPLICIDADE	Trabalhar com naturalidade, espontaneamente, com singeleza.
VERACIDADE	Forma de se expressar livre de dissimulação, dizer sempre a verdade.

Fonte: González-Serna, Ferreras-Mencia e Arribas-Marín (2017).

Também foi possível determinar as dimensões ou fontes que a compõem: o respeito (*respeto*), a responsabilidade (*responsabilidad*), a qualidade (*calidad*) e o cuidado transpessoal (*cuidados transpersonales*). A escala apresentou um elevado índice de consistência interna, com um valor Alfa de Cronbach = 0,901. Na AFE da escala, o índice de “adequação da amostra” de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) mostrou um valor de 0,931 (próximo da unidade), o valor do teste de esfericidade de Bartlett ($p < 0,001$), e o valor do $\chi^2 = 3213,58$ (g.l.=136) (GONZÁLEZ-SERNA; FERRERAS-MENCIA; ARRIBAS-MARÍN, 2017).

Os 17 (dezessete) itens representam a adequação do comportamento do profissional de saúde respondente. O profissional de saúde vai definir para cada um dos itens: grau de importância que você lê sinais para alcançar os fins de sua prática profissional. Marcar um valor de 0 (nenhuma importância) a 7 (máxima importância). A importância da hospitalidade como valor ético para a prática do profissional será dita alta quando a soma da pontuação estiver entre 86-119 pontos, média de 51-85 pontos e baixa quando o somatório estiver entre 0-50 pontos (GONZÁLEZ-SERNA; FERRERAS-MENCIA; ARRIBAS-MARÍN, 2017).

A EAH foi construída e validada para o público de enfermeiros. Contudo, acredita-se que por ser um constructo em comum para todos os profissionais de saúde, é possível estender seu uso para todos os profissionais que lidam com o paciente nos serviços de saúde.

2.3 Adaptação transcultural da *Escala Axiológica de la Hospitalidade (EAH)*

No Brasil, há poucos instrumentos disponíveis em português e indicados na avaliação e diagnóstico na área de serviços de saúde. Pesquisadores têm amenizado esse problema traduzindo instrumentos disponíveis em outras línguas. No passado, a adaptação de instrumentos originais de outra cultura e/ou idioma fazia-se por simples tradução do original ou comparação literal dessa tradução com uma retrotradução. Já faz tempo pesquisadores de diferentes áreas temáticas vêm sugerindo que a avaliação semântica seja apenas um dos passos necessários ao processo de adaptação cultural. Neste sentido, são propostos na literatura alguns conjuntos de instruções padronizadas e diretrizes específicas para a adaptação transcultural de instrumentos (SILVA; FELIPINI, 2018).

Com objetivo de apresentar as diretrizes recorrentes em estudos que executam a tradução e a adaptação cultural de instrumentos, Silva e Felipini (2018) selecionaram 27 artigos científicos, indexados em bases de dados nacionais e internacionais, que descreviam esse processo em suas metodologias. Oito diretrizes foram verificadas, sendo as propostas mais utilizadas de Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) e de Aaronson *et al.* (2002) as quais também foram consideradas bastante completas. A complexidade das diretrizes demonstra a preocupação dos pesquisadores ao adaptar instrumentos de avaliação para uso no Brasil (SILVA; FELIPINI, 2018). A seguir são apresentados alguns referenciais metodológicos relativos à adaptação transcultural de instrumentos.

De acordo com Peters e Passchier (2006), para assegurar comparações interculturais fidedignas é necessário um processo de tradução rigoroso que inclua avaliações relacionadas à qualidade da tradução, sendo importante o seguimento de diretrizes internacionais. Ressaltam a importância de diferenciar os termos “tradução” (tradução de um idioma para outro) e “adaptação” (adaptação de questionários a dialetos específicos de cada país ou região e ao contexto cultural e estilo de vida). Distingue dois tipos de tradução, a simétrica e a assimétrica. Na primeira, os instrumentos originais e traduzidos precisam ser igualmente familiares, com equivalência de expressões de linguagem comumente utilizadas na população-alvo. Na tradução assimétrica, o foco passa a ser na tradução literal, ou seja, na lealdade ao idioma original.

Os autores destacam a influência da cultura na tradução, destacando a necessidade da adaptação. Reconhecem três tipos de métodos de tradução: a) Unilateral; b) abordagem de comitê e c) tradução direta e inversa. A tradução mais indicada é a última, que requer a participação de dois tradutores atuando de forma independente. O primeiro tradutor produz uma versão traduzida no idioma de destino e o segundo tradutor traduz a versão traduzida de volta para a versão original. A abordagem de comitê também garante a qualidade, envolvendo dois painéis com 5 a 7 membros cada, um painel para a tradução direta e um segundo painel, incluindo leigos que falam apenas o idioma de destino, que avaliam a tradução (PETERS; PASSCHIER, 2006). Ao final do processo de tradução, o instrumento necessita ser testado em piloto em sua versão traduzida e na nova população-alvo. Nessa etapa é importante avaliar a validade e confiabilidade da versão traduzida.

As recomendações do *Scientific Advisory Committee (SAC) of Medical Outcomes Trust* (2002) contemplam cinco etapas: a) tradução; b) conciliação; c) retrotradução; d) harmonização; e) teste piloto. O SAC afirma que o instrumento deve ser traduzido com rigor e culturalmente adaptado, indo além da simples tradução literal, com vistas a englobar contextos socioculturais. Sugere a avaliação da adequação e validade para a população, idioma e cultura alvo, considerando-se sua validade, reprodutibilidade, sensibilidade e confiabilidade.

Reichenheim e Moraes (2007) sugeriram uma proposta de operacionalização da avaliação do processo de adaptação cultural de instrumentos. Baseiam-se na classificação de diferentes tipos de equivalência, a saber: Equivalência conceitual, Equivalência de itens, Equivalência semântica, Equivalência operacional, Equivalência mensuração e Equivalência funcional. A equivalência conceitual e de itens envolve uma discussão com o grupo de especialistas e com a população-alvo a partir de entrevistas abertas individualizadas. Na

equivalência semântica, há ênfase à capacidade do instrumento proporcionar uma transferência de sentido dos conceitos presentes no instrumento original para a versão adaptada, oportunizando um resultado equivalente aos respondentes nas duas culturas. Nesse tipo de equivalência, destacam-se estratégias como: traduções; retraduições; avaliação da equivalência semântica entre as retraduições e o original; discussão com população-alvo; discussão com especialistas para ajustes finais; pré-teste da versão. A equivalência operacional envolve mudanças operacionais relacionadas a circunstâncias em que o instrumento deve ou pode ser usado, constituindo-se de uma avaliação pelo grupo de pesquisa quanto à pertinência e adequação do: veículo e formato das questões/instruções; cenário de administração; modo de aplicação e modo de categorização. Por sua vez, a equivalência de mensuração tem como foco a investigação das propriedades psicométricas do instrumento vertido, destacando-se três enfoques: a) Avaliação de validade dimensional e adequação de itens componentes; b) Avaliação de confiabilidade e c) Avaliação de validade de construto de validade de critério. Por fim, a equivalência funcional é avaliada a partir das equivalências investigadas nas outras etapas da avaliação.

Herdman, Fox-Rushby e Badia (1998) destacam diferentes conceitos de equivalência, tais como: equivalência conceitual, equivalência semântica (manutenção da equivalência de significado entre as versões fonte e traduzida), equivalência funcional (semelhança de significado entre os itens nas versões de origem e destino de um questionário), equivalência escalar/métrica (preocupa-se com a maneira como as medidas localizam indivíduos semelhantes no mesmo ponto da escala entre as culturas), equivalência técnica (características técnicas de uma língua e / ou à aceitabilidade sociocultural do questionário contendo e equivalência operacional).

Segundo as diretrizes de Gjersing, Caplehorn e Clausen (2010), a adaptação cultural envolve 10 passos-chaves: a) investigação de equivalência conceitual e de item; b) tradução; c) síntese das traduções; d) retrotradução; e) síntese das retrotraduições; f) comitê de especialistas; g) pré-teste do instrumento; h) revisão do instrumento; i) investigação da equivalência operacional; j) teste do instrumento; k) análise exploratória e de confirmação; e l) versão final do instrumento. Os autores recomendam o pré-teste com 30 a 40 respondentes com a finalidade de avaliar a compreensão, aceitabilidade e impacto emocional dos itens.

Wild *et al.* (2005), destacam como etapas da adaptação cultural: a) Preparação - trabalho inicial realizado antes do início do trabalho de tradução; b) Tradução direta - tradução do idioma original, também chamada de fonte, versão do instrumento para outro idioma, geralmente chamado de idioma de destino; c) Reconciliação - comparação e

combinação de mais de uma tradução direta em uma única tradução direta; d) Retrotradução - tradução da nova versão do idioma de volta para o idioma original; e) Revisão da retrotradução - comparação das versões retrotraduzidas do instrumento com o original para destacar e investigar discrepâncias entre o original e a tradução reconciliada, que é então revisada no processo de resolução dos problemas; f) Harmonização - comparação de retrotraduções de versões em vários idiomas entre si e com o instrumento original para destacar discrepâncias entre o original e seus derivados.

As diretrizes para a tradução e adaptação transcultural de instrumentos propostas por Beaton *et al.* (2007), em “*Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & Quick DASH outcome measures*”, indicam que esse processo é composto pela tradução literal de palavras e sentenças de um idioma para outro e uma adaptação com relação ao idioma, ao contexto cultural e ao estilo de vida do público-alvo. São compostas por cinco etapas: (1) tradução inicial; (2) síntese da tradução; (3) retrotradução; (4) comitê de revisão; (5) pré-teste; e (6) submissão da documentação aos autores.

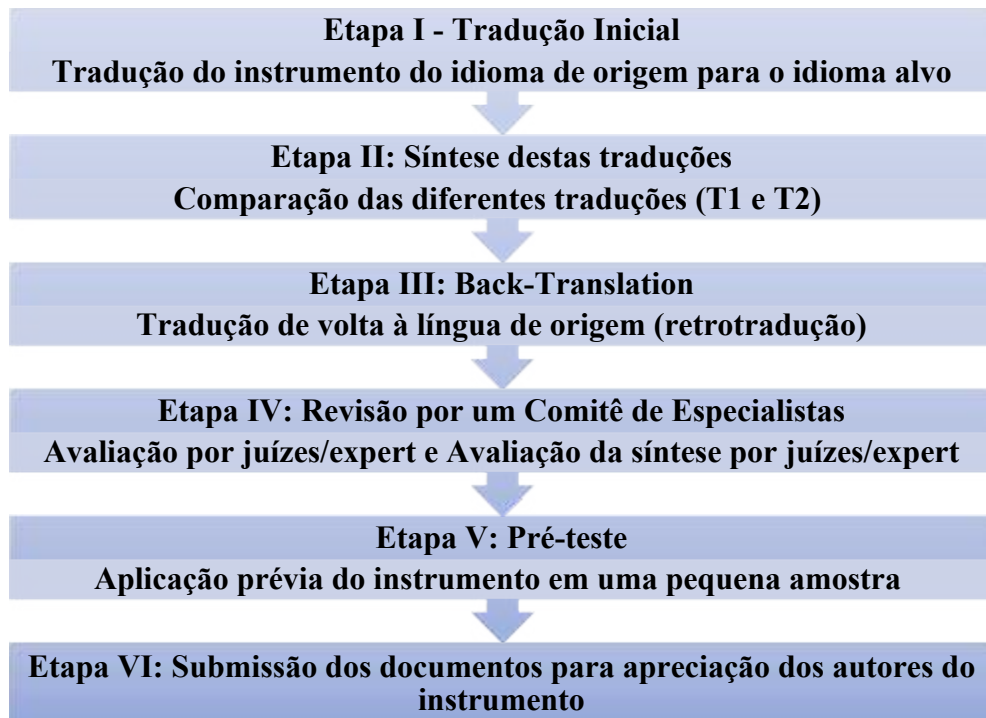
Segundo Beaton *et al.* (2007), a etapa final no processo de adaptação é a submissão de todos os relatórios e formulários ao Comitê de Revisão de Adaptação Intercultural, o qual verificará se as etapas recomendadas foram seguidas a partir da emissão de relatórios. O Comitê pode tomar as seguintes decisões: 1) aprovado, 2) tradução e documentação requerem esclarecimento, ou 3) não aprovado. Se for aprovada, as traduções dos questionários serão consideradas “autorizadas” e ficarão à disposição dos interessados em utilizá-las.

Tanto as diretrizes propostas por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) quanto por Beaton *et al.* (2000) incluem orientações para se atingir uma equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual entre o texto de partida e sua tradução. De acordo com Beaton *et al.* (2000), a equivalência semântica busca equacionar as dificuldades causadas por significados múltiplos, além de problemas gramaticais que podem surgir no processo de tradução. A equivalência idiomática se refere às expressões idiomáticas e coloquialismos. A equivalência experiencial depende das situações evocadas no original se encaixarem no contexto da cultura-alvo. Já a equivalência conceitual se refere à validade do conceito explorado e às experiências vividas pelas pessoas na cultura-alvo, uma vez que algumas palavras podem apresentar equivalência semântica, mas não conceitual.

Nesse estudo, houve opção do autor pela proposta metodológica preconizada por Beaton *et al.* (2007), indicada por Silva e Felipini (2018) como a mais utilizada por

pesquisadores brasileiros na tradução e adaptação cultural de instrumentos estrangeiros. A Figura 1 apresenta uma síntese das etapas a serem seguidas.

Figura 1 - Proposta metodológica de Beaton *et al.* (2007).



Fonte: Elaboração própria (2020).

2.3.1 Etapas da proposta metodológica de Beaton *et al.* (2007)

2.3.1.1 Etapa I: tradução inicial

Na primeira etapa do estudo, foi realizada a tradução independente para o idioma português. São convidados dois tradutores bilíngues que têm o idioma de destino como língua materna.

O tradutor 1 (T1) é um tradutor que compreende o construto, deve ter conhecimento sobre os tipos de conceitos abordados pelo instrumento ou com experiência em tradução de instrumentos, para fornecer maior semelhança científica, proporcionando, possivelmente, maior equivalência psicométrica. O segundo tradutor (T2) é um profissional licenciado em letras português/espanhol, que não apresenta conhecimento sobre os conceitos estudados, não está ciente nem ser informado dos conceitos que estão sendo quantificados e, de preferência, não possuíam formação na área estudada, estando menos influenciado pelo objetivo acadêmico da tradução, para oferecer uma versão que melhor reflita a linguagem utilizada pela população-alvo. As traduções resultantes dessa etapa são codificadas com as siglas T1 e T2 (BEATON *et al.*, 2007).

2.3.1.2 Etapa II: síntese das traduções

Para produzir uma síntese das duas traduções, uma terceira pessoa imparcial ou o pesquisador é adicionada à equipe. O papel dessa pessoa é servir como mediador nas discussões sobre diferenças de tradução e produzir uma documentação escrita do processo. Trabalhando a partir do questionário original, bem como da versão do primeiro tradutor (T1) e do segundo tradutor (T2), é produzida uma síntese dessas traduções. Será comparada as diferentes traduções (T1 e T2) e avaliada as discrepâncias semânticas, linguísticas e conceituais, com o objetivo de se chegar a uma única versão, uma tradução comum (T-12). Um relatório escrito documentando cuidadosamente o processo de síntese, cada questão abordada e como foi resolvido é produzido. Importante que todos os problemas sejam resolvidos por consenso, em vez de uma pessoa comprometer seus sentimentos (BEATON *et al.*, 2007).

Caso haja necessidade, um observador externo deve ser solicitado para transcrever todo o processo de síntese.

2.3.1.3 Etapa III: back translation ou retrotradução

O objetivo dessa etapa é verificar se a versão em português reflete o conteúdo original que resultará na versão espanhola de cada tradutor. Esse processo se justifica para a confirmação de que a versão traduzida reflete o conteúdo dos itens, e nessa etapa os tradutores serão nativos da língua original do instrumento, o espanhol, e não deverão ter experiência com o construto hospitalidade, formando por sua vez a *Back Translation 1* (BT1) e a *Back Translation 2* (BT2). A retrotradução é apenas um tipo de verificação de validade quando pode-se destacar inconsistências grosseiras ou erros conceituais na tradução. Como nas traduções para frente, duas retrotraduções são consideradas mínimas (BEATON *et al.*, 2007).

Assim, nessa terceira etapa, a versão síntese do instrumento em língua portuguesa do Brasil é retro-traduzida para o espanhol por dois tradutores independentes, nativos do espanhol com fluência na língua portuguesa e conhecimento da cultura brasileira, que não participaram da tradução inicial e que não tiveram acesso à versão originalmente publicada da EAH, como também não são informadas do objetivo da pesquisa e do instrumento original (BEATON *et al.*, 2007).

2.3.1.4 Etapa IV: revisão por um comitê de especialistas

O papel do comitê de juízes é consolidar todas as versões e componentes do questionário, incluindo o instrumento original, instruções, documentação de pontuação e todos as versões traduzidas (T1, T2, T12, BT1, BT2) e desenvolver a versão pré-final do questionário para testes de campo.

O comitê revisa todas as traduções e alcança um consenso sobre qualquer discrepância encontrada para alcançar a equivalência entre a versão de origem e de destino em quatro áreas de equivalência propostas por Beaton *et al.* (2007) quais sejam: semântica, idiomática, experiencial e conceitual.

A equivalência semântica relaciona-se ao sentido das palavras e considera se as palavras apresentam o mesmo significado. Será que as palavras significam a mesma coisa? São os seus múltiplos significados de um mesmo item? Existem dificuldades gramaticais na tradução?

Já equivalência idiomática revela a expressão popular e avalia se os itens de difícil tradução do instrumento original foram adaptados para uma expressão equivalente, como coloquialismos, ou expressões idiomáticas, são difíceis de traduzir. O comitê pode ter que formular uma expressão equivalente na versão de destino.

A equivalência experimental expressa a vivência ou experiência e aprecia se os itens do instrumento são aplicáveis na nova cultura. Itens que procuram captar a experiência da vida diária, muitas vezes variam em diferentes países e culturas. Em alguns casos, uma determinada tarefa pode simplesmente não ser experimentada na cultura alvo, mesmo que traduzível. Para resolver esta situação, um item do questionário abordando uma ação ou intenção semelhante na cultura alvo precisaria ser identificado para substituir o item original.

E, por fim, a equivalência conceitual exprime a pertinência dos conceitos e busca ponderar se determinado termo ou expressão, mesmo que traduzido adequadamente, avalia o mesmo aspecto em diferentes culturas. Muitas vezes as palavras carregam significados conceituais diferentes entre as culturas.

Na presente pesquisa, para a seleção dos juízes, realizou-se uma busca no Currículo *Lattes* por meio da Plataforma *Lattes* pelo portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) utilizando os termos: “hospitalidade”, “serviços de saúde” e “adaptação transcultural”, sendo cada currículo avaliado. Após a seleção, os juízes foram contactados por e-mail ou telefone e convidados a participar do estudo.

Serão selecionados juízes que atenderem a pelo menos, dois dos três critérios de elegibilidade: possuir experiência na área de hospitalidade (pesquisa/magistério), dominar o idioma espanhol, ter participado anteriormente de pesquisa envolvendo adaptação e validação de escalas na área da saúde em geral, serem mestres ou doutores.

Cada juiz recebeu por e-mail a carta convite, apresentando os objetivos do estudo, a metodologia e a função do especialista na pesquisa, juntamente com Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Após a anuência do juiz, foi encaminhado um novo e-mail com uma ficha de caracterização profissional, com nome, idade, tempo de formação, titulação (especialização, mestrado e/ou doutorado) e tempo e tipo de experiência em relação a hospitalidade e/ou adaptação transcultural de instrumentos (ensino, prática, etc.) (APÊNDICE B). Todas as versões do questionário geradas nas etapas anteriores; o link do formulário online com o instrumento de caracterização dos juízes; as instruções sobre a avaliação e o instrumento de validação do conteúdo.

Para todos os especialistas, um prazo de quinze dias foi atribuído para devolução dos instrumentos avaliados. Aos que não devolveram no período estabelecido previamente, realizou-se novo contato, dando-lhes mais informações, enfatizando a importância da avaliação, bem como concedendo mais 15 dias para devolução. Os especialistas que não responderam no prazo de 30 dias foram excluídos da pesquisa.

Para alcançar equivalência cultural do instrumento traduzido, a composição do comitê de juízes é determinante. No instrumento para avaliação dos juízes, foi solicitado que avaliassem os itens quanto sua equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual respondendo de acordo com as opções: 1 - Item não equivalente, 2 - Item necessita de grande revisão para ser equivalente, 3 - Item necessita de pequena revisão para ser equivalente e 4 - Item equivalente. É disponibilizado, ainda, um espaço para as considerações e sugestões de alterações pertinentes ao instrumento.

A composição do Comitê de juízes é crucial para alcançar a equivalência intercultural do instrumento traduzido e tem o papel de consolidar todas as versões e componentes do questionário, incluindo o instrumento original, instruções, documentação de pontuação e todas as versões traduzidas (T1, T2, T12, BT1, BT2) e desenvolver a versão pré-final do questionário para testes de campo. O Comitê revisará todas as traduções e chegará a um consenso sobre qualquer discrepância encontrada. Relatórios escritos correspondentes, explicando a lógica de cada decisão nas fases anteriores do processo, também devem estar disponíveis. As decisões críticas são tomadas pelo Comitê de juízes na finalização do instrumento traduzido e deve ser feita documentação escrita completa dos problemas e

justificativa para todas as decisões sobre qualquer um dos componentes (instrumento, instruções ou pontuação) (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Segundo Beaton *et al.* (2007) o questionário final deve ser compreendido por um adolescente de 12 anos aproximadamente, com um nível de leitura do sexto ano, pois este é o parâmetro recomendado para nível de leitura dos questionários.

2.3.1.5 Etapa V: pré-teste

A última etapa do processo de adaptação transcultural, após a obtenção do resultado obtido da versão final do instrumento proposta pelos especialistas, deve ser realizado o pré-teste com um número representativo da população-alvo do estudo, que tem por finalidade verificar a compreensão do instrumento traduzido pelo público-alvo. O propósito dessa análise é a avaliação da qualidade do instrumento como um todo.

2.3.1.6 Etapa VI: submissão dos documentos para apreciação dos autores do instrumento

Nessa etapa, os documentos resultantes das diferentes etapas do processo metodológico, traduções, retrotraduções, relatórios de especialistas e anotações, serão enviados para o autor principal, o Prof. Dr. José María Galán González-Serna, por meio de correio eletrônico (*e-mail*), para aprovação da versão final do instrumento.

Ao receberem essa informação, os autores terão a possibilidade de verificar se todas as etapas foram realizadas de forma correta para a validação da versão final do instrumento. Uma vez terminada esta etapa, concluiu-se o processo de tradução e adaptação transcultural do instrumento segundo as diretrizes de Beaton *et al.* (2007).

2.4 Validação do constructo

A confiabilidade e a validade são aspectos essenciais na avaliação e no rigor de um instrumento de medida, não sendo qualidades totalmente independentes, ou seja, um instrumento que não seja confiável não é capaz de ser válido. Assim, o instrumento que passou por essas avaliações é considerado um instrumento válido, confiável e fidedigno (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; POLIT; BECK, 2019).

Para Pasquali (2003), a validade de construto constitui-se a maneira mais importante de validade de instrumentos de medida e é apreciada como a forma mais

fundamental de validade, uma vez que constitui a maneira direta de verificar a hipótese da legitimidade da representação comportamental do traço latente. Para Lobiondo-Wood e Haber (2001), a habilidade de um instrumento de medir reflete aquilo que ele se propõe medir. Essa validade no presente estudo será realizada por meio da análise fatorial exploratória.

A fidedignidade de um teste relaciona-se à característica que deve possuir de medir sem erros que significa que o mesmo teste, medindo os mesmos sujeitos em ocasiões diferentes, ou testes equivalentes, medindo os mesmos sujeitos na mesma ocasião, produzem resultados idênticos, isto é, a correlação entre essas duas medidas deve ser um (PASQUALI, 2009). As medidas para avaliar a confiabilidade são homogeneidade e estabilidade (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). No presente estudo, será empregada a homogeneidade.

A homogeneidade existe quando as questões da escala refletem ou medem o mesmo conceito, ou seja, quando as questões da escala se correlacionam ou são complementares umas com as outras (PASQUALI, 2003, LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Para Pasquali (1997), a análise desta medida implica o cálculo das correlações de cada item, individualmente, com o restante do teste.

2.5 Estudos empíricos sobre hospitalidade em saúde

Para fins de levantamento bibliográfico, optou-se pela realização de uma revisão integrativa na literatura. Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008), esse tipo de estudo tem como finalidade reunir e resumir as evidências encontradas em estudos sobre o tema ou questão de pesquisa escolhida pelo pesquisador, de maneira sistemática e ordenada, colaborando para o aprofundamento da temática. Esses autores recomendam a realização da revisão conforme as seguintes etapas: 1ª etapa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; 2ª etapa: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura; 3ª etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; 4ª etapa: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5ª etapa: interpretação dos resultados; 6ª etapa: apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

A questão norteadora da revisão foi a seguinte: “Quais são as evidências acerca da hospitalidade em saúde? Foi realizada busca nas seguintes bases de dados, a partir do acesso ao Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES): *Lilacs* e MEDLINE via *Pubmed*. Também houve busca no portal *SciELO* e no buscador *Google*

Acadêmico. Foram utilizados os descritores “Acolhimento” e “*User Embrace*ment”, os quais encontram-se cadastrados nos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e no MeSH (*Medical Subject Heading*). Também foi utilizada a palavra-chave “Hospitalidade em Saúde”. Os termos foram combinados com uso do operador booleano *AND*. Com o intuito de selecionar mais artigos sobre a temática, houve também utilização isolada do descritor “Hospitalidade em Saúde”. O quadro 2 apresenta as estratégias de busca, conforme base/portal de dados.

Quadro 2 - Estratégias de busca, conforme base/portal de dados.

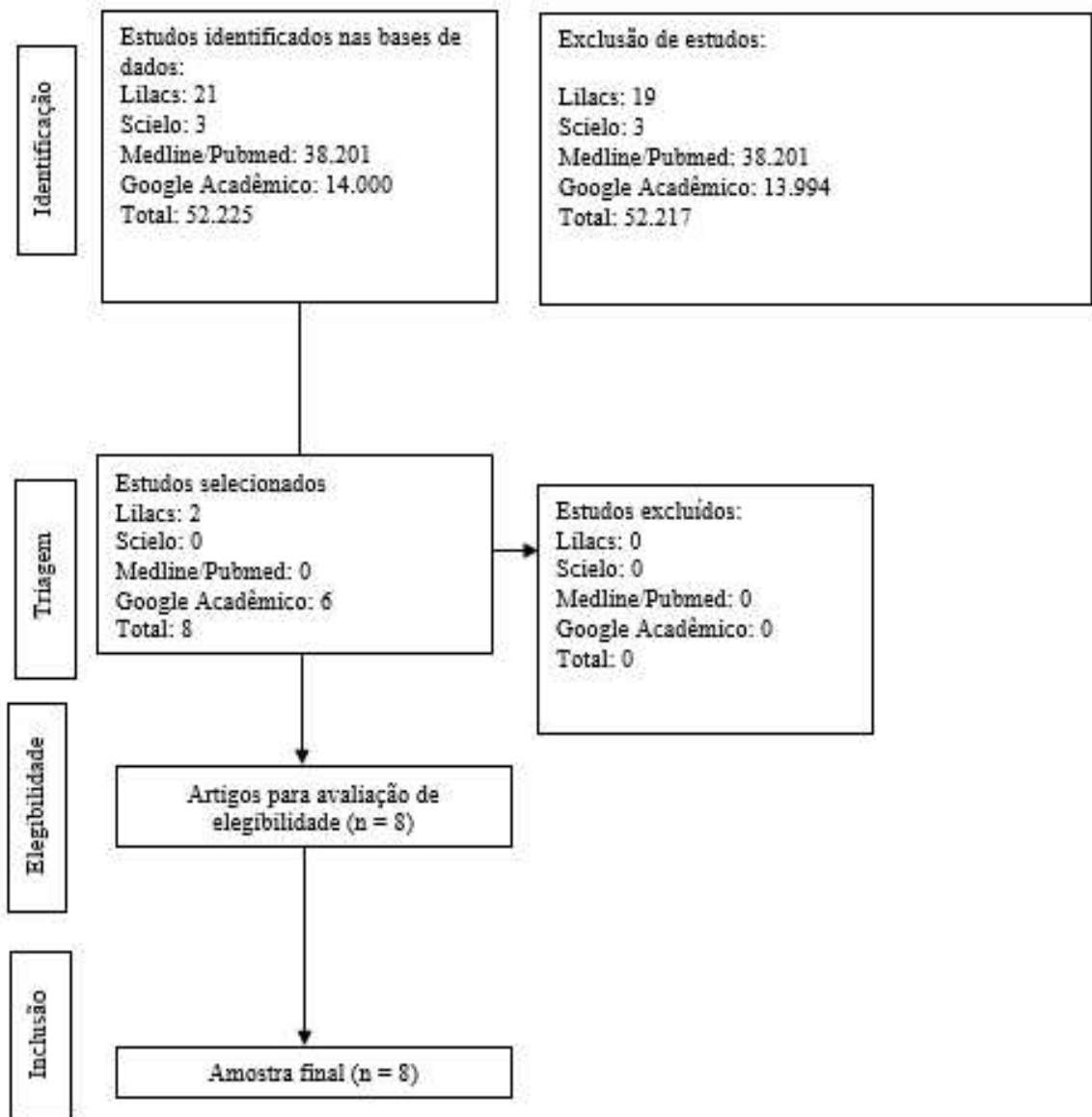
FONTE DE BUSCA	ESTRUTURA DAS BUSCAS
Lilacs	(Acolhimento AND “Hospitalidade em Saúde”) (“Hospitalidade em Saúde”)
MEDLINE via Pubmed	(“Hospitality in Health”)
Scielo	(Acolhimento AND “Hospitalidade em Saúde”) (“Hospitalidade em Saúde”)
Google Acadêmico	Acolhimento+Hospitalidade em Saúde

Fonte: Elaboração própria (2021).

Houve estabelecimento dos seguintes critérios de inclusão: artigos originais, disponíveis na íntegra, publicados no idioma português, inglês ou espanhol, sem recorte temporal que versassem sobre a temática desta pesquisa. Os critérios de exclusão estabelecidos foram: livros, anais de congresso, estudos de revisão, estudos duplicados, artigos que abordassem somente o acolhimento, sem correlacionar à hospitalidade, bem como artigos que não tivessem sido publicados diretamente na saúde.

Após a busca, foi realizada inicialmente leitura dos títulos e dos resumos dos estudos. Posteriormente, foi realizada a leitura na íntegra dos artigos pré-selecionados. A amostra final foi composta por 8 estudos (Figura 2).

Figura 2 - Fluxograma de descrição dos artigos, encontrados, excluídos e selecionados de acordo com cada base de dados.



Fonte: Elaboração própria (2021).

Houve análise descritiva das informações disponíveis nos estudos selecionados, resultando na criação de um quadro sinóptico de caracterização dos estudos (autores, ano, país de realização do estudo, participantes, tipo de estudo, principais resultados e nível de evidência). A hierarquia de evidências proposta por Melnyk e Fineout-Overholt (2011) foi utilizada para classificação do nível de evidência dos artigos: revisões sistemáticas e metanálise de ensaios clínicos randomizados, nível I; ensaios clínicos randomizados, nível II; ensaio controlado não randomizado, nível III; estudos caso-controle ou coorte, nível IV; revisões sistemáticas de estudos qualitativos e descritivos, nível V; estudos qualitativos ou

descritivos, nível VI e parecer de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas, nível VII. Esta hierarquia classifica os níveis I e II como fortes, III a V como moderados e VI a VII como fracos.

O quadro 3 apresenta as características principais dos estudos selecionados: autores, ano, país de realização do estudo, participantes, métodos, principais resultados e nível de evidência. Conforme demonstrado no quadro, o ano de publicação variou de 2008 a 2019, todos os estudos foram publicados em âmbito nacional, apenas um estudo teve como público-alvo os profissionais de saúde, houve maior destaque para estudos qualitativos e o nível de evidência predominante foi o VI.

Um dos artigos que abordou a hospitalidade sob a perspectiva do profissional de saúde, destacou a importância desse profissional ter como perfil a hospitalidade, visando o bem-estar do paciente (BARRA *et al.*, 2010). O outro estudo com esse enfoque visou desenvolver uma escala para avaliar a atitude dos enfermeiros em termos de hospitalidade, resultando em uma escala válida e com alta confiabilidade para uso na prática clínica desses profissionais (GONZÁLEZ-SERNA; FERRERAS-MENCIA; ARRIBAS-MARÍN, 2017).

Dentre as pesquisas selecionadas que tiveram como enfoque a hospitalidade do ponto de vista do paciente, foi identificado o reconhecimento da importância da hospitalidade para a humanização da assistência em saúde, com repercussões positivas desta para o cuidado (RODRIGUES; TORRES, 2017; CAVALCANTE; SANTOS, 2016). Também houve destaque para estudos que demonstraram uma avaliação negativa do paciente no que tange à hotelaria hospitalar, com menção de inadequação da infraestrutura, manutenção e equipamentos, hotelaria e assistência (CRUZ, 2019; FERREIRA; DALL'AGNOL, 2015; VIEIRA, 2019). Além disso, houve menção à dificuldade de o paciente reconhecer a hotelaria hospitalar, uma vez que valoriza prioritariamente o atendimento uniprofissional prestado pelo médico do hospital ao qual está internado ou se internará (ROSA JÚNIOR; SANTOS, 2008).

Quadro 3 - Caracterização dos estudos quanto ao título, autores, ano, país de realização do estudo, participantes, tipo de estudo e nível de evidência.

N	TÍTULO	AUTORE S/ ANO	PAÍS	PÚBLICO- ALVO/ AMOSTRA	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA	PRINCIPAIS RESULTADOS
1	Hospitalidade como expressão do cuidado em enfermagem	Barra <i>et al.</i> (2010)	Brasil	Grupo de pós-graduandas em enfermagem	Refletir e discutir a relação existente entre hospitalidade, cuidado e enfermagem sob o olhar e experiências de um grupo de pós-graduandas através do referencial da Hospitalidade enquanto cuidado em Enfermagem.	Estudo qualitativo	VI	Os profissionais de saúde devem ter no seu perfil a hospitalidade, onde o cuidado e o interesse pela busca do bem-estar do ser cuidado sejam valorizados e representativos nos valores institucionais.
2	Desenvolvimento e validação da Escala Axiológica de Hospitalidade para a Humanização da Enfermagem	González-Serna; Ferreras-Mencia; Arribas-Marín (2017)	Brasil	499 profissionais e estudantes de enfermagem	Desenvolver e validar uma escala que permita avaliar a atitude dos enfermeiros em termos de hospitalidade, visando a humanização da enfermagem.	Estudo metodológico	Não se aplica, estudo metodológico	O instrumento desenvolvido apresentou uma validade adequada e uma consistência interna elevada. Com base na consistência de suas propriedades psicométricas, é possível afirmar que a escala proporciona uma medida confiável da hospitalidade.
3	A hospitalidade como diferencial competitivo sob a percepção dos gestores hospitalares: um estudo de caso comparativo	Cruz (2019)	Brasil	10 componentes do Planetree	Contribuir com subsídios para a reflexão sobre a hospitalidade em ambientes hospitalares como fator estratégico, através da busca de documentos científicos e da percepção de gestores hospitalares do Vale do Sinos – RS.	Estudo exploratório, descritivo e qualitativo	VI	Os hospitais ainda não possuem um serviço de hotelaria hospitalar de eficiência. Essas características apresentam-se de forma tímida. A hotelaria hospitalar ainda está em crescimento na maioria dos hospitais.
4	Hospitalidade e humanização no atendimento	Rodrigues; Torres (2017)	Brasil	336 pessoas que frequentavam	Analisar a percepção dos pacientes odontológicos em relação ao atendimento	Estudo qualitativo	VI	O paciente percebe e valoriza a inclinação para uma proposta de humanização, que

N	TÍTULO	AUTORE S/ ANO	PAÍS	PÚBLICO- ALVO/ AMOSTRA	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA	PRINCIPAIS RESULTADOS
	odontológico: a percepção dos pacientes			clínica ou consultório odontológico	prestado pelos dentistas.			envolva a alteridade, o respeito ao indivíduo, a valorização de seus sentimentos, as angústias, os medos e outras aflições que possam influir positivamente ou negativamente no seu tratamento.
5	Hotelaria hospitalar: um estudo de caso no hospital divina providência	Rosa Júnior; Santos (2008)	Brasil	Gestores diretamente vinculados aos setores de hotelaria hospitalar	Verificar se a estrutura e o serviço de atendimento de hotelaria hospitalar podem influenciar os pacientes na escolha de um hospital.	Estudo qualitativo	VI	A estrutura e o atendimento em hotelaria hospitalar não determinam a escolha do paciente, pois a influência do médico é fator de interferência mais significativa no paciente, que muitas vezes não conhece a estrutura e o atendimento do hospital no qual internar-se-á.
6	Hospitalidade inserida na qualidade dos serviços da hotelaria hospitalar	Ferreira; Dall'agnol (2015)	Brasil	184 pacientes hospitalizados	Analisar o índice de satisfação do cliente referente a hotelaria hospitalar no Hospital X da cidade de Curitiba/PR, identificando pontos nas acomodações de internamento que auxiliam em possíveis melhorias para o hospital.	Estudo transversal	VI	No geral a pesquisa apontou falhas na infraestrutura, manutenção e equipamentos, hotelaria e assistência.
7	A Importância da Hospitalidade em Unidades de Saúde: Um Estudo de Caso no Hospital Municipal Ruth Cardoso de Balneário Camboriú/SC	Vieira (2019)	Brasil	5 Pacientes e 5 acompanhantes	Avaliar a hospitalidade no Hospital Municipal Ruth Cardoso, localizado em Balneário Camboriú/SC, de acordo com os parâmetros da filosofia Planetree.	Estudo de caso	VI	A instituição de saúde não abrange todos os aspectos hospitalares, no entanto, os profissionais, junto ao diretor, apresentaram interesse em melhorar o atendimento prestado e do relacionamento com o grande número de

N	TÍTULO	AUTORE S/ ANO	PAÍS	PÚBLICO- ALVO/ AMOSTRA	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA	PRINCIPAIS RESULTADOS
								pacientes e acompanhantes que utilizam os serviços do hospital.
8	Hotelaria hospitalar: um estudo sobre a percepção de mães com bebês internados na UTI Neonatal e dos funcionários do setor no Hospital General Edson Ramalho (João Pessoa/PB)	Cavalcante ; Santos (2016)	Brasil	Mães que se encontram com seus bebês internos durante um longo período na UTI	Investigar a utilização dos conceitos de Hotelaria Hospitalar na UTI Neonatal do Hospital General Edson Ramalho (João Pessoa/PB) e identificar os benefícios propiciados às mães cujos filhos encontram-se internados nesta unidade.	Estudo de caso	VI	O trabalho evidenciou benefícios aos pacientes tanto durante o processo de recuperação, quanto num momento posterior, a partir da utilização de conceitos da hotelaria hospitalar.

Fonte: Elaboração própria (2021).

3 METODOLOGIA

Esta seção tem por objetivo apresentar os aspectos metodológicos do estudo. Inicialmente, são detalhados os procedimentos para a tradução e adaptação transcultural da EAH, em alinhamento à proposta metodológica de Beaton *et al.* (2007), constituída por seis etapas. Em seguida, são apresentados os procedimentos de coleta e análise de dados referentes à análise psicométrica da EAH-Br, mediante sua aplicação junto a uma amostra de profissionais de saúde do Hospital Regional da Unimed – HRU.

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa metodológica. O estudo de validação busca investigar, organizar e analisar dados com o intuito de construir, validar e avaliar instrumentos, resultando na melhoria, e aferição da confiabilidade e da validade desses instrumentos (POLIT; BECK, 2019). Os estudos de tradução e adaptação são implementados para viabilizar o desenvolvimento de instrumentos confiáveis para utilização por pesquisadores em distintos cenários (POLIT; BECK, 2019; LOBIONDO-WOOD; HABRE, 2001).

A proposta do estudo é a validação transcultural da EAH para a versão brasileira. As etapas seguidas foram Tradução Inicial, Síntese das traduções e *Back Translation* ou Retrotradução, Revisão por um Comitê de Especialistas, pré-teste e validação de constructo (BEATON *et al.*, 2007).

3.2 Etapas do estudo

Conforme previamente informado, optou-se neste estudo pela metodologia de sete etapas proposta por Beaton *et al.* (2007). Como ressaltam Silva e Felipini (2018), este modelo é o mais utilizado por pesquisadores brasileiros na tradução e adaptação cultural de instrumentos estrangeiros.

3.2.1 Tradução inicial

Essa primeira etapa foi realizada no mês de novembro de 2020 por meio do convite a dois tradutores bilíngues fluentes no idioma espanhol para efetuar a tradução independente para o idioma português. O tradutor 1 (T1) foi uma brasileira, residente na

Espanha, enfermeira e professora que entendia sobre o construto e tinha experiência em tradução de instrumentos, a fim de fornecer maior semelhança científica e maior equivalência psicométrica. O tradutor (T2) foi uma profissional licenciada em letras português/espanhol, sem conhecimento sobre os conceitos em questão para oferecer uma versão que melhor reflita a linguagem utilizada pela população-alvo. Para codificar as traduções resultantes dessa etapa, utilizaram-se as siglas T1 e T2. Os tradutores preencheram um questionário de identificação (APÊNDICE D).

3.2.2 *Síntese das traduções*

Os pesquisadores do estudo realizaram a síntese das traduções com vistas a mediar as discussões sobre diferenças de tradução, resultando na produção de um documento escrito do processo. Foram comparadas as diferentes traduções (T1 e T2), ponderadas as discrepâncias semânticas, conceituais, linguísticas e culturais, a fim de se chegar a uma única versão. Observou-se pouca divergência entre as traduções, não sendo necessário um observador externo.

3.2.3 *Back translation ou retrotradução*

Almeja-se nessa etapa averiguar se a versão em português da síntese T12 corresponde ao conteúdo original para ratificar que a versão traduzida reflete o conteúdo dos itens.

A versão síntese (síntese T12) do instrumento em língua portuguesa do Brasil foi retro-traduzida para o espanhol por dois tradutores independentes, nativos da língua original do instrumento (espanhol), com fluência na língua espanhola, portuguesa e conhecimento da cultura brasileira, que não participaram da tradução inicial e que não tiveram acesso à versão originalmente publicada da EAH. Também não foram informados dos objetivos da pesquisa e do instrumento original. Dessa etapa, resultaram a BT1 e a BT2.

3.2.4 *Revisão por um comitê de especialistas*

Na revisão por um comitê de especialistas, foi realizada a validação de conteúdo que consiste em um exame sistemático do conteúdo do instrumento para examinar se este realmente constitui uma amostra teórica representativa do construto que se deseja avaliar

(PASQUALI, 2009). A validação foi realizada por nove juízes residentes nos estados do Ceará e São Paulo, seguindo a recomendação de Pasquali (2009).

Realizou-se uma busca na Plataforma *Lattes* do portal do CNPq utilizando os termos: “hospitalidade”, “gestão hospitalar” e “assistência à saúde” para identificar os possíveis juízes. Os juízes foram contactados por e-mail ou telefone e convidados a participar do estudo. Nesse contato, foi solicitado, ainda, a indicação de outros profissionais com expertise no tema para que pudessem contribuir com essa etapa do estudo.

Cada juiz recebeu por e-mail uma carta convite com os objetivos do estudo, a metodologia e a função do *expert* nessa etapa da pesquisa, juntamente com TCLE (APÊNDICE A), formulário de caracterização sociodemográfica e profissional (APÊNDICE B), as versões traduzidas do instrumento geradas nas etapas anteriores, as instruções sobre a avaliação e o instrumento para validação do conteúdo.

Os dados provenientes da avaliação pelo comitê de juízes foram tabulados em uma planilha do *Microsoft Excel*® e exportados para o *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 23.0. Inicialmente foi realizada uma caracterização sociodemográfica, acadêmica e profissional dos juízes da pesquisa, a partir da análise descritiva: as variáveis quantitativas foram expressas em medidas de tendência central e dispersão; as qualitativas, por meio das frequências absoluta e relativa. Utilizou-se o teste de *Shapiro-Wilk* para análise da normalidade dos dados quantitativos.

Para a validade de conteúdo, foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Esse índice mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre os aspectos do instrumento e de seus itens e permite inicialmente analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

No cálculo do IVC foram adotadas três abordagens: 1) o cálculo do *Level Content Validity Index* (IVCi) para cada item individualmente, considerando o número de juízes que avaliaram o item como totalmente adequado e adequado; 2) o cálculo do *Scale-Level Content Validity Index, Average Calculation Method* (IVCd), referente à proporção dos itens de cada domínio do instrumento de coleta de dados e 3) avaliou-se o construto como um todo pela média da proporção dos itens avaliados como totalmente adequado e adequado pelos juízes, *Scale-Level Content Validity Index* (IVCt) (POLIT, BECK, 2019).

A excelência foi alcançada considerando $IVCi \geq 0,78$ e $IVCt \geq 0,90$ (POLIT; BECK, 2019). A confiabilidade foi verificada por meio do teste Coeficiente de Correlação Intraclass (CCI), considerando confiabilidade baixa valores $< 0,40$, moderada de $0,40-0,75$ e excelentes valores $> 0,75$ (SIQUEIRA *et al.*, 2017).

Para melhor avaliação das sugestões realizadas pelos juízes a fim de alcançar mais clareza e melhor compreensão dos itens e da escala como um todo, contactou-se uma brasileira com fluência na língua espanhola para ajudar nesse processo. Assim, organizou-se um encontro virtual via *Google Meet* no qual cada item e cada sugestão foram analisadas e discutidas separadamente de modo a encontrar a melhor tradução e adaptação para o Brasil. Essa reunião durou cerca de uma hora e meia. As sugestões foram apresentadas em quadro para melhor visualização. Por fim, o processo de validade foi encerrado com a construção de uma nova versão do vídeo contemplando as sugestões apontadas pelos juízes.

3.2.5 *Pré-teste*

Após os ajustes realizados na etapa IV, foi realizado um pré-teste, com local de coleta, população e amostra e tabulação e processamento dos dados descritos abaixo.

3.2.5.1 *Local da coleta de dados*

Essa etapa foi realizada no Hospital Regional da Unimed (HRU) de Fortaleza. A escolha desse local ocorreu por ser um hospital terciário de referência do estado do Ceará em nível da saúde suplementar. O HRU atende pacientes de todas as cooperativas filiadas ao sistema UNIMED.

No HRU, o paciente que procura o setor de urgência/emergência do hospital é inicialmente atendido por profissionais administrativos e a seguir encaminhado ao enfermeiro, para classificação do risco do paciente. Em seguida, o paciente é encaminhado para o médico plantonista que determina a conduta para o paciente. Os pacientes que procuram o hospital para procedimentos eletivos, ambulatoriais ou não, e aqueles que procuram o hospital para realização de procedimentos diagnósticos, são atendidos pelo setor administrativo e encaminhados para o setor competente. O serviço conta com uma equipe multidisciplinar com enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais etc., assim como colaboradores da área administrativa e técnicos da área da saúde.

3.2.5.2 População e amostra

O pré-teste foi realizado com uma amostra por conveniência com 30 pessoas da população-alvo, conforme Beaton *et al.* (2007). A EAH traduzida para o português foi aplicada junto aos colaboradores do HRU Fortaleza no setor de urgência/emergência.

Como critérios de inclusão, consistiram em: ser maior de 18 anos de idade, ser enfermeiro, médico ou técnico de enfermagem; e estar diariamente no atendimento direto aos pacientes e/ou familiares de pacientes atendidos no HRU. Os critérios de exclusão foram estar de férias no período de coleta de dados, e ser colaborador há menos de 03 (três) meses. As pessoas que aceitaram participar dessa etapa assinaram o TCLE (APÊNDICE E).

3.2.5.3 Coleta e análise de dados

A coleta de dados do pré-teste aconteceu durante o mês de setembro de 2021 e os colaboradores foram abordados pelo pesquisador durante o turno de serviço e receberam informações quanto aos objetivos do estudo e sua participação. Após o aceite, foi realizada uma entrevista por meio de um instrumento semiestruturado com dados sociodemográficos (APÊNDICE F). Em seguida cada sujeito preencheu um questionário para investigar sobre o significado de cada item do questionário, assinalando sua resposta. Isso garantiu que a versão adaptada ainda mantenha sua equivalência em uma situação aplicada. Além disso, as sugestões dos respondentes foram analisadas com vistas a observar sua pertinência e alteração do instrumento. A distribuição das respostas foi examinada para procurar uma alta proporção de itens ausentes ou respostas únicas (BEATON *et al.*, 2007). Ressalta-se que a maior parte dos entrevistados não tinha nenhum relacionamento prévio com o pesquisador, garantindo assim a inexistência de conflito de interesse em relação aos dados coletados.

Os dados do pré-teste foram coletados, armazenados no *Microsoft Excel*[®] e exportados para o SPSS. Foram descritos os dados socioeconômicos, acadêmicos e profissionais dos participantes do pré-teste por meio de estatísticas descritivas (medidas de tendência central e dispersão para variáveis quantitativas e frequência absoluta e relativa para as qualitativas). O teste da normalidade deu-se pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*.

Utilizou-se um instrumento desenvolvido pelos pesquisadores que avaliou clareza, dificuldade para responder as perguntas, *layout* e dúvidas. Os domínios foram avaliados por meio de uma escala com variação de um a quatro pontos, sendo 1 – não claro, 2 – pouco claro, 3 – claro e 4 – muito claro (Clareza); 1 – muito difícil, 2 – moderado, 3 – fácil e 4 –

muito fácil (Dificuldade); 1 – não adequado, 2 – pouco adequado, 3 – adequado e 4 – muito adequado (Layout). O domínio Dúvida foi avaliado como item de opção dicotômica (sim e não).

Aplicou-se o Índice de Concordância (IC), calculado a partir da média do número de respostas “concordo parcialmente”, “concordo” e “concordo totalmente” selecionadas pelos especialistas para cada item avaliado dividido pelo número total de respostas (COLUCCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Para confiabilidade, calculou-se o CCI, considerando-a excelente quando o valor foi $> 0,75$ (SIQUEIRA *et al.*, 2017).

3.3 Validação de constructo

A validação de constructo foi realizada após concluída a primeira parte da pesquisa - etapas I a VI de Beaton *et al.* (2007), a partir de dados colhidos no HRU, mesmo local da aplicação do pré-teste (estudo piloto).

3.3.1 População e amostra

O HRU possui 1.818 profissionais entre profissionais de nível superior, técnico e da área administrativa. A amostra perfaz 203 profissionais da saúde, selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: ser maior de 18 anos de idade, ser médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem, e estar diariamente no atendimento direto aos pacientes e/ou familiares de pacientes atendidos no HRU. Foram excluídos os profissionais que estavam de férias no período de coleta de dados, que eram colaboradores há menos de 03 (três) meses ou que não aceitaram participar da pesquisa. As pessoas que aceitaram participar dessa etapa assinaram o TCLE (APÊNDICE D).

No intuito de conseguir respondentes que avaliassem todo o constructo, convencionou-se a seleção de 10 a 20 participantes para cada item (HAIR *et al.*, 2013). Utilizou-se a técnica de amostragem não-probabilística, por conveniência, constituída por aqueles que se disponibilizaram a participar da investigação, das três categorias mais numerosas.

Os participantes foram recrutados para preenchimento do instrumento mediante convite verbal realizado na própria instituição de saúde, em seu turno de serviço e de forma reservada. Com aqueles que concordaram em participar do estudo, foi disponibilizado um endereço eletrônico da plataforma *google forms* contendo inicialmente um TCLE e a seguir

um questionário sobre informações sociodemográficas do participante. Por fim, na mesma plataforma os participantes responderam a versão brasileira da EAH.

Considerando o contexto da pandemia do Coronavírus (COVID-19), foram considerados durante a coleta de dados todos os cuidados, a fim de evitar contaminação e propagação do novo Coronavírus (uso de máscaras, higiene das mãos e distanciamento social).

Assim, a fase de validação de constructo do EAH traduzido para o português foi realizada com a participação de profissionais do HRU.

3.3.2 Coleta de dados

Após o aceite, foi realizada uma entrevista presencial por meio de um instrumento semiestruturado com dados sociodemográficos e profissionais (APÊNDICE E); e em seguida foi entregue o instrumento EAH, traduzido para o português do Brasil para autopreenchimento.

A coleta de dados para validação de constructo aconteceu durante os meses de outubro e novembro de 2021.

3.3.3 Análise dos dados

Para as análises psicométricas foram utilizados os programas estatísticos *Factor* (versão 11.05.01) e R (versão 4.1.1). Utilizou-se a *descreever* (AFE) para validade da estrutura interna do EAH, versão em português. A AFE é a análise realizada para explorar a dimensionalidade subjacente de um conjunto de variáveis (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Inicialmente, as medidas de adequação da amostra foram estabelecidas pelo teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* ($KMO > 0,60$) (MAROCO, 2018) e teste de esfericidade de *Bartlett*; a robustez foi determinada a partir da associação de *bootstrap* com extrapolação da amostra para 5000.

A dimensionalidade foi verificada pela técnica de *Parallel Analysis Optimal Implementation* (TIMMERMAN; LORENZO-SEVA, 2011); a extração dos fatores ocorreu pelo método de estimação *Robust Diagonally Weighted Least Squares* (RDWLS), com correlação policórica (AUERSWALD; MOSHAGEN, 2019), e rotação de *Robust Promin* (LORENZO-SEVA; FERRANDO, 2019). Para confirmação do número de fatores, optou-se pelo uso das técnicas *Unidimensional Congruence* ($UniCo > 0,95$), *Explained Common*

Variance (ECV>0,85) e *Mean of Item Residual Absolute Loadings* (MIREAL<0,30) (FERRANDO; LORENZO-SEVA, 2016).

A manutenção dos itens foi explicada pelos critérios: convergência da Matriz Policórica; percentual de covariância destruída para cada item (PCDi); correlação acima de 0,2 com outros dois itens; curtose e assimetria; comunalidades (h^2 >0,40) e valores de carga fatorial (>0,30). A replicabilidade dos itens foi analisada pelo *Generalized G-H Index* (>0,80) (FERRANDO; LORENZO-SEVA, 2016).

Para testar a composição fatorial da EAH-Br e a qualidade do ajustamento do modelo proposto, foi utilizada a Análise Fatorial Confirmatória (AFC). Foram avaliados os índices: razão de qui-quadrado pelos graus de liberdade (χ^2/GL) (<0,2); *Non-Normed Fit Index* (NNFI>0,90); *Comparative Fit Index* (CFI> 0,94); *Goodness of Fit Index* (GFI>0,95); *Adjusted Goodness of Fit Index* (AGFI>0,93); *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA<0,07) e *Root Mean Square of Residuals* (RMSR<0,08) (GORETZKO; PHAM; BÜHNER, 2019).

Dos índices empregados, o TLI indica a qualidade do ajuste; o CFI testa o ajuste do modelo ao medir a discrepância entre os dados e o modelo da hipótese; o GFI representa o grau geral de ajuste; o AGFI é um índice ajustado de qualidade e o RMSEA é uma medida que corrige a tendência estatística qui-quadrado em rejeitar qualquer modelo especificado com uma amostra suficientemente grande, analisando a discrepância entre o modelo de hipótese e a matriz de covariância da amostra (MACHADO *et al.*, 2018; HAIR *et al.*, 2013; HU; BENTLER, 2009).

Para avaliar a confiabilidade do modelo fatorial obtido, empregou-se três indicadores: correlação item-total (>0,30) e coeficiente alfa de *Cronbach* (>0,70), com uso do pacote estatístico “*Psych*” do R (KUAN *et al.* 2019); e fidedignidade composta (FC) (>0,70), calculada com base nas cargas de fator padronizadas e variações de erro (HAIR *et al.*, 2013). A FC foi calculada pela Composite Reliability Calculator (www.thestatisticalmind.com).

O alfa é um coeficiente de correlação que tem como premissa que os itens que compõe o instrumento sejam positivamente relacionados entre si. Os valores de alfa deverão estar entre 0,7 e 0,9. Valores menores que 0,7 indicam que existe baixa correlação entre os itens e valores maiores que 0,9 indicam uma correlação muito forte, o que sugere a existência de redundância entre os itens. O alfa deve ser calculado para a escala como um todo e para cada domínio (TERWEE, 2007).

Os resultados foram apresentados em forma de tabelas e quadros, pois são os melhores meios de visualização dos achados encontrados, permitindo uma compreensão e

interpretação mais rápida e objetiva. Os dados foram analisados em confronto com a revisão da literatura realizada, considerando-se as principais referências teórico-conceituais, bem como os achados de estudos empíricos anteriores.

3.4 Aspectos éticos

A pesquisa obedeceu aos preceitos éticos presentes na Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466/2012, que regulamenta as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Respeitou, ainda, os preceitos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros (BRASIL, 2012). Foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição para avaliação por meio da Plataforma Brasil, base nacional e unificada de registros de pesquisas e após sua aprovação aconteceu a coleta de dados. Todos os participantes assinaram o TCLE e tiveram sua identidade preservada.

Os riscos dessa pesquisa foram mínimos, sendo relacionados à necessidade de sigilo das informações coletadas e possíveis desconfortos ou constrangimento na avaliação dos juízes, no pré-teste e validação de constructo. Foram minimizados por meio de um tempo adequado para responder aos questionários, além de apoio emocional caso houvesse desconforto durante a coleta de dados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta seção apresenta os resultados da pesquisa, conforme os objetivos propostos e em confronto com a literatura.

4.1 Validação pelos especialistas

4.1.1 Caracterização sociodemográfica, acadêmica e profissional dos juízes

A tabela 1 mostra os dados sociodemográficos dos juízes participantes da pesquisa. A maior parte dos juízes era do sexo feminino (77,8%) com média de idade de $43,9 \pm 11,3$ anos e procedente do estado de São Paulo (55,5%). Com o intuito de adaptar o instrumento para o contexto do país, procurou-se contemplar diferentes regiões do Brasil. Contudo, só se obteve retorno de profissionais de São Paulo e Ceará. Infere-se, portanto, que a escala contempla as singularidades de duas grandes regiões do Brasil, denotando que poderá ser utilizada no país.

Prevaleceu a formação em graduação em enfermagem (33,4%), seguida de Turismo (22,2%), sendo observado constante aperfeiçoamento por meio de cursos de pós-graduação *lato sensu* (especialização – 77,8%) e *stricto sensu* (mestrado - 100% e doutorado – 88,9%). As áreas de concentração dos mestrados e doutorados mencionadas foram: Hospitalidade, Cuidados clínicos em enfermagem e saúde, Enfermagem em Promoção da Saúde, Enfermagem Fundamental, Ciências da Comunicação, Administração, História e Linguística Aplicada.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e acadêmica dos juízes da pesquisa.

Dados sociodemográficos	N	%	Média, desvio padrão, máximo, mínimo
Sexo			
Masculino	2	22,2	
Feminino	7	77,8	
Idade			
			Média: $43,9 \pm 11,3$ Max: 63 Min: 29
Estado			
Ceará	4	45,5	
São Paulo	5	55,5	
Formação			
Enfermagem	3	33,4	
Turismo	2	22,2	
Engenharia	1	11,1	

Administração	1	11,1
História	1	11,1
Letras	1	11,1
Tempo de formação		Média: 19,5 \pm 12,5 Max: 42 Min: 4
Pós-Graduação		
Especialização	7	77,8
Mestrado	9	100
Doutorado	8	88,9

Fonte: Elaboração própria (2021).

A tabela 2 apresenta a caracterização profissional dos juízes que participaram do processo de validação de conteúdo da versão brasileira da escala. A quase totalidade (88,9%) dos juízes apresentava experiência profissional na área de hospitalidade, gestão, letras e/ou linguística; 77,8% possuíam experiência na docência na área de hospitalidade, gestão, letras e/ou linguística; e todos já haviam publicado artigo na área de hospitalidade, gestão, letras e/ou linguística. Em relação à área de atuação atual, 88,9% estão atuando na docência e pesquisa e 11,1% na área de gestão e tradução.

Desse modo, é possível verificar que o instrumento foi validado por especialistas qualificados e experientes na área no campo da assistência, ensino e pesquisa do constructo, fator importante para o êxito da validade de conteúdo neste estudo.

Tabela 2 - Caracterização profissional dos juízes da pesquisa.

Dados profissionais	N	%
Experiência profissional na área de hospitalidade, gestão, letras e/ou linguística	8	88,9
Experiência na docência na área de hospitalidade, gestão, letras e/ou linguística	7	77,8
Artigo publicado na área de hospitalidade, gestão, letras e/ou linguística.	9	100
Participação como juiz em outras pesquisas de validação de instrumentos	6	66,7
Área de atuação atual		
Docência	8	88,9
Pesquisa	8	88,9
Gestão	1	11,1
Tradução	1	11,1

Fonte: Elaboração própria (2021).

4.1.2 Validação de conteúdo da EAH-Br

A validade de conteúdo do instrumento foi ponderada segundo as equivalências semântica, idiomática, cultural, conceitual e clareza. Inicialmente, foram avaliados os domínios, valores e instruções de preenchimento do instrumento. De maneira geral, todos apresentaram IVC satisfatórios no tocante às equivalências e clareza; o IVC total foi de 0,99 e a confiabilidade foi considerada excelente (CCI = 0,93) (Tabela 3).

Tabela 3 - Índice de Validade de Conteúdo dos domínios, valores e instruções de preenchimento do instrumento.

Variáveis	Equivalências				Clareza	IVCd	CCI
	Semântica	Idiomática	Experimental	Conceitual			
Domínios	1,00	1,00	1,00	1,00	0,88	0,98	0,92
Valores	0,88	1,00	1,00	1,00	1,00	0,98	0,92
Instruções de preenchimento	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,96
IVCt	-	-	-	-	-	0,99	0,93

IVC = Índice de Validade de Conteúdo; IVCd = Índice de Validade de Conteúdo por domínio; IVCt = Índice de Validade de Conteúdo total; CCI = Coeficiente de Correlação Intraclassa.

Fonte: Elaboração própria (2021).

Quando avaliado o conteúdo dos itens, conforme Tabela 4, observou-se que quatro itens não alcançaram a pontuação mínima estabelecida em, pelo menos, um critério avaliado, ou seja, menor que 0,78. Destaca-se que os itens 3 e 4 não atingiram o valor mínimo em nenhum critério, apontando a necessidade de revisão importante para maior clareza e entendimento desses itens e da escala como um todo.

Quando avaliado o IVC por item, observou-se que, ainda assim, os itens 3 e 4 permaneceram abaixo do valor desejado. Com relação ao CCI, os itens 1, 2 e 15 demonstraram confiabilidade moderada e os demais, excelente. De maneira geral, o IVCt foi de 0,93 e o CCI foi 0,89. Portanto, apesar do instrumento apresentar valores satisfatórios de validação, observou-se a importância e necessidade de revisão de alguns itens da escala para melhor compreensão e utilização no contexto brasileiro.

Tabela 4 - Índice de Validade de Conteúdo dos itens.

Itens	Equivalências				Clareza	IVC	CCI
	Semântica	Idiomática	Experimental	Conceitual			
01	1,00	1,00	1,00	0,88	1,00	0,98	0,71
02	1,00	1,00	0,88	0,88	1,00	0,95	0,75
03	0,66	0,66	0,77	0,66	0,55	0,66	0,95
04	0,77	0,77	0,66	0,66	0,77	0,72	0,98
05	0,88	0,88	0,77	0,77	0,88	0,83	0,93
06	0,88	0,88	0,88	0,88	0,88	0,88	0,96
07	0,88	0,88	0,77	0,88	0,77	0,83	0,91
08	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,95
09	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,95
10	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,95
11	0,88	0,88	0,88	0,88	0,77	0,86	0,94
12	1,00	1,00	1,00	1,00	0,88	0,98	0,97
13	1,00	1,00	1,00	0,88	1,00	0,98	0,78
14	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,96
15	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,74
16	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,78
17	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,87
IVCt	-	-	-	-	-	0,93	0,89

IVC = Índice de Validade de Conteúdo; IVCt = Índice de Validade de Conteúdo total; CCI = Coeficiente de Correlação Intraclassa.

Fonte: elaboração própria (2021).

Os juízes foram, ainda, estimulados a realizar comentários e/ou sugestões para a melhoria da escala, os quais estão dispostos no Quadro 4. Os itens Domínios, Instruções de preenchimento, 8, 10, 14, 16, 17 e pontuação foram mantidos, uma vez que obtiveram IVC adequado e não tiveram nenhuma sugestão dos juízes. No item Valores, as mudanças realizadas se relacionaram à correção de português, acrescentando a crase nos termos: Respeito à vida e Respeito à autonomia dos usuários.

Quadro 4 - Modificações sugeridas pelos juízes na primeira rodada de validação de conteúdo.

Item	Sugestões do juiz	Ação realizada
Domínios	J6 - No item clareza, fico na dúvida se qualidade e Responsabilidade e entendidos por todos da mesma forma J9 - Os termos escolhidos são funcionais no português brasileiro	Mantido
Valores	J2 - Inserir crase nos termos: Respeito à vida Respeito à autonomia dos usuários J9 - Falta o uso da crase no português.	ALTERADO para: Respeito à vida Respeito à autonomia dos usuários
Instruções de preenchimento	J9 - Rever a tradução de USTED. Se o contexto de uso for de cunho mais formal, não caberia a tradução escolhida (VOCÊ).	Mantido
1. Recepção efetiva ou hospitalidade que o profissional oferece ao cliente.	J2 - Acredito que se deve manter o termo usuário em vez de cliente. J6 - No conceitual, recepção efetiva não é sinônimo de hospitalidade J9 - Uniformizar a tradução de "USUARIO" ao português do Brasil.	ALTERADO para: Acolhimento ou hospitalidade que o profissional oferece ao usuário.
2. Atenção que proporciona assistência global, biopsicossocial e espiritual para as necessidades de cada pessoa	J4 - Substituir "global" por "integral". J5 - Achei que a palavra Biopsicossocial possa trazer alguma dúvida de interpretação quando o questionário for preenchido J6 - No experimental e conceitual, rever e assistência espiritual	ALTERADO para: Atenção que proporciona assistência integral para as necessidades de cada pessoa
3. Diligência em promover o bem-estar do paciente pela sua própria conta, sem se anular	J1 - Diligência em promover o bem-estar do paciente de forma espontânea sem se anular. J2 - O termo diligência não é muito usado na área da saúde. A frase em si pode gerar dúvidas aos respondentes. Sugiro, portanto, que seja revista a tradução considerando termos mais simples. Em minha opinião, ficaria assim: Procurar o bem do paciente, mesmo que às custas dele próprio, mas sem se anular. J3 - Acredito que a síntese T1 está mais adequada. J4 - Não tenho uma sugestão, mas percebo confusão entre os sujeitos "Paciente" e quem provê o bem-estar. J6 - O "pela sua própria conta" provoca confusão	ALTERADO para: Disposição do profissional em promover o bem-estar do usuário, auxiliando-o.
4. Condição do profissional que para certas coisas não depende de ninguém	J2 - Inserir vírgulas entre a expressão "para certas coisas" J3 - Esse item está confuso desde a estrutura original. J4 - Sem o contexto, não se compreende o sentido. J5 - A palavra "coisa" pode trazer alguma confusão, dependendo do contexto. J6 - Não consegui entender o q este item	ALTERADO para: Condição de autonomia do profissional para realizar determinadas atividades.

	busca	
5. Valor e excelência científica. Responder conforme o conhecimento científico.	J2 - Sugiro que a última frase seja modificada para: Responde ao saber da ciência. J4 - "Atende ao rigor científico" J6 - A tradução está clara, mas a aplicação da pergunta está confusa para mim	ALTERADO para: Valor e excelência científica. Responde conforme o conhecimento científico.
6. Aproximação afetiva, cordialidade no trato	J4 - "Proximidade afetiva, calor humano"	ALTERADO para: Proximidade afetiva, cordialidade no trato.
7. Sentimento de solidariedade e preocupação com quem sofre adversidades ou desgraças	J1 - Sugiro retirar "ou desgraças". J3 - o que seria essa "desgraça"? J4 - ... com quem sofre punições e adversidades. J6 - O item não está claro, como assim sofrer adversidades?	ALTERADO para: Sentimento de solidariedade e preocupação com quem sofre adversidades.
8. Perícia, aptidão, idoneidade para realização das atividades profissionais.	J9 - Especificar o âmbito profissional.	Mantido
9. Possuir dados e o entendimento científico adequado sobre questões da saúde	J 1 - Acrescentar: Possuir/obter os dados.	ALTERADO para: Possuir dados e conhecimento científico adequado sobre as questões da saúde
10. Prontidão, agilidade, rapidez, cuidado e atenção na execução da assistência.	Sem sugestões	Mantido
11. Identificação mental e afetiva de uma pessoa com o estado de ânimo da outra.	J3 - Acredito que o item original não está adequado. J4 - Utilizar "outrem". J6 - O principal é clareza, confuso o "estado de ânimo da outra"	ALTERADO para: Identificação mental e afetiva com o estado de ânimo da outra pessoa.
12. Dar a cada um o que lhe corresponde ou pertence	J6 - Não consigo apresentar sugestões	ALTERADO para: Dar a cada um conforme suas necessidades.
13. Discernir e distinguir o que é bom ou mau, para seguir ou fugir dele. Sensatez, bom juízo clínico	Sem sugestões	ALTERADO para: Distinguir o que é bom ou mau para fazer ou não fazer. Bom senso.
14. Consideração e respeito em relação à vida	Sem sugestões	Mantido
15. Consideração e respeito em relação aos desejos, valores e crenças dos clientes.	J2 - Sugiro substituir clientes por usuários J3 - Sugiro usuário ao invés de cliente. J9 - Uniformizar a tradução do termo USUARIOS para o português.	Consideração e respeito em relação aos desejos, valores e crenças dos usuários.
16. Agir com naturalidade, espontaneidade e gentileza.	Sem sugestões	Mantido
17. Modo de se expressar sem fingimento. Dizer sempre a verdade.	Sem sugestões	Mantido

Pontuação Estimativa da importância da Hospitalidade como valor ético para a prática profissional. Estimativa da importância da Responsabilidade como valor ético para a prática profissional. Estimativa da importância dos Cuidados Transpessoais como valor ético para a prática profissional. Estimativa da importância da Qualidade como valor ético para a prática profissional. Alta: 86-119 pontos Média: 51-86 pontos Baixa: 0-50 pontos	Sem sugestões	Mantido
--	---------------	---------

Fonte: elaboração própria (2021).

Dois juízes sugeriram alteração do termo cliente para usuário no item 1 que foi acatado, por corresponder a versão original espanhola e ser esse termo usado na Política Nacional de Humanização, sendo esse termo uniformizado em toda a escala. Ademais, segundo o J6, no conceitual, recepção efetiva não é sinônimo de hospitalidade. Assim, foi alterado para acolhimento, uma vez que segundo a Política Nacional de Humanização, é definição como: postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (BRASIL, 2009; BRASIL, 2003).

No item 2, J5 ponderou que a palavra “biopsicossocial” pode gerar dúvidas de interpretação durante o preenchimento da escala e J6 sugeriu, nas equivalências experimental e conceitual, rever assistência espiritual. Desse modo, optou-se por modificar o item para “Atenção que proporciona assistência integral para as necessidades de cada pessoa”, considerando que o termo integral contempla todas as dimensões do indivíduo.

O item 3 recebeu a menor pontuação de IVC em todos os critérios avaliados, tendo um IVC total de 0,66, além de muitas sugestões dos juízes, indicando necessidade de alterações importantes. Para o juiz J2, o termo diligência não é muito usado na área da saúde o que pode favorecer dúvidas aos respondentes. Sugeriu, portanto, a revisão da tradução considerando termos mais simples. O juiz J4 apontou que havia confusão entre os sujeitos

"paciente" e quem provê o bem-estar; e para J6 o termo "pela sua própria conta" provoca confusão. Assim, durante a reavaliação do item, com as mudanças ficou assim: "Disposição do profissional em promover o bem-estar do usuário, auxiliando-o".

Os juízes J3, J4, J5 e J6 julgaram o item 4 pouco claro, o que levou a mudanças para sanar a confusão. Além disso, esse item também obteve IVC abaixo do recomendado (0,72). Com as alterações, o item ficou assim: "Condição de autonomia do profissional para realizar determinadas atividades". Sobre o item 5, J6 apontou que a tradução está clara, mas a aplicação da pergunta estava confusa. Ademais, recebeu IVC 0,77 nos critérios Equivalência Experimental e conceitual. Desse modo, com as sugestões e modificações esse item foi alterado para: "Valor e excelência científica. Responde conforme o conhecimento científico".

Para atender às sugestões do juiz J4 ("Proximidade afetiva, calor humano"), o item 6 foi modificado para "Proximidade afetiva, cordialidade no trato". Como a palavra "desgraça" do item 7 gerou confusão e foi alvo de sugestões pelos juízes J1, J3 e J4 e atendendo às sugestões, esse termo foi retirado. Soma-se ainda o fato de seu IVC nos critérios Equivalência Experimental e clareza ter sido 0,77. O item ficou nesse formato: "Sentimento de solidariedade e preocupação com quem sofre adversidades".

Apesar do juiz J9 sugerir, na versão brasileira, especificar o âmbito profissional do item 8 ("Perícia, aptidão, idoneidade para realização das atividades profissionais"), considerou-se que como a escala é voltada para profissionais da saúde, o âmbito profissional já está especificado. O item 11 recebeu considerações dos juízes J3 (Acredito que o item original não está adequado), J4 (Utilizar "outrem") e J6 (O principal é clareza, confuso o "estado de ânimo da outra"). Seu IVC no critério clareza foi 0,77. Assim, o item foi modificado para "Identificação mental e afetiva com o estado de ânimo da outra pessoa".

Apesar do item 12 ter alcançado IVC adequado, o juiz J6 pontuou necessidade de alterações, porém não conseguiu propor melhorias. Após revisão, o item passou a ser escrito da seguinte forma: "Dar a cada um conforme suas necessidades". E considerou-se que o item 13 ficaria mais bem descrito e mais claro com esse formato: "Distinguir o que é bom ou mau para fazer ou não fazer. Bom senso". As alterações realizadas no item 15 contemplaram a mudança do termo cliente para usuários, conforme recomendação dos juízes J2, J3 e J9.

Após as mudanças e alterações realizadas, obteve-se a 2ª versão Brasileira da Escala Axiológica de Hospitalidade que está apresentada no Quadro 5.

Quadro 5 - Domínios e valores da Escala Axiológica de Hospitalidade (versão original e brasileira)

Domínios	
EAH Original	2ª Versão brasileira EAH
Responsabilidad	Responsabilidade
Respeto	Respeito
Cuidados transpersonales	Cuidados transpessoais
Calidad	Qualidade
Valores	
EAH Original	2ª Versão brasileira EAH
Acogida	Acolhimento
Atención personalizada integral	Atenção personalizada integral
Altruismo	Altruísmo
Autonomíaprofesional	Autonomia profissional
Calidad científica	Qualidade científica
Cercanía	Proximidade
Compasión	Compaixão
Competencia	Competência
Conocimiento científico	Conhecimento científico
Diligência	Diligência
Empatía	Empatia
Justicia	Justiça
Prudencia	Prudência
Respeto a la vida	Respeito à vida
Respeto a autonomíausuarios	Respeito à autonomia dos usuários
Sencillez	Simplicidade
Veracidad	Veracidade

Fonte: elaboração própria (2021).

Quadro 6 - Segunda versão brasileira da Escala Axiológica de Hospitalidade.

Escala Axiológica de Hospitalidade									
Nível de importância que você atribui para alcançar os objetivos da sua prática profissional. Marque uma opção de 0 a 7, considerando "0" nenhuma importância e "7" máxima importância.									
Valores	Item	0	1	2	3	4	5	6	7
Acolhimento	Acolhimento ou hospitalidade que o profissional oferece ao usuário.								
Atenção personalizada integral	Atenção que proporciona assistência integral para as necessidades de cada pessoa								
Altruísmo	Disposição do profissional em promover o bem-estar do usuário, auxiliando-o.								
Autonomia profissional	Condição de autonomia do profissional para realizar determinadas atividades.								
Qualidade científica	Valor e excelência científica. Responde conforme o conhecimento científico.								
Proximidade	Proximidade afetiva, cordialidade no trato.								
Compaixão	Sentimento de solidariedade e preocupação com quem sofre adversidades.								
Competência	Perícia, aptidão, idoneidade para realização das atividades profissionais.								
Conhecimento científico	Possuir dados e conhecimento científico adequado sobre as questões da saúde								
Diligência	Prontidão, agilidade, rapidez, cuidado e atenção na execução da assistência.								
Empatia	Identificação mental e afetiva com o estado de ânimo da outra pessoa.								
Justiça	Dar a cada um conforme suas necessidades.								
Prudência	Distinguir o que é bom ou mau para fazer ou não fazer. Bom senso.								
Respeito à vida	Consideração e respeito em relação à vida								
Respeito à autonomia dos usuários	Consideração e respeito em relação aos desejos, valores e crenças dos usuários.								
Simplicidade	Agir com naturalidade, espontaneidade e gentileza.								
Veracidade	Modo de se expressar sem fingimento. Dizer sempre a verdade.								

Fonte: elaboração própria (2021).

O Quadro 7 evidencia as estimativas das importâncias e pontuação da EAH, na sua versão brasileira. Considerando as mudanças realizadas na 1ª versão adaptada da EAH a partir das contribuições elencadas na primeira rodada de avaliação e do IVC, optou-se por realizar nova avaliação para averiguação da clareza e equivalências do instrumento após as alterações.

Quadro 7 - Estimativas das importâncias e pontuação da Escala Axiológica da Hospitalidade.

Estimativas das importâncias	Pontuação
Responsabilidade como valor ético para a prática profissional.	Alta: 86-119 pontos Média: 51-86 pontos Baixa: 0-50 pontos
Respeito como valor ético para a prática profissional.	
Cuidados Transpessoais como valor ético para a prática profissional.	
Qualidade como valor ético para a prática profissional.	

Fonte: elaboração própria (2021).

Assim, a Tabela 5 exibe os valores do índice de validade de conteúdo da segunda rodada da validação de conteúdo que analisou a 2ª versão da escala e seus itens a fim de aprimorar a tradução e adaptação da EAH para contribuir com o estudo da hospitalidade no Brasil. Na segunda rodada, foram avaliados os mesmos critérios avaliados para os nove juízes que participaram da primeira avaliação. Contudo, obteve-se retorno de oito deles, mesmo após e-mails de lembrete que foram enviados. Todos os itens alcançaram IVC maior que o recomendado, sendo o menor de 0,88 no critério de equivalência semântica no item 1 em todos os critérios do item 2. Todos os demais itens obtiveram pontuação (IVC=1,00) máxima, em todos os critérios analisados e o IVC total da escala foi de 0,99 e CCI = 0,89, sendo, portanto, a ferramenta traduzida e adaptada para o Brasil considerada válida em seu conteúdo.

Tabela 5 - Índice de Validade de Conteúdo da segunda rodada de avaliação segundo os critérios analisados pelos juízes.

Variáveis	Equivalências				Clareza	IVC	CCI
	Semântica	Idiomática	Experimental	Conceitual			
Domínios	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,92
Valores	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Instruções de preenchimento	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
IVCt	-	-	-	-	-	1,00	
Itens	Equivalências				Clareza	IVC	CCI
	Semântica	Idiomática	Experimental	Conceitual			
01	0,88	1,00	1,00	1,00	1,00	0,98	
02	0,88	0,88	0,88	0,88	0,88	0,88	
03	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
04	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
05	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
06	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
07	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
08	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
09	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
10	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
11	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
12	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
13	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
14	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
15	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
16	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
17	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
IVCt	-	-	-	-	-	0,99	0,89

IVC = Índice de Validade de Conteúdo; IVCt = Índice de Validade de Conteúdo total; CCI = Coeficiente de Correlação Intraclass.

Fonte: Elaboração própria (2021).

Como sugestões (Quadro 8), para J7, em relação ao item 1, “acolhimento é a ação inicial da hospitalidade, por isso me incomoda o “ou”. Há acolhimento sem hospitalidade, mas não há hospitalidade sem acolhimento”. Assim, essa sugestão foi acatada e o item 1 ficou da seguinte forma: “Acolhida que o profissional oferece ao usuário”.

Já em relação ao item 2, J4 sugere o termo "biopsicossocial e espiritual" em vez de “integral”, justificando o fato de que o item pode não ser interpretado como deve ser o que foi atendido e o formato do item 2 apresentou-se assim: “Atenção que proporciona assistência integral, biopsicossocial e espiritual, para as necessidades de cada pessoa”. No item 12, J5 e J7 sugeriram o uso do termo 'atender' para ficar mais claro e compreensível. Desse modo, o item 12 foi alterado para “Atender a cada um conforme suas necessidades”.

As demais sugestões para os itens 3, 9, 17 e pontuação não foram acatadas, pois não se considerou sua pertinência, uma vez que não haveria mudanças substanciais na compreensão dos itens.

Quadro 8 - Mudanças propostas pelos juízes na 2ª rodada de avaliação.

Itens	Mudanças	Ação realizada
Valor Acolhimento	J7 - Ao invés de acolhimento, colocaria acolhida...	ALTERADO para: Acolhida
Item 1 Acolhimento ou hospitalidade que o profissional oferece ao usuário.	J7 - O acolhimento é a ação inicial da hospitalidade, por isso me incomoda o OU. Há acolhimento sem hospitalidade, mas não há hospitalidade sem acolhimento	ALTERADO para: Acolhida que o profissional oferece ao usuário.
Item 2 Atenção que proporciona assistência integral para as necessidades de cada pessoa	J4 Sugiro deixar "biopsicossocial e espiritual", talvez só com a palavra integral, o item não seja interpretado como deve ser.	ALTERADO para: Atenção que proporciona assistência integral, biopsicossocial e espiritual, para as necessidades de cada pessoa.
Item 3 Disposição do profissional em promover o bem-estar do usuário, auxiliando-o.	J7 Sugiro apenas retirar o termo "auxiliando-o"	Mantido
Item 9 Possuir dados e conhecimento científico adequado sobre as questões da saúde	J7 - Nada quanto a adequação (só não entendo o campo)	Mantido
Item 12 Dar a cada um conforme suas necessidades.	J5 - Poderia usar "'atender' a cada um conforme suas necessidades." J7 - Está claro, mas "dar a cada um" fica estranho... Poderia ser "atender"? "ajudar"? "apoiar"?	ALTERADO para: Atender a cada um conforme suas necessidades.
Item 17 Modo de se expressar sem fingimento. Dizer sempre a verdade.	J7 - Está claro, mas poderia ser "expressar-se sem fingimento...."	Mantido.
Pontuação	J7 - Está claro, mas no item de "responsabilidade" sinto falta de algo, como "pessoal"	Mantido.

Fonte: Elaboração própria (2021).

Ainda, solicitou-se a avaliação da melhor nomenclatura para a versão brasileira da EAH (Quadro 9), sendo Versão Brasileira da *Escala Axiológica de la Hospitalidad* (EAH-Br) apontada pela maioria (62,5%). Ressalta-se que as estimativas das importâncias e pontuação da terceira versão brasileira da EAH permaneceram as mesmas.

Quadro 9 - Terceira versão brasileira da Escala Axiológica de Hospitalidade.

Escala Axiológica de Hospitalidade									
Nível de importância que você atribui para alcançar os objetivos da sua prática profissional. Marque uma opção de 0 a 7, considerando "0" nenhuma importância e "7" máxima importância.									
Valores	Item	0	1	2	3	4	5	6	7
Acolhida	Acolhida que o profissional oferece ao usuário.								
Atenção personalizada integral	Atenção que proporciona assistência integral, biopsicossocial e espiritual, para as necessidades de cada pessoa.								
Altruísmo	Disposição do profissional em promover o bem-estar do usuário, auxiliando-o.								
Autonomia profissional	Condição de autonomia do profissional para realizar determinadas atividades.								
Qualidade científica	Valor e excelência científica. Responde conforme o conhecimento científico.								
Proximidade	Proximidade afetiva, cordialidade no trato.								
Compaixão	Sentimento de solidariedade e preocupação com quem sofre adversidades.								
Competência	Perícia, aptidão, idoneidade para realização das atividades profissionais.								
Conhecimento científico	Possuir dados e conhecimento científico adequado sobre as questões da saúde.								
Diligência	Prontidão, agilidade, rapidez, cuidado e atenção na execução da assistência.								
Empatia	Identificação mental e afetiva com o estado de ânimo da outra pessoa.								
Justiça	Atender a cada um conforme suas necessidades.								
Prudência	Distinguir o que é bom ou mau para fazer ou não fazer. Bom senso.								
Respeito à vida	Consideração e respeito em relação à vida								
Respeito à autonomia dos usuários	Consideração e respeito em relação aos desejos, valores e crenças dos usuários.								
Simplicidade	Agir com naturalidade, espontaneidade e gentileza.								
Veracidade	Modo de se expressar sem fingimento. Dizer sempre a verdade.								

Fonte: Elaboração própria (2021).

No final, os juízes ainda teceram comentários gerais apoiando e avaliando de uma forma ampla a escala. O J4 parabenizou a pesquisa e espera utilizar a escala associando-a com outros construtos, como, cultura de segurança; J5 recomenda atentar-se apenas ao fato de que, para a literatura de hospitalidade o termo "acolhimento" faz referência a uma de suas dimensões, não sendo sinônimos; e para J8, a escala ficou bem traduzida e adaptada ao

português brasileiro, atendendo às expectativas de adaptação transcultural e parabenizou autor e orientador pelo brilhante trabalho.

Finalizada essa etapa e alcançando uma versão traduzida, adaptada e validada quanto ao seu conteúdo ao contexto e cultura do Brasil, seguiu-se adiante a etapa posterior, qual seja: estudo piloto ou pré-teste.

4.2 Estudo piloto ou pré-teste

Uma das fases importantes para a construção do instrumento é a análise semântica, capaz de verificar a compreensão dos itens para o público ao qual se destina (NUNES *et al.*, 2018). Deve-se verificar se os itens são inteligíveis para o mais baixo letramento, assim como se deve testar para a população com maior letramento do público-alvo.

4.2.1 Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes

O estudo piloto para realização de validação semântica foi realizado com 30 profissionais de saúde, sendo maioria (18; 60%) do sexo feminino, média de idade de 37,6 anos ($DP = \pm 11,3$), com companheiro(a) (13; 43,3%), católicos (19; 63,3%), pardos e brancos (13; 43,3%, cada), com ensino superior (20; 66,7%), conforme Tabela 6.

Tabela 6 - Caracterização sociodemográfica dos participantes do teste piloto.

Dados sociodemográficos	<i>f</i>	%	Outras estatísticas
Sexo			
Masculino	12	40,0	
Feminino	18	60,0	
Idade			Média = 37,6 anos; $DP = \pm 11,3$; Mín. = 22 anos; Máx. = 60 anos.
Estado Civil			
Casado	13	43,3	
Solteiro	12	40,0	
Divorciado	05	16,7	
Religião			
Católica	19	63,3	
Evangélico	08	26,7	
Espírita	03	10,0	
Cor da pele			
Branco	13	43,3	
Pardo	13	43,3	
Preto	03	10,0	
Amarelo	01	3,4	
Escolaridade			
Ensino Médio	10	33,3	
Ensino Superior	20	66,7	

f = frequência absoluta; % = frequência relativa; DP = desvio padrão; Máx. = máximo; Mín. = mínimo.

Fonte: Elaboração própria (2021).

A Tabela 7 apresenta os dados da caracterização profissional dos participantes da pesquisa, constatando tempo médio de formação de 11,6 anos e variação entre 1,7 e 30 anos; distribuição equitativa entre enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem (33,3%, cada) a fim de obter avaliação dos grupos majoritários que atuam na assistência à saúde no referido serviço.

A maioria dos participantes possuía especialização (16; 53,3%) revelando busca por aprimoramento técnico e profissional. O tempo de atuação no hospital foi de $6,4 \pm 5,7$ anos

e no setor em que trabalha, $6,1 \pm 5,2$ anos, o que denota certa experiência profissional e conhecimento das normas e rotinas do serviço. Todos os profissionais atuavam na emergência.

Grande parte dos profissionais (22;73,3%) afirmou que o serviço oferece educação continuada e 13 (43,3%) sujeitos afirmaram ter realizado cursos sobre atendimento ao público. Isso reforça a necessidade de um novo olhar para a assistência à saúde com ações de educação continuada sobre temas técnico-científicos, de normas, rotinas e protocolos e sobre relação entre paciente-profissional, como a hospitalidade.

Tabela 7 - Caracterização profissional dos participantes do teste piloto.

Dados profissionais	<i>f</i>	%	Outras estatísticas
Categoria profissional			
Enfermeiros	10	33,3	
Médicos	10	33,3	
Técnicos de enfermagem	10	33,3	
Tempo de formação			Média = 11,6 anos; DP = $\pm 12,5$ Mín.= 1,7 anos; Máx.= 30 anos
Pós-Graduação			
Não tenho	12	40,0	
Especialização	16	53,3	
Mestrado	02	6,7	
Tempo de atuação no serviço			Média = 6,4 anos; DP = $\pm 5,7$ Mín.= 0,3 anos; Máx.= 22 anos
Setor de trabalho			
Emergência	30	100,0	
Tempo de atuação no setor			Média = 6,1; DP = $\pm 5,2$ Mín.= 0,3 anos; Máx.= 22 anos
Função			
Enfermeiro	10	33,3	
Auxiliar de Enfermagem	10	33,3	
Médico	10	33,3	
Realizou cursos sobre atendimento ao público?			
Sim	13	43,3	
Não	17	56,7	
O serviço oferece educação continuada?			
Sim	22	73,3	
Não	03	10,0	

f = frequência absoluta; % = frequência relativa; DP = desvio padrão; Máx. = máximo; Mín. = mínimo.

Fonte: Elaboração própria (2021).

Na Tabela 8, observou-se que o tempo médio de preenchimento da escala foi $2,1 \pm 0,8$ minutos e variação entre um e quatro minutos. Pode-se afirmar que o instrumento se apresenta claro, uma vez que 18 e 12 profissionais consideraram claro e muito claro, respectivamente. Quando questionados sobre como foi responder as perguntas, 24 (80%)

profissionais responderam fácil ou muito fácil. Apenas seis participantes (20%) consideraram o instrumento com moderada dificuldade.

Esses dados demonstram que o público-alvo conseguiu compreender o instrumento (80%). Pela ausência de dúvidas e sugestões, infere-se que essa dificuldade não se relaciona ao fato de o item está difícil e sim sobre a complexidade da reflexão que o item gera.

O EAH-Br demonstrou ser compreensível ao profissional de saúde, de fácil e rápido preenchimento. Saliente-se ainda que, apenas quatro (13,3%) participantes precisaram de ajuda para responder o questionário, solicitando para o pesquisador repetir instruções gerais sobre preenchimento.

Tabela 8 - Dados relacionados à avaliação do instrumento pelo público-alvo.

Dados teste-piloto	f	%	IC (%)	CCI	Outras estatísticas
Clareza			100,0	0,92	
Claro	18	60,0			
Muito claro	12	40,0			
Dificuldade			80,0	0,87	
Moderado	06	20,0			
Fácil	17	56,7			
Muito fácil	07	23,3			
Layout			100,0	0,88	
Adequado	21	70,0			
Muito adequado	09	30,0			
Dúvidas					
Sim	04	13,3			
Não	26	86,7			
Tempo de preenchimento				-	Média = 2,1; DP = $\pm 0,8$; Mín.= 1 min; Máx.= 4 min
IC total	-	-	93,3	0,89	

F = frequência absoluta; % = frequência relativa; IC = Índice de Concordância; DP = desvio padrão; Mín.= mínimo; Máx.= máximo.

Fonte: Elaboração própria (2021).

Procurou-se manter como fonte *Times New Roman*, tamanho 11, e um espaçamento de 1,5 pontos entre as linhas de forma a facilitar a leitura, mantendo a escala em uma única página. Não houve nenhuma sugestão ou dificuldade relatada ou observada do *layout* do instrumento, mantendo-se parecido com o original. Como não houve sugestões de modificações dos itens, frases ou palavras pelo público-alvo, a escala EAH-Br manteve-se da forma como foi apresentada e seguiu para a validação clínica.

Sobre a avaliação da hospitalidade, os dados mostram que a hospitalidade se mostrou alta já que a média da pontuação da escala foi $111,6 \pm 6,4$, variando entre 95 e 119. Quatro profissionais atingiram a pontuação máxima de 119 pontos (Tabela 9).

Tabela 9 - Avaliação da hospitalidade dos profissionais participantes do teste-piloto segundo a EAH.

Profissional	Pontuação da escala	Máximo	Mínimo	Média \pm DP
1	117	7	6	$6,9 \pm 0,3$
2	117	7	6	$6,9 \pm 0,3$
3	118	7	6	$6,9 \pm 0,24$
4	114	7	6	$6,7 \pm 0,5$
5	111	7	6	$6,5 \pm 0,5$
6	112	7	5	$6,6 \pm 0,7$
7	113	7	6	$6,6 \pm 0,5$
8	106	7	5	$6,2 \pm 0,7$
9	119	7	7	7 ± 0
10	114	7	6	$6,7 \pm 0,5$
11	105	7	4	$6,2 \pm 0,8$
12	111	7	5	$6,5 \pm 0,6$
13	104	7	5	$6,1 \pm 0,8$
14	110	7	5	$6,5 \pm 0,8$
15	117	7	6	$6,9 \pm 0,3$
16	95	6	4	$5,6 \pm 0,6$
17	119	7	7	7 ± 0
18	106	7	3	$6,2 \pm 1,3$
19	101	6	5	$5,9 \pm 0,2$
20	119	7	7	7 ± 0
21	111	7	5	$6,5 \pm 0,6$
22	110	7	5	$6,5 \pm 0,7$
23	118	7	6	$6,9 \pm 0,2$
24	119	7	7	7 ± 0
25	116	7	4	$6,8 \pm 0,7$
26	114	7	6	$6,7 \pm 0,4$
27	111	7	4	$6,5 \pm 0,9$
28	107	7	5	$6,3 \pm 0,7$
29	116	7	6	$6,8 \pm 0,4$
30	99	6	4	$5,8 \pm 0,5$

DP = desvio padrão.

Fonte: Elaboração própria (2021).

Também foi solicitado aos profissionais escreverem seu entendimento em relação à hospitalidade. Observa-se, na Figura 3, que as palavras mais citadas foram paciente/pacientes/cliente (14), atendimento/atender (12), acolhimento/acolhida/acolher (10), tratamento/cuidar/assistência (7).

Figura 3 –
palavras



(2016) refere

análise

é

imprescindível

elo entre a correspondência empírica e teórica do instrumento, além de permitir avaliar aspectos do processo de medida, que poderiam afetar a coleta de dados. Assim, as adequações realizadas foram essenciais para o ajustamento do instrumento, tornando-o claro e compreensível.

4.3 Validação de constructo da EAH-Br

Participaram da validação clínica do EAH-Br 203 sujeitos, cuja caracterização sociodemográfica, clínica e profissional pode ser visualizada na Tabela 10. Houve predominância de indivíduos do sexo feminino (158; 77,8%), com idade entre 21 a 72 anos, casados (103; 50,7%), católicos (148; 72,9%), pardos (107; 52,7%), com ensino médio (113; 55,7%). Os participantes eram, em sua maioria, técnicos de enfermagem (120; 59,1%), com

tempo de formado variando entre um a 48 anos; 75 (39,9%) trabalhavam na enfermagem, tinham de 1 a 26 anos de serviço e exercem função atual de técnico (125; 61,6%).

Observou-se que 123 (60,6%) afirmaram realizar cursos sobre atendimento ao público; 183 (90,1%) relataram que o serviço oferece educação continuada e 135 (66,5%) sabiam o significado do termo “hospitalidade”.

Tabela 10 - Caracterização dos participantes da validação de constructo da EAH-Br.

(continua)

Variáveis	<i>f</i>	%	Outras estatísticas
Dados sociodemográficos			
Idade (em anos)			Mín.= 21 anos; Máx.= 72 anos; Md (p25-p75) = 38 (32-44) anos
Sexo			
Feminino	158	77,8	
Masculino	45	22,2	
Estado civil			
Solteiro(a)	71	35,0	
Casado(a)	103	50,7	
Divorciado(a)	27	13,3	
Viúvo(a)	02	1,0	
Religião			
Católica	148	72,9	
Evangélica	47	23,2	
Espírita	03	1,5	
Judaica	01	0,5	
Sem religião	04	2,0	
Cor da pele (autorreferida)			
Branca	55	27,1	
Parda	107	52,7	
Morena	30	14,8	
Negra	10	4,9	
Amarela (asiática)	01	0,5	
Grau de escolaridade			
Ensino médio	113	55,7	
Ensino superior	90	44,3	
Dados acadêmicos			
Formação profissional			
Técnico de enfermagem	120	59,1	
Enfermagem	55	27,1	
Medicina	28	13,8	

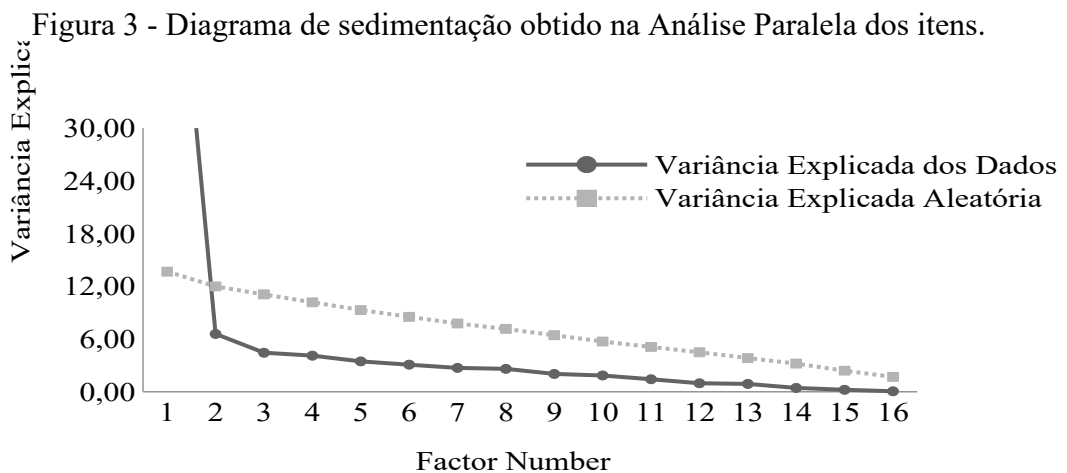
(conclusão)			
Variáveis	<i>f</i>	%	Outras estatísticas
Tempo de formado (em anos)			Mín.= 1 ano; Máx.= 48 anos; Md (p25-p75) = 11 (8-19) anos
Pós-graduação (sim)	80	39,4	
Especialização (sim)	74	36,5	
Mestrado (sim)	04	2,0	
Doutorado (sim)	02	1,0	
Tempo de serviço (em anos)			Mín.= 1 ano; Máx.= 26 anos; Md (p25-p75) = 6 (3-11) anos
Setor em que trabalha			
Centro cirúrgico	39	19,2	
Sala de recuperação pós-anestésica	10	4,9	
Emergência	15	7,4	
Enfermaria	75	36,9	
Hemodinâmica	03	1,5	
Internação	02	1,0	
Maternidade	04	2,0	
Pediatria	14	6,9	
Unidade de Terapia Intensiva	41	20,2	
Função atual			
Técnico de enfermagem	125	61,6	
Enfermeiro	49	24,1	
Médico	27	13,3	
Gestor	02	1,0	
Realizou cursos sobre atendimento ao público?			
Sim	123	60,6	
Não	80	39,4	
O serviço oferece educação continuada?			
Sim	183	90,1	
Não	20	9,9	
Sabe o significado do termo "Hospitalidade"?			
Sim	135	66,5	
Não	09	4,4	
Parcialmente	59	29,1	

f = frequência absoluta; % = frequência relativa; Md = mediana; p25-p75 = percentil 25 e 75%.

Fonte: Elaboração própria (2021).

No que se refere aos resultados decorrentes da aplicação do EAH-Br, observou-se que os dados eram apropriados para realização da análise fatorial, evidenciados pelos testes de esfericidade de *Bartlett* (2250,8; gl=136 e $p < 0,001$) e valor de KMO (0,88 [IC95% = 0,88-0,89]). Ambos os testes são utilizados para testar de que, além da correlação perfeita, não há correlação entre as variáveis, com valores esperados para KMO entre 0,5 a 1 e $p < 0,5$ para *Bartlett* (HAIR *et al.*, 2013).

Dada à adequabilidade da amostra, seguiu-se com a análise paralela, que determina o número de fatores a serem retidos em uma análise fatorial do eixo principal. Em sua versão original, os 17 itens da EAH estão organizados em quatro dimensões/fatores: Respeito, Responsabilidade, Qualidade e Cuidado transpessoal (GONZÁLEZ-SERNA; FERRERAS-MENCIA; ARRIBAS-MARIN, 2017). Contudo, conforme Figura 4, verificou-se a indicação de apenas um fator (linha contínua), responsável pela maior variância explicada dos dados.



Fonte: Elaboração própria (2021).

A unidimensionalidade do instrumento foi confirmada pelos indicadores UniCO (0,98), ECV (0,91) e MIREAL (0,21), por item e valor total (Tabela 11). Com exceção do item 3, os valores de referência dos indicadores sugeriram que os dados devem ser tratados como essencialmente unidimensionais.

Tabela 11 - Indicadores de dimensionalidade.

(continua)

Itens	I-UniCO (IC95%)	I-ECV (IC95%)	I-REAL (IC95%)
01	0,99 (0,95-1,00)	0,95 (0,75-0,99)	0,19 (0,03-0,40)
02	0,97 (0,75-1,00)	0,81 (0,53-0,98)	0,35 (0,12-0,63)
03	0,88 (0,48-0,99)	0,65 (0,35-0,86)	0,53 (0,39-0,77)
04	0,98 (0,65-0,99)	0,83 (0,46-0,95)	0,31 (0,17-0,65)
05	0,99 (0,89-1,00)	0,92 (0,68-1,00)	0,23 (0,01-0,52)
06	1,00 (0,98-1,00)	0,97 (0,84-1,00)	0,15 (0,01-0,36)
07	1,00 (1,00-1,00)	0,99 (0,99-1,00)	0,03 (0,00-0,08)
08	1,00 (0,97-1,00)	0,98 (0,81-1,00)	0,11 (0,01-0,35)
09	1,00 (0,96-1,00)	0,98 (0,77-1,00)	0,11 (0,01-0,34)

(conclusão)			
Itens	I-UniCO (IC95%)	I-ECV (IC95%)	I-REAL (IC95%)
10	1,00 (0,95-1,00)	0,98 (0,76-1,00)	0,12 (0,01-0,42)
11	1,00 (0,98-1,00)	0,97 (0,82-0,99)	0,13 (0,02-0,33)
12	1,00 (0,99-1,00)	0,99 (0,95-1,00)	0,08 (0,00-0,21)
13	0,99 (0,96-1,00)	0,96 (0,77-1,00)	0,17 (0,02-0,42)
14	0,99 (0,94-1,00)	0,91 (0,74-0,99)	0,27 (0,05-0,46)
15	0,98 (0,81-0,99)	0,83 (0,58-0,96)	0,39 (0,21-0,62)
16	0,99 (0,91-1,00)	0,92 (0,69-0,99)	0,25 (0,07-0,48)
17	0,99 (0,70-1,00)	0,90 (0,50-0,99)	0,21 (0,03-0,62)
UniCO	0,98 (0,97-0,99)	-	-
ECV	-	0,91 (0,86-0,94)	-
MIREAL	-	-	0,21 (0,18-0,26)

Unidimensional Congruence e Item Unidimensional Congruence (UniCO/I-UniCO>0,95); *Explained Common Variance e Item Explained Common Variance* (ECV/I-ECV>0,85); *Mean of Item Residual Absolute Loadings e Item Residual Absolute Loadings* (MIREAL/I-REAL<0,30); IC95% = intervalo de confiança de 95%.

Fonte: Elaboração própria (2021).

A divergência da dimensionalidade entre o instrumento original, na análise fatorial de primeira ordem, e a versão brasileira explica-se pela escolha dos testes de retenção de fatores. Enquanto o *software* SPSS utiliza o critério de *eigenvalue*, que tende a superestimar o número de fatores a ser retido devido ao erro amostral (DAMÁSIO, 2012), o *Factor* possibilita o uso da análise paralela e demais indicadores de dimensionalidade.

A vantagem da análise paralela reside no fato da técnica basear-se em amostras, e não na população. Para tal, permite a construção aleatória de um conjunto hipotético de matrizes de correlação de variáveis, utilizando como base a mesma dimensionalidade do conjunto de dados reais. Logo, justifica-se a escolha pela análise paralela pelo fato de a mesma diminuir a probabilidade de retenção equivocada de itens, por considerar o erro amostral e minimizar a influência do tamanho da amostra e das cargas fatoriais dos itens (NOGUEIRA; SEIDL; TRÓCCOLI, 2016; DAMÁSIO, 2012).

Alinhando os achados quanto à dimensionalidade ao constructo, é possível dizer que a escala traduzida e adaptada permite a avaliação de uma percepção geral da Hospitalidade, sem necessidade de fragmentação em múltiplas dimensões.

As cargas fatoriais e comunalidades dos itens foram adequadas e variaram entre 0,64 e 0,85, e 0,41 e 0,86, respectivamente (Tabela 12). As cargas fatoriais indicam quanto um fator explica uma variável, enquanto a comunalidade é a proporção de variabilidade de cada variável que é explicada pelos valores: quanto mais próximo de 1, melhor a variável é explicada pelos fatores (HAIR *et al.*, 2013).

Tabela 12 - Estrutura fatorial do modelo.

Itens	F	h ²
Acolhida que o profissional oferece ao usuário.	0,77	0,60
Atenção que proporciona assistência integral, biopsicossocial e espiritual, para as necessidades de cada pessoa.	0,73	0,53
Disposição do profissional em promover o bem-estar do usuário, auxiliando-o.	0,73	0,53
Condição de autonomia do profissional para realizar determinadas atividades.	0,69	0,47
Valor e excelência científica. Responde conforme o conhecimento científico.	0,77	0,59
Proximidade afetiva, cordialidade no trato.	0,85	0,72
Sentimento de solidariedade e preocupação com quem sofre adversidades.	0,79	0,63
Perícia, aptidão, idoneidade para realização das atividades profissionais.	0,77	0,60
Possuir dados e conhecimento científico adequado sobre as questões da saúde.	0,73	0,53
Prontidão, agilidade, rapidez, cuidado e atenção na execução da assistência.	0,77	0,59
Identificação mental e afetiva com o estado de ânimo da outra pessoa.	0,74	0,54
Atender a cada um conforme suas necessidades.	0,93	0,86
Distinguir o que é bom ou mau para fazer ou não fazer. Bom senso.	0,79	0,62
Consideração e respeito em relação à vida	0,83	0,69
Consideração e respeito em relação aos desejos, valores e crenças dos usuários.	0,84	0,71
Agir com naturalidade, espontaneidade e gentileza.	0,82	0,67
Modo de se expressar sem fingimento. Dizer sempre a verdade.	0,64	0,41

F: carga fatorial; h²: comunalidades.

Fonte: Elaboração própria (2021).

Para avaliar o quão bem o conjunto de itens representou o constructo Hospitalidade, calculou-se o *Generalized G-H Index*, observando o H-latente (0,97 [IC95%=0,95-0,98]) e H-observado (0,81 [IC95%=0,73-1,19]). O índice é limitado entre 0 e 1 e se aproxima da unidade conforme a magnitude das cargas fatoriais e / ou o número de itens aumentam. Valores altos de H (> 0,80) sugerem uma variável latente bem definida, que é mais provável de ser estável entre os estudos. O H-latente avalia o quão bem o fator pode ser identificado pelas variáveis de resposta latente contínua que fundamentam as pontuações dos itens observados, enquanto H-observado avalia quão bem ele pode ser identificado a partir das pontuações dos itens observados.

A correlação item-total e o alfa de *Cronbach* da EAH-Br estão apresentados na Tabela 13. A escala demonstrou boa confiabilidade ($\alpha=0,91$) e fidedignidade (FC=0,86), o que reflete o grau de covariância entre os itens da escala e seu grau de homogeneidade, sendo fortemente influenciado pelo número de itens do instrumento (PASQUALI, 2003). Ressalta-se que o valor de alfa foi superior ao apresentado pelo instrumento em seu idioma original (alfa = 0,90).

O alfa de *Cronbach* indica se os itens realmente mensuram o constructo, mostrando se há interligação entre eles (HAIR *et al.*, 2013). Evidências da literatura

demonstram a fragilidade do alfa e sugerem novos testes, como a FC, técnica que leva em consideração a carga fatorial dos itens (VALENTINI; DAMÁSIO, 2016).

Os coeficientes de correlação item-total variaram de 0,45 a 0,80, sendo todos considerados como ideal (acima de 0,3). Esses achados revelam que os itens foram consistentes. Ademais, mostram homogeneidade e interligação entre os itens (PACHECO *et al.*, 2020).

Tabela 13 - Confiabilidade e correlação item-total do instrumento EAH-Br.

Itens	Média	Desvio Padrão	Correlação item-total	Alfa de Cronbach se item excluído	FC
01	6,69	0,55	0,60	0,90	0,86
02	6,38	0,79	0,62	0,90	
03	6,77	0,47	0,55	0,91	
04	6,22	0,95	0,55	0,91	
05	6,33	0,88	0,67	0,90	
06	6,61	0,72	0,71	0,90	
07	6,71	0,60	0,65	0,90	
08	6,62	0,80	0,51	0,91	
09	6,55	0,69	0,60	0,90	
10	6,76	0,51	0,56	0,91	
11	6,48	0,86	0,54	0,91	
12	6,69	0,62	0,80	0,90	
13	6,68	0,69	0,60	0,90	
14	6,81	0,64	0,45	0,91	
15	6,71	0,61	0,67	0,90	
16	6,80	0,48	0,65	0,90	
17	6,55	0,77	0,49	0,91	
Alfa de Cronbach				0,91	

FC = fidedignidade composta.

Fonte: Elaboração própria (2021).

Para confirmar a estrutura subjacente, na AFC foram explorados os parâmetros psicométricos do modelo da EAH-Br (Tabela 14). Os indicadores de qualidade e adequação do modelo apresentaram estimativas satisfatórias, indicando um ajuste aceitável entre o modelo teórico postulado e os dados da amostra, conforme os valores obtidos nos índices $\chi^2/dl = 1,16$; TLI = 0,99; CFI = 0,99; GFI = 0,99; AGFI = 0,99 e RMSEA = 0,02.

Tabela 14 - Parâmetros psicométricos do modelo da EAH-Br.

Parâmetros psicométricos	Valor	IC95%	Classificação
Teste de qui-quadrado (χ^2/dl)	1,16	-	Adequado
<i>Tucker-Lewis Index</i> (TLI)	0,99	0,99 – 1,01	Excelente
<i>Comparative Fit Index</i> (CFI)	0,99	0,00 – 1,01	Excelente
<i>Goodness of Fit Index</i> (GFI)	0,99	0,99 – 1,00	Adequado
<i>Adjusted Goodness of Fit Index</i> (AGFI)	0,99	0,99 – 1,00	Adequado
<i>Root Mean Square Error of Approximation</i> (RMSEA)	0,04	0,02 – 0,06	Excelente
<i>Root Mean Square of Residuals</i> (RMSR)	0,06	0,04 – 0,07	Adequado

IC95%: Índice de Concordância de 95%; TLI: >0,90; CFI: >0,94; GFI: >0,95; AGFI: >0,93; RMSEA: <0,07 e RMSR: <0,08.

Fonte: Elaboração própria (2021).

Ressalta-se que os parâmetros psicométricos da versão brasileira da EAH foram superiores àqueles apresentados pela sua versão no idioma original. Esses dados atestam um instrumento com estimativas positivas e significativas e garantem a qualidade do ajuste.

A AFC é amplamente utilizada para avaliar a relação entre os itens e os fatores de um instrumento (PEREIRA *et al.*, 2021). Empregou-se a AFC para validar os resultados da AFE, de forma a confirmar que os itens que compõem a escala avaliam o constructo Hospitalidade.

Os resultados da validação clínica do EAH-Br convergem com estudos que adotaram referencial teórico semelhante, mas que abordam escalas com finalidade distinta. Um estudo com objetivo de realizar a adaptação cultural e validação da *Diabetes Management Self-efficacy Scale for Patients with Type 2 Diabetes Mellitus* para uma amostra populacional brasileira, com participação de 200 adultos com diabetes mellitus tipo 2, demonstrou que as equivalências semântica, cultural, conceitual e idiomática foram mantidas, e as propriedades psicométricas mostraram evidências de confiabilidade e de validade da versão brasileira do instrumento (PACE *et al.*, 2017).

Outra pesquisa objetivou o processo de tradução e adaptação transcultural, para a língua portuguesa, da escala *National Emergency Department Overcrowding Score* (NEDOCS) para uso no Brasil. Os resultados indicaram que escala adaptada para o português apresentou equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual com o original, sendo um instrumento confiável para contribuir nos processos gerenciais e assistenciais e fornecer indicadores em saúde (SCHAEFER *et al.*, 2021).

Por sua vez, um estudo baseado no referencial de Beaton *et al.* (2007) com objetivo de traduzir e adaptar a *Champion's Health Belief Model Scale* para a língua portuguesa para uso no Brasil, resultou em um instrumento confiável, válido, estável e capaz de avaliar a adesão de mulheres brasileiras ao exame mamográfico. Na validação de face e

conteúdo, o instrumento apresentou boa aceitação entre os juízes e o público-alvo (MOREIRA et al., 2020).

Como limitações do presente estudo, destaca-se a baixa representatividade geográfica dos juízes na etapa de validação de conteúdo da EAH-Br, pois obteve-se *feedback* somente dos juízes de São Paulo e Ceará, o que demonstra ponderação em relação à generalização dos resultados encontrados relativos à etapa de validação de conteúdo e aparência da versão adaptada da EAH. Além disso, no pré-teste, todos os profissionais atuavam na emergência e na validação clínica, houve representatividade limitada das categorias profissionais, com participação somente de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Destaca-se como importante em futuras pesquisas buscar a participação de profissionais de outros setores e de distintas categorias, com vistas a avaliar a aplicabilidade e confiabilidade da escala em um contexto mais amplo de profissionais.

5 CONCLUSÃO

A hospitalidade, temática em que se insere a presente pesquisa, é uma das expressões do cuidado em saúde, sendo percebida como um conjunto de características qualificadas, humanizadas e acolhedoras por meio de olhares abrangentes voltados para o ser humano. Constitui-se em um valor ético que direciona as ações dos profissionais da saúde, com vistas a garantir uma assistência integral aos pacientes, promovendo conforto e qualidade no atendimento. Está, portanto, está intrinsecamente relacionada à humanização da assistência

Apesar de sua relevância, a construção teórica da hospitalidade, conforme a literatura da área, carece ainda de melhor sistematização e de uma definição conceitual mais integrada. Portanto, mais pesquisas sobre o tema fazem-se necessárias, de modo a contribuir para os avanços no tocante à construção e validação de instrumentos específicos para mensuração desse constructo em diversos países, inclusive no Brasil.

A melhoria das práticas de acolhimento ou hospitalidade constitui-se um desafio para os serviços de saúde. Nesse contexto, obter um instrumento confiável capaz de avaliar esse constructo, e que possa ser utilizado pelos profissionais de saúde para a promoção de um cuidado integral, seguro e humanizado, torna-se fundamental. Em face desta realidade, esta pesquisa teve como objetivo geral realizar a adaptação transcultural da *Escala Axiológica de la Hospitalidad* (EAH) para língua portuguesa do Brasil.

O processo de tradução e adaptação cultural da EAH para o uso no Brasil foi realizado de forma sistematizada e conduzido conforme as recomendações preconizadas para adaptação de instrumentos de medidas, de forma a atingir a reprodutibilidade dos resultados em diversas populações. Nesse íterim, destaca-se que todos os objetivos foram alcançados, conforme descrição a seguir:

Acerca da verificação da validade de conteúdo e de aparência da versão adaptada da EAH, tópico referente ao primeiro objetivo específico, todos os itens da escala apresentaram IVC satisfatórios em relação às equivalências e clareza. Atestou-se que o IVC total da escala quanto aos domínios, valores e instruções de preenchimento foi superior ao ponto de corte de excelência (0,99) e a sua confiabilidade também foi considerada de excelência (CCI = 0,93). Alguns itens da escala foram submetidos à revisão para melhorar a clareza e a compreensão para o contexto brasileiro, conforme sugestões oferecidas pelos juízes. Com relação ao IVC dos itens do instrumento foi igual a 0,93 e o CCI igual a 0,89. No pré-teste, a EAH-Br demonstrou ser compreensível ao profissional de saúde, de fácil e rápido preenchimento.

No intuito de responder aos segundo e terceiro objetivos específicos, realizou-se análises fatoriais exploratória e confirmatória. No pré-teste, a EAH-Br demonstrou ser compreensível ao profissional de saúde, de fácil e rápido preenchimento. A avaliação da hospitalidade entre os participantes do pré-teste obteve classificação alta, com média da pontuação da escala de 111,6+6,4.

No intuito de responder aos segundo e terceiro objetivos específicos, realizou-se análises fatoriais exploratória e confirmatória. A análise fatorial indicou uma correlação perfeita, com valores de KMO entre 0,5 e 1 e $p \leq 0,5$ para Bartlett. Houve adequabilidade das cargas fatoriais e comunalidades dos itens, com variação entre 0,64 e 0,85 e 0,41 a 0,86, respectivamente. A qualidade e adequação do modelo foram satisfatórias, conforme valores obtidos de TLI = 0,99; CFI = 0,99; GFI = 0,99; AGFI = 0,99 e RMSEA = 0,02. Demonstrou-se também uma boa confiabilidade ($\alpha=0,91$) da escala pelo Alfa de Cronbach e fidedignidade composta (FC=0,86).

Em síntese, foi possível atender ao objetivo geral proposto, pois, ao final, realizou-se a adaptação transcultural EAH para língua portuguesa do Brasil, e sua confirmação por meio de testes que expressaram a qualidade do ajuste pela proximidade do modelo conceitual com o modelo estruturado, assegurando, desta forma, sua efetividade e estabilidade. Assim, o presente estudo traz importantes avanços no conhecimento científico sobre as evidências de instrumento para mensuração da Hospitalidade.

A presente pesquisa preencheu a lacuna de escalas direcionadas à mensuração do constructo hospitalidade ou acolhimento na perspectiva dos profissionais de saúde no Brasil. A EAH-Br poderá ser utilizada nos serviços de saúde nacionais tanto por gestores quanto por pesquisadores com a finalidade de promover a humanização das práticas de saúde, a qualificação do cuidado e o fortalecimento do trabalho da equipe multiprofissional, a partir da avaliação da hospitalidade na perspectiva dos profissionais de saúde. De forma indireta, iniciativas como essa são importantes para melhorar a satisfação do paciente e do profissional, proporcionando assim uma assistência efetiva, humanizada e segura.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.
- AARONSON, N. *et al.* Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. **Qual. Life Res.**, v. 11, n. 3, p. 193–205, 2002.
- ARRUDA, C.; SILVA, D. M. G. V. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 65, n. 5, p. 758-766, 2012. DOI: 10.1590/S0034-71672012000500007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/HwtwPFJmYLc57KrCzghm4mH/?lang=pt>. Acesso em: 6 dez. 2021.
- AUERSWALD, M.; MOSHAGEN, M. How to determine the number of factors to retain in exploratory factor analysis: A comparison of extraction methods under realistic conditions. **Psychol. Methods**, v. 24, n. 4, p. 468-491, 2019.
- BARRA, D. C. C. *et al.* Hospitalidade como expressão do cuidado em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n. 2, p. 203-208, 2010. DOI: 10.1590/S0034-71672010000200006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/c93NXRjSRBLVtjmkB35PYCD/?lang=pt>. Acesso em: 06 dez. 2020.
- BEATON, D. E. *et al.* Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **SPINE**, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000. Disponível em: <https://lab.research.sickkids.ca/pscoreprogram/wp-content/uploads/sites/72/2017/12/Beaton2000-GuidelinesCrossCulturalAdaptation.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2020.
- BEATON, D. *et al.* **Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & Quick DASH outcome measures**. Toronto: Institute For Work & Health, 2002, 2007.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BOFF, L. **Virtudes para um outro mundo possível – Hospitalidade: direito e dever de todos**. Petrópolis: Vozes, 2005.
- BOLDORI, H. M., *et al.* Adaptação transcultural da escala National Emergency Department Overcrowding Score (NEDOCS) para uso no Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 42, e20200185, 2021.
- BORGES, J. W. P. **Relação interpessoal no cuidado de enfermagem: elaboração e validação de um instrumento por meio da teoria de resposta ao item**. 2016. 211 f. Tese (Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAVALCANTE, I. C. O. S.; FERREIRA, L. V. F. A importância da hospitalidade e qualidade dos serviços na hotelaria hospitalar. **Rev. Tur. Contemp.**, v. 6, n. 1, p. 41-65, 2018.

CAVALCANTE, E. D. C.; SANTOS, J. A. Hotelaria hospitalar: um estudo sobre a percepção de mães com bebês internados na UTI Neonatal e dos funcionários do setor no Hospital General Edson Ramalho (João Pessoa/PB). **Rev. Hosp.**, v. 13, n. 2, p. 405-428, 2016.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 20, n. 3, p. 925-936, 2015.

COMANDULLI, S. P. E. **A ética da hospitalidade no acolhimento do outro**. 2016. 102 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Programa de Pós-Graduação em Filosofia, Universidade de Caxias do Sul, 2016.

CRUZ, G. L. K. A hospitalidade como diferencial competitivo sob a percepção dos gestores hospitalares: um estudo de caso comparativo. **Rev. Hosp.**, v. 16, n. 1, p. 109-124, 2019.

DAMÁSIO, B. F. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. **Aval. Psicol.**, v. 11, n. 2, p. 213-228, 2012.

FERRANDO, P. J.; LORENZO-SEVA, U. A note on improving EAP trait estimation in oblique factor-analytic and item response theory models. **Psicologica**, v. 37, p. 235-247, 2016.

FERRANDO, P. J.; LORENZO-SEVA, U. Assessing the quality and appropriateness of factor solutions and factor score estimates in exploratory item factor analysis. **Educ. Psychol. Meas.**, v. 78, n. 5, p. 762-780, 2018.

FERREIRA, A. F.; DALL'AGNOL, N. Hospitalidade inserida na qualidade dos serviços da hotelaria hospitalar. In. SEMINÁRIO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM TURISMO, 12., 2015, Natal-RN. **Anais [...]**. Natal-RN: ANPTUR:UFRN, 2015, p. 1-13.

GONZÁLEZ-SERNA, J. M. G.; FERRERAS-MENCIA, S.; ARRIBAS-MARÍN, J. M. Development and validation of the Hospitality Axiological Scale for humanization of nursing care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, p. e2019, 2017.

GJERSING, L.; CAPLEHORN, J.; CLAUSEN, T. Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. **BMC Med. Res. Methodol.**, v. 10, n. 13, 2010.

GORETZKO, D.; PHAM, T. T. H.; BÜHNER, M. Exploratory factor analysis: current use, methodological developments and recommendations for good practice. **Curr. Psychol.**, v. 40, p. 3510-3521, 2019.

GUERRERO, P. *et al.* User embracement as a good practice in primary health care. **Texto Contexto Enferm.**, v. 22, n. 1, p. 132-140, 2013. DOI: 10.1590/S0104-07072013000100016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Jt8dZFcrD8Fj684M8grt95Q/?lang=en>. Acesso em: 06 dez. 2020.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J. Clin. Epidemiol.**, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993.

HAIR, J. F. *et al.* **Multivariate data analysis**. 7. ed. Essex, UK: Pearson Education Limited, 2013.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. **Qual. Life Res.**, v. 7, n. 4, p. 323-335, 1998.

HU, L.; BENTLER, P. M. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. **Struct. Equ. Modeling**, v. 6, n. 1, p. 1-55, 2009.

KUAN, G. *et al.* Psychometric properties of the health-promoting lifestyle profile II: cross-cultural validation of the Malay language version. **BMC Public Health**, v. 19, n. 1, p. 751, 2019.

LEITE, S. S. *et al.* Construction and validation of an educational content validation instrument in health. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, Supl. 4, p. 1635-1641, 2018.

LIMA, A. C. M. A. C. C. *et al.* Development and validation of booklet for prevention of vertical HIV transmission. **Acta Paul. Enferm.**, v. 30, n. 2, p. 181-189, 2017.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABRE, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001.

LORENZO-SEVA, U.; FERRANDO, P. J. Robust promin: a method for diagonally weighted factor rotation. **LIBERABIT (Lima. Impresa)**, v. 25, n. 1, p. 99-106, 2019.

MACHADO, R. S. *et al.* Métodos de adaptação transcultural de instrumentos na área da enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 39, p. e2017-0164, 2018.

MAROCO, J. **Análise estatística com o SPSS Statistics**. Pero Pinheiro: Report Number, 2018.

MASCARENHAS, R. G. T.; SOUZA, J. T. A qualidade percebida pelo paciente através dos serviços da hotelaria hospitalar: um estudo sobre a hospitalidade na área da saúde. **Tur. Soc.**, v. 8, n. 3, p. 419-445, 2015.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. China: Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

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 Contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MENESES, R. D. B. A hospitalidade entre a ascese e a mística pela amizade segundo Derrida. **THÉMATA (Sevilla)**, n. 51, p. 87-103, 2015.

MOREIRA, C. B., *et al.* Evidências de Validade da Champion's Health Belief Model Scale para o Brasil. **Acta Paul Enferm.** 2020, v. 33, p. 1-8, 2020.

NEVES, M.; PRETTO, S. M.; ELY, H. C. Percepções de usuários e trabalhadores de saúde sobre a implantação do acolhimento em uma unidade de saúde em Porto Alegre-RS, Brasil. **Rev. Odontol. UNESP**, v. 42, n. 5, p. 364-371, 2013. DOI: 10.1590/S1807-25772013000500008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rounesp/a/DmZ55kN64Pgnx9HDzPzLrLF/?lang=pt>. Acesso em: 07 dez. 2021.

NOGUEIRA, G. S.; SEIDL, E. M. F.; TRÓCCOLI, B. T. Análise fatorial exploratória do questionário de percepção de doenças versão breve (Brief IPQ). **Psicol. Teor. Pesq.**, v. 32, n. 1, p. 161-168, 2016.

NUNES, L. B. *et al.* Adaptação cultural de um instrumento para avaliar as intervenções de educação terapêutica à pessoa com diabetes. **Cogitare Enferm.**, v. 23, n. 3, p. e55337, 2018.

PACE, A. E. *et al.* Adaptation and validation of the diabetes management self-efficacy scale to Brazilian portuguese. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, p. e2861, 2017. DOI: 10.1590/1518-8345.1543.2861. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/134943/0>. Acesso em: 14 dez. 2020.

PACHECO, H. S. A. *et al.* Validade da escala de comportamento de promoção da saúde Nursing Outcomes Classification em universitários. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, Supl. 5, p. e20200126, 2020.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília: UnB, 1997.

PASQUALI, L. Psicometria. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. esp, p. 992-999, 2009.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

PELISOLI, C. *et al.* Acolhimento em saúde: uma revisão sistemática em periódicos brasileiros. **Estud. Psicol.**, v. 31, n. 2, p. 225-235, 2014.

- PEREIRA, S. S. *et al.* Análise fatorial confirmatória do Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey em profissionais de saúde dos serviços de emergência. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v. 29, p. e3386, 2021.
- PETERS, M.; PASSCHIER, J. Translating instruments for cross - cultural studies in headache research. **Headache**, v. 46, n. 1, p. 82-91, 2006.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Operationalizing the cross-cultural adaptation of epidemiological measurement instruments. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 665-673, 2007.
- RODRIGUES, F. L.; TORRES, R. G. Hospitalidade e humanização no atendimento odontológico: a percepção dos pacientes. **Revista ESPACIOS**, v. 38, n. 44, p. 11-25, 2017.
- ROSA JÚNIOR, G. D.; SANTOS, C. H. S. Hotelaria hospitalar: um estudo de caso no hospital divina providência. **Rosa Ventos**, v. 1, n. 1, p. 25-33, 2008.
- SANTIAGO, J. C. S.; MOREIRA, T. M. M. Booklet content validation on excess weight for adults with hypertension. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 72, n. 1, p. 95-101, 2019.
- SCHVEITZER, M. C.; ZOBOLI, E. L. C. P.; VIEIRA, M. M. S. Nursing challenges for universal health coverage: a systematic review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, p. e2676, 2016.
- SCIENTIFIC ADVISORY COMMITTEE OF MEDICAL OUTCOMES TRUST. Assessing health status and quality of life instruments: attributes and review criteria. **Qual Life Res.**, v. 11, n. 3, p. 193-205, 2002.
- SILVA, N. R.; FELIPINI, L. M. G. Tradução e adaptação transcultural de instrumentos de avaliação em fonoaudiologia para o português brasileiro: uma análise das diretrizes. **TradTerm**, v. 32, p. 32-51, 2018.
- SIQUEIRA, L. D. C. *et al.* Validation of the MISSCARE-BRASIL survey - a tool to assess missed nursing care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, p.e2975, 2017.
- TERWEE, C. B., *et al.* Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **J Clin Epidemiol.**, v. 60, n. 1, p. 34-42, 2007.
- TIMMERMAN, M. E.; LORENZO-SEVA, U. Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. **Psychol. Methods**, v. 16, n. 2, p. 209-220, 2011.
- URRA, M. E.; JANA, A. A.; GARCÍA, V. M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. **Cienc. Enferm.**, v. 17, n. 3, p. 1711-1722, 2011. DOI: 10.4067/S0717-95532011000300002. Disponível em:

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 25 jun. 2016.

VALENTINI, F.; DAMÁSIO, B.F. Variância Média Extraída e Confiabilidade Composta: Indicadores de Precisão. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 32, n. 2, e322225, 2016.

VIEIRA, M. T. A Importância da hospitalidade em unidades de saúde: um estudo de caso no hospital municipal Ruth Cardoso de Balneário Camboriú/SC. **Rev. Hosp.**, v. 16, n. 2, p. 3-30, 2019. DOI: 10.21714/2179-9164.2019.v16n2.001. Disponível em: <https://www.rev Hosp.org/hospitalidade/article/view/811/pdf>. Acesso em: 07 dez. 2021.

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.

ZOBOLI, E. L. C. P.; SCHVEITZER, M. C. Nursing values as social practice: a qualitative meta-synthesis. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 695-703, 2013. DOI: 10.1590/S0104-11692013000300007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/nQL7dvfwkLdxR8Z9HwS7hqg/?lang=en>. Acesso em: 07 dez. 2021.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (JUÍZES)

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar, voluntariamente, da pesquisa intitulada “Tradução e adaptação cultural da Escala Axiológica de La Hospitalidad (EAH) para a língua portuguesa do Brasil”, realizada por mim, Thomaz Zeferino Veras Coelho Junior, para fins de desenvolvimento de minha dissertação no Mestrado Profissional em Administração e Contraladoria, na Universidade Federal do Ceará, sob a orientação do Prof. Dr. Augusto César de Aquino Cabral. O objetivo principal é validar a Escala Axiológica de La Hospitalidad para a língua portuguesa. Sua participação é fundamental e envolverá a apreciação e o julgamento da adequação para o Brasil dos itens que compõem o instrumento “Escala Axiológica de La Hospitalidad”. Essa tarefa será realizada por meio de um formulário online específico.

A participação nesse estudo não trará nenhuma despesa e nem compensação financeira para o senhor(a). Como benefício da participação, tem-se o momento de avaliação como uma oportunidade de estudo e aprofundamento teórico nesse campo do conhecimento, além de contribuir para a validação e adaptação para o Brasil de uma ferramenta de mensuração do acolhimento e hospitalidade nos serviços de saúde a fim de estabelecer estratégias de melhorias contínuas. Esses dados serão guardados sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a), durante cinco anos após o término do estudo e depois serão destruídos, para garantir a manutenção do sigilo e da privacidade do participante, bem como buscando respeitar a sua integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual.

O presente estudo envolve os riscos de aspecto não físico, uma vez que poderá causar constrangimento e/ou desconforto durante a avaliação da escala, que serão minimizados pelo anonimato de sua participação, bem como a sua desistência em qualquer fase da pesquisa. Caso você aceite participar e em algum momento queira desistir poderá retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa. Em qualquer situação, não haverá nenhum prejuízo e/ou punição em detrimento do seu desejo. Os resultados só serão utilizados para fins de divulgação científica, e em nenhuma situação você será identificado. Você poderá acompanhar a pesquisa em todas as suas fases, como também poderá realizar acompanhamentos posteriores ao seu encerramento e/ou interrupção, com garantia ao livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo.

Caso tenha compreendido e deseje participar voluntariamente, você deverá assinar este Termo de Consentimento, em duas vias. Esse documento é para certificar que o(a) senhor (a) concorda em participar dessa pesquisa científica, e declara ter recebido uma cópia do presente Termo de Consentimento, sendo bem instruído (a), de acordo com os princípios da ética.

A qualquer momento você poderá entrar em contato com o pesquisador principal – Thomaz Zeferino Veras Coelho Junior - contato pessoal – (85) 98728-0609 E-mail: thomazeferino69@gmail.com.

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Obrigado por sua colaboração.

Fortaleza-Ceará, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

**APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA
(JUÍZES)**

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO COMITÊ DE JUÍZES	
Nome	
Idade	
Formação	
Tempo de formação (em anos)	
Cidade/ Estado em que trabalha	
Instituição em que trabalha	
Função que exerce	
Formação Acadêmica (Titulação)	<input type="checkbox"/> Doutor <input type="checkbox"/> Mestre <input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> Graduado
Experiência em Gestão	<input type="checkbox"/> Sim Quanto tempo? _____ <input type="checkbox"/> Não
Experiência Docente	<input type="checkbox"/> Sim Quanto tempo? _____ Local: _____ <input type="checkbox"/> Não
Produção Científica (Caso tenha mais de um dos atributos listados, marque mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> Pesquisa envolvendo gestão em serviços de saúde. <input type="checkbox"/> Publicação envolvendo gestão em serviços de saúde. <input type="checkbox"/> Pesquisa envolvendo adaptação transcultural de instrumentos para a saúde.

**APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ESCALA PELOS
ESPECIALISTAS**

FORMULÁRIO

E-mail:

Concordância em participar:

***Caracterização dos juízes**

Nome Completo

Idade

Sexo: () Feminino () Masculino

Estado do país em que trabalha/mora:

Acre (AC)

Alagoas (AL)

Amapá (AP)

Amazonas (AM)

Bahia (BA)

Ceará (CE)

Distrito Federal (DF)

Espírito Santo (ES)

Goiás (GO)

Maranhão (MA)

Mato Grosso (MT)

Mato Grosso do Sul (MS)

Minas Gerais (MG)

Pará (PA)

Paraíba (PB)

Paraná (PR)

Pernambuco (PE)

Piauí (PI)

Rio de Janeiro (RJ)

Rio Grande do Norte (RN)

Rio Grande do Sul (RS)

Rondônia (RO)

Roraima (RR)

Santa Catarina (SC)

São Paulo (SP)

Sergipe (SE)

Tocantins (TO)

Formação profissional/graduação:

Administração

Turismo

Letras

Economia

Medicina

Enfermagem

Outro:

Tempo de formação (em anos):

Possui Especialização: () Sim () Não

Área da Especialização:

Possui Mestrado: () Sim () Não

Área do Mestrado:

Possui Doutorado: () Sim () Não

Área do Doutorado:

Possui experiência profissional na área de hospitalidade, gestão, letras e/ou linguística?

() Sim () Não

Possui experiência na docência na área de hospitalidade, gestão, letras e/ou linguística? () Sim () Não

Possui artigo publicado na área de hospitalidade, gestão, letras e/ou linguística?

() Sim () Não

Já participou como juiz em outras pesquisas de validação de instrumentos?

() Sim () Não

Área de atuação atual: () Docência () Pesquisa () Gestão () Outro

Possui compreensão da língua espanhola? () Básico () Intermediário

() Avançado () Outro:

****Avaliação das equivalências e clareza**

Estamos felizes por ter aceitado ser juiz nesse processo de validação.

Você integra um comitê de profissionais que avaliará a Versão traduzida da Escala Axiológica de Hospitalidade para o Brasil, segundo quatro equivalências e o critério de clareza:

- a) Equivalência semântica (sentido das palavras): corresponde à avaliação gramatical e ao vocabulário na língua original, espanhol, e no português.
- b) Equivalência idiomática (expressão popular): refere-se aos coloquialismos difíceis de traduzir, na qual o comitê precisa formular uma expressão equivalente na versão de destino (português) que não se torne confusa ou de difícil compreensão.
- c) Equivalência experimental (vivência/experiência): procura captar a experiência do cotidiano que, muitas vezes, varia entre países e culturas.
- d) Equivalência conceitual (pertinência dos conceitos e dimensões assimilados na cultura da versão traduzida): corresponde a equivalência dos itens com os domínios a qual pretende medir.

Critério de clareza – o item foi redigido de forma que o conceito esteja compreensível e expressa adequadamente o que se espera levantar, sendo que: 1 = não claro, 2 = pouco claro, 3 = claro e 4 = muito claro.

Para cada critério de equivalência, você tem 4 opções de respostas: 1 - "Item não equivalente", 2 - "Item necessita de grande revisão para ser equivalente", 3 - "Item necessita de pequena revisão para ser equivalente" e 4 - "Item equivalente".

Solicitamos que realize sugestões para melhor adequação à realidade brasileira sempre que julgar pertinente, e principalmente se a resposta for 1 ou 2.

Avalie os DOMÍNIOS da escala conforme os critérios abaixo:

Escala Original	Síntese das traduções T12	Síntese das retrotraduções RT12	Versão Brasileira
Domínios			
Responsabilidad	Responsabilidade	Responsabilidad	Responsabilidade
Respeto	Respeito	Respeto	Respeito
Cuidados transpersonales	Cuidados transpessoais	Cuidados transpersonales	Cuidados transpessoais
Calidad	Qualidade	Calidad	Qualidade

	1 = "Item não equivalente" ou não claro	2 = "Item necessita de grande revisão para ser equivalente" ou pouco claro	3 = "Item necessita de pequena revisão para ser equivalente" ou claro	4 = "Item equivalente" ou muito claro
Equivalência semântica				
Equivalência idiomática				
Equivalência experimental				
Equivalência conceitual				
Clareza				
Sugestões e justificativas dos DOMÍNIOS (informar o critério que está sofrendo justificativa ou sugestão). Ex: pautado no critério de clareza sugiro que o item deva ser escrito desta forma				

Avalie os VALORES da escala conforme os critérios abaixo:

Escala Original	Síntese das traduções T12	Síntese das retrotraduções RT12	Versão Brasileira
Valores			
Acogida	Acolhimento	Acogida	Acolhimento
Atención personalizada integral	Atenção personalizada integral	Atención personalizada integral	Atenção personalizada integral
Altruismo	Altruísmo	Altruismo	Altruísmo
Autonomía profesional	Autonomia profissional	Autonomía profesional	Autonomia profissional
Calidad científica	Qualidade científica	Calidad científica	Qualidade científica
Cercanía	Proximidade	Proximidad	Proximidade
Compasión	Compaixão	Compasión	Compaixão
Competencia	Competência	Competencia	Competência
Conocimiento científico	Conhecimento científico	Conocimiento científico	Conhecimento científico
Diligencia	Diligência	Diligencia	Diligência
Empatía	Empatia	Empatia	Empatia
Justicia	Justiça	Justicia	Justiça
Prudencia	Prudência	Prudencia	Prudência
Respeto a la vida	Respeito a vida	Respeto a la vida	Respeito a vida
Respeto a autonomía usuarios	Respeito a autonomia dos usuários	Respeto a la autonomía de los usuarios	Respeito a autonomia dos usuários
Sencillez	Simplicidade	Simplicidad	Simplicidade
Veracidad	Veracidade	Veracidad	Veracidade

	1 = "Item não equivalente" ou não claro	2 = "Item necessita de grande revisão para ser equivalente" ou pouco claro	3 = "Item necessita de pequena revisão para ser equivalente" ou claro	4 = "Item equivalente" ou muito claro
Equivalência semântica				
Equivalência idiomática				
Equivalência experimental				
Equivalência conceitual				
Clareza				
Sugestões e justificativas dos VALORES (informar o critério que está sofrendo justificativa ou sugestão). Ex: pautado no				

critério de clareza sugiro que o item deva ser escrito desta forma...	
---	--

Avalie as INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO.

	Escala Original	Síntese T12	Síntese das Retrotraduções 1 e 2	Versão Brasileira
	Escala Axiológica de la Hospitalidad	Escala Axiológica de Hospitalidade	Escala Axiológica de Hospitalidad	Escala Axiológica de Hospitalidade
	Escala Original	Síntese T12	Síntese das Retrotraduções 1 e 2	Versão Brasileira
	Grado de importancia que le asignas para lograr los fines de tu práctica profesional. Marcar un valor del 0 (ninguna importancia) al 7 (máxima importancia)	Nível de importância que você atribui para alcançar os objetivos da sua prática profissional. Marque uma opção de 0 a 7, considerando "0" nenhuma importância e "7" máxima importância.	Nível de importancia que usted atribuye para alcanzar los objetivos de su práctica profesional. Marque una opción de 0 a 7, considerando "0" ninguna importancia y "7" máxima importancia.	Grau de importância que você atribui para alcançar os objetivos da sua prática profissional. Marque um valor de 0 (nenhuma importância) a 7 (máxima importância).

	1 = "Item não equivalente" ou não claro	2 = "Item necessita de grande revisão para ser equivalente" ou pouco claro	3 = "Item necessita de pequena revisão para ser equivalente" ou claro	4 = "Item equivalente" ou muito claro
Equivalência semântica				
Equivalência idiomática				
Equivalência experimental				
Equivalência conceitual				
Clareza				
Sugestões e justificativas dos INSTRUÇÕES (informar o critério que está sofrendo justificativa ou sugestão). Ex:				

pautado no critério de clareza sugiro que o item deva ser escrito desta forma....	
---	--

Avalie o ITEM 1

	Escala Original	Síntese T12	Síntese das Retrotraduções 1 e 2	Versão Brasileira
1	Recibimiento efectivo u hospitalidad que ofrece el profesional al usuario	Recepção efetiva ou hospitalidade que oferece o profissional ao usuário	Recepción efectiva u hospitalidad que ofrece el profesional al usuario	Recepção efetiva ou hospitalidade que o profissional oferece ao cliente.

	1 = "Item não equivalente" ou não claro	2 = "Item necessita de grande revisão para ser equivalente" ou pouco claro	3 = "Item necessita de pequena revisão para ser equivalente" ou claro	4 = "Item equivalente" ou muito claro
Equivalência semântica				
Equivalência idiomática				
Equivalência experimental				
Equivalência conceitual				
Clareza				
Sugestões e justificativas dos ITEM 1 (informar o critério que está sofrendo justificativa ou sugestão). Ex: pautado no critério de clareza sugiro que o item deva ser escrito desta forma....				

Avalie o ITEM 2

	Escala Original	Síntese T12	Síntese das Retrotraduções 1 e 2	Versão Brasileira
2	Atención que proporciona asistencia global, biopsicosocial y espiritual, a las necesidades particulares de cada persona	Atenção que proporciona assistência global, biopsicossocial e espiritual, às necessidades particulares de cada pessoa.	Atención que proporciona asistencia global, biopsicosocial y espiritual, para las necesidades particulares de cada persona.	Atenção que proporciona assistência global, biopsicossocial e espiritual para as necessidades particulares de cada pessoa.

	1 = "Item não equivalente" ou não claro	2 = "Item necessita de grande revisão para ser equivalente" ou pouco claro	3 = "Item necessita de pequena revisão para ser equivalente" ou claro	4 = "Item equivalente" ou muito claro
Equivalência semântica				
Equivalência idiomática				
Equivalência experimental				
Equivalência conceitual				
Clareza				
Sugestões e justificativas dos ITEM 2 (informar o critério que está sofrendo justificativa ou sugestão). Ex: pautado no critério de clareza sugiro que o item deva ser escrito desta forma...				

Avalie o ITEM 3

	Escala Original	Síntese T12	Síntese das Retrotraduções 1 e 2	Versão Brasileira
3	Diligencia en procurar el bien del paciente aún a costa del propio aunque sin anularse a sí mismo	Fomentar o bem-estar do paciente pela sua própria conta, sem anular-se a si mesmo.	Fomentar el bienestar del paciente por cuenta propia, sin anularse a sí mismo.	Diligência em promover o bem-estar do paciente pela sua própria conta, sem se anular.

	1 = "Item não equivalente" ou não claro	2 = "Item necessita de grande revisão para ser equivalente" ou pouco claro	3 = "Item necessita de pequena revisão para ser equivalente" ou claro	4 = "Item equivalente" ou muito claro
Equivalência semântica				
Equivalência idiomática				
Equivalência experimental				
Equivalência conceitual				
Clareza				
Sugestões e justificativas dos ITEM 3 (informar o critério que está sofrendo justificativa ou sugestão). Ex: pautado no critério de clareza sugiro que o item deva ser escrito desta forma....				

Avalie o ITEM 4

	Escala Original	Síntese T12	Síntese das Retrotraduções 1 e 2	Versão Brasileira
4	Condición del profesional que, para ciertas cosas, no depende de nadie.	Condição do profissional, que para certas coisas, não depende de ninguém.	Condición del profesional, que para ciertas cosas, no depende de nadie.	Condição do profissional que para certas coisas não depende de ninguém.

	1 = "Item não equivalente" ou não claro	2 = "Item necessita de grande revisão para ser equivalente" ou pouco claro	3 = "Item necessita de pequena revisão para ser equivalente" ou claro	4 = "Item equivalente" ou muito claro
Equivalência semântica				
Equivalência idiomática				
Equivalência experimental				
Equivalência conceitual				
Clareza				
Sugestões e justificativas dos ITEM 4 (informar o critério que está sofrendo justificativa ou sugestão). Ex: pautado no critério de clareza sugiro que o item deva ser escrito desta forma....				

Avalie o ITEM 5

	Escala Original	Síntese T12	Síntese das Retrotraduções 1 e 2	Versão Brasileira
5	Valor y excelencia científica. Responde a lo que la ciencia sabe	Valor e excelência científica. Dar resposta ao conhecimento científico.	Valor y excelencia científica. Dar respuesta al conocimiento científico.	Valor e excelência científica. Responder conforme o conhecimento científico.

	1 = "Item não equivalente" ou não claro	2 = "Item necessita de grande revisão para ser equivalente" ou pouco claro	3 = "Item necessita de pequena revisão para ser equivalente" ou claro	4 = "Item equivalente" ou muito claro
Equivalência semântica				
Equivalência idiomática				
Equivalência experimental				
Equivalência conceitual				
Clareza				
Sugestões e justificativas dos ITEM 5 (informar o critério que está sofrendo justificativa ou sugestão). Ex: pautado no critério de clareza sugiro que o item deva ser escrito desta forma....				

Avalie o ITEM 6

	Escala Original	Síntese T12	Síntese das Retrotraduções 1 e 2	Versão Brasileira
6	Proximidad afectiva, calidez en el trato.	Aproximação afetiva, calor humano.	Proximidad afectiva, calor humano.	Aproximação afetiva, cordialidade no trato.

	1 = "Item não equivalente" ou não claro	2 = "Item necessita de grande revisão para ser equivalente" ou pouco claro	3 = "Item necessita de pequena revisão para ser equivalente" ou claro	4 = "Item equivalente" ou muito claro
Equivalência semântica				
Equivalência idiomática				
Equivalência experimental				
Equivalência conceitual				
Clareza				
Sugestões e justificativas dos ITEM 6 (informar o critério que está sofrendo justificativa ou sugestão). Ex: pautado no critério de clareza sugiro que o item deva ser escrito desta forma....				

Avalie o ITEM 7

	Escala Original	Síntese T12	Síntese das Retrotraduções 1 e 2	Versão Brasileira
7	Sentimiento de solidaridad y preocupación que se tiene hacia quienes sufren penalidades o desgracias.	Sentimento de solidariedade e preocupação com quem sofre penas ou desgraças.	Sentimiento de solidaridad y preocupación con quien sufre adversidades o desgracias.	Sentimento de solidariedade e preocupação com quem sofre adversidades ou desgraças.

	1 = "Item não equivalente" ou não claro	2 = "Item necessita de grande revisão para ser equivalente" ou pouco claro	3 = "Item necessita de pequena revisão para ser equivalente" ou claro	4 = "Item equivalente" ou muito claro
Equivalência semântica				
Equivalência idiomática				
Equivalência experimental				
Equivalência conceitual				
Clareza				
Sugestões e justificativas dos ITEM 7 (informar o critério que está sofrendo justificativa ou sugestão). Ex: pautado no critério de clareza sugiro que o item deva ser escrito desta forma...				

Avalie o ITEM 8

	Escala Original	Síntese T12	Síntese das Retrotraduções 1 e 2	Versão Brasileira
8	Pericia, aptitud, idoneidad para realizar la acción del profesional de la salud.	Pericia, aptidão, idoneidade para realizar as atividades do profissional da saúde.	Pericia, aptitud, idoneidad para realizar las actividades del profesional de la salud.	Perícia, aptidão, idoneidade para realização das atividades profissionais.

	1 = "Item não equivalente" ou não claro	2 = "Item necessita de grande revisão para ser equivalente" ou pouco claro	3 = "Item necessita de pequena revisão para ser equivalente" ou claro	4 = "Item equivalente" ou muito claro
Equivalência semântica				
Equivalência idiomática				
Equivalência experimental				
Equivalência conceitual				
Clareza				
Sugestões e justificativas dos ITEM 8 (informar o critério que está sofrendo justificativa ou sugestão). Ex: pautado no critério de clareza sugiro que o item deva ser escrito desta forma....				

Avalie o ITEM 9

	Escala Original	Síntese T12	Síntese das Retrotraduções 1 e 2	Versão Brasileira
9	Poseer los datos y el entendimiento científico adecuado sobre cuestiones de la salud.	Possuir os dados e o entendimento científico adequado sobre questões da saúde.	Poseer los datos y el entendimiento científico adecuado sobre cuestiones de salud.	Possuir os dados e o entendimento científico adequado sobre questões da saúde.

	1 = "Item não equivalente" ou não claro	2 = "Item necessita de grande revisão para ser equivalente" ou pouco claro	3 = "Item necessita de pequena revisão para ser equivalente" ou claro	4 = "Item equivalente" ou muito claro
Equivalência semântica				
Equivalência idiomática				
Equivalência experimental				
Equivalência conceitual				
Clareza				
Sugestões e justificativas dos ITEM 9 (informar o critério que está sofrendo justificativa ou sugestão). Ex: pautado no critério de clareza sugiro que o item deva ser escrito desta forma....				

Avalie o ITEM 10

	Escala Original	Síntese T12	Síntese das Retrotraduções 1 e 2	Versão Brasileira
10	Prontitud, agilidad, prisa, cuidado y actividad en ejecutar la assistência.	Prontidão, agilidade, rapidez, cuidado e atenção na execução da assistência.	Prontitud, agilidad, rapidez, cuidado y atención en la ejecución de la assistência.	Prontidão, agilidade, rapidez, cuidado e atenção na execução da assistência.

	1 = "Item não equivalente" ou não claro	2 = "Item necessita de grande revisão para ser equivalente" ou pouco claro	3 = "Item necessita de pequena revisão para ser equivalente" ou claro	4 = "Item equivalente" ou muito claro
Equivalência semântica				
Equivalência idiomática				
Equivalência experimental				
Equivalência conceitual				
Clareza				
Sugestões e justificativas dos ITEM 10 (informar o critério que está sofrendo justificativa ou sugestão). Ex: pautado no critério de clareza sugiro que o item deva ser escrito desta forma....				

Avalie o ITEM 11

	Escala Original	Síntese T12	Síntese das Retrotraduções 1 e 2	Versão Brasileira
11	Identificación mental y afectiva de un sujeto con el estado de ánimo de outro.	Identificação mental e afetiva de uma pessoa com o estado de ânimo da outra.	Identificación mental y afectiva de una persona con el estado de ánimo de la otra.	Identificação mental e afetiva de uma pessoa com o estado de ânimo da outra.

	1 = "Item não equivalente" ou não claro	2 = "Item necessita de grande revisão para ser equivalente" ou pouco claro	3 = "Item necessita de pequena revisão para ser equivalente" ou claro	4 = "Item equivalente" ou muito claro
Equivalência semântica				
Equivalência idiomática				
Equivalência experimental				
Equivalência conceitual				
Clareza				
Sugestões e justificativas dos ITEM 11 (informar o critério que está sofrendo justificativa ou sugestão). Ex: pautado no critério de clareza sugiro que o item deva ser escrito desta forma....				

Avalie o ITEM 12

	Escala Original	Síntese T12	Síntese das Retrotraduções 1 e 2	Versão Brasileira
12	Dar a cada uno lo que le corresponde o pertencece.	Conceder a cada um o que lhe corresponde ou pertence.	Dar a cada uno lo que le corresponde o pertenece.	Dar a cada um o que lhe corresponde ou pertence.

	1 = "Item não equivalente" ou não claro	2 = "Item necessita de grande revisão para ser equivalente" ou pouco claro	3 = "Item necessita de pequena revisão para ser equivalente" ou claro	4 = "Item equivalente" ou muito claro
Equivalência semântica				
Equivalência idiomática				
Equivalência experimental				
Equivalência conceitual				
Clareza				
Sugestões e justificativas dos ITEM 12 (informar o critério que está sofrendo justificativa ou sugestão). Ex: pautado no critério de clareza sugiro que o item deva ser escrito desta forma....				

Avalie o ITEM 13

	Escala Original	Síntese T12	Síntese das Retrotraduções 1 e 2	Versão Brasileira
13	Discernir y distinguir lo que es bueno o malo, para seguirlo o huir de ello. Sensatez, buen juicio clínico.	Discernir e distinguir o que é bom ou mau, para seguir ou fugir dele. Sensatez, bom juízo clínico.	Discernir y distinguir lo bueno de lo malo, para seguirlo o huir de él. Sensatez, buen juicio clínico.	Discernir e distinguir o que é bom ou mau, para seguir ou fugir dele. Sensatez, bom juízo clínico.

	1 = "Item não equivalente" ou não claro	2 = "Item necessita de grande revisão para ser equivalente" ou pouco claro	3 = "Item necessita de pequena revisão para ser equivalente" ou claro	4 = "Item equivalente" ou muito claro
Equivalência semântica				
Equivalência idiomática				
Equivalência experimental				
Equivalência conceitual				
Clareza				
Sugestões e justificativas dos ITEM 13 (informar o critério que está sofrendo justificativa ou sugestão). Ex: pautado no critério de clareza sugiro que o item deva ser escrito desta forma...				

Avalie o ITEM 14

	Escala Original	Síntese T12	Síntese das Retrotraduções 1 e 2	Versão Brasileira
14	Consideración y deferencia hacia la vida. No maleficência.	Consideração e deferência em relação à vida. Não-maleficência.	Consideración y deferencia con relación a la vida. No-malevolencia.	Consideração e respeito em relação à vida. Não-maleficência.

	1 = "Item não equivalente" ou não claro	2 = "Item necessita de grande revisão para ser equivalente" ou pouco claro	3 = "Item necessita de pequena revisão para ser equivalente" ou claro	4 = "Item equivalente" ou muito claro
Equivalência semântica				
Equivalência idiomática				
Equivalência experimental				
Equivalência conceitual				
Clareza				
Sugestões e justificativas dos ITEM 14 (informar o critério que está sofrendo justificativa ou sugestão). Ex: pautado no critério de clareza sugiro que o item deva ser escrito desta forma....				

Avalie o ITEM 15

	Escala Original	Síntese T12	Síntese das Retrotraduções 1 e 2	Versão Brasileira
15	Consideración y deferencia hacia los deseos, valores y creencias de los usuarios.	Consideração e deferência em relação aos desejos, valores e crenças dos usuários.	Consideración y deferencia en relación a los deseos, valores y creencias de los usuarios.	Consideração e respeito em relação aos desejos, valores e crenças dos clientes.

	1 = "Item não equivalente" ou não claro	2 = "Item necessita de grande revisão para ser equivalente" ou pouco claro	3 = "Item necessita de pequena revisão para ser equivalente" ou claro	4 = "Item equivalente" ou muito claro
Equivalência semântica				
Equivalência idiomática				
Equivalência experimental				
Equivalência conceitual				
Clareza				
Sugestões e justificativas dos ITEM 15 (informar o critério que está sofrendo justificativa ou sugestão). Ex: pautado no critério de clareza sugiro que o item deva ser escrito desta forma....				

Avalie o ITEM 16

	Escala Original	Síntese T12	Síntese das Retrotraduções 1 e 2	Versão Brasileira
16	Obrar con naturalidad, con espontaneidad, con llaneza.	Agir com naturalidade, com espontaneidade, com gentileza.	Actuar con naturalidad, con espontaneidad, con gentileza.	Agir com naturalidade, espontaneidade e gentileza.

	1 = "Item não equivalente" ou não claro	2 = "Item necessita de grande revisão para ser equivalente" ou pouco claro	3 = "Item necessita de pequena revisão para ser equivalente" ou claro	4 = "Item equivalente" ou muito claro
Equivalência semântica				
Equivalência idiomática				
Equivalência experimental				
Equivalência conceitual				
Clareza				
Sugestões e justificativas dos ITEM 16 (informar o critério que está sofrendo justificativa ou sugestão). Ex: pautado no critério de clareza sugiro que o item deva ser escrito desta forma....				

Avalie o ITEM 17

	Escala Original	Síntese T12	Síntese das Retrotraduções 1 e 2	Versão Brasileira
17	Modo de expresarse libre de fingimiento. Decir siempre la verdad.	Modo de se expressar sem fingimento. Dizer sempre a verdade.	Forma de expresarse sin fingir. Decir siempre la verdad.	Modo de se expressar sem fingimento. Dizer sempre a verdade.

	1 = "Item não equivalente" ou não claro	2 = "Item necessita de grande revisão para ser equivalente" ou pouco claro	3 = "Item necessita de pequena revisão para ser equivalente" ou claro	4 = "Item equivalente" ou muito claro
Equivalência semântica				
Equivalência idiomática				
Equivalência experimental				
Equivalência conceitual				
Clareza				
Sugestões e justificativas dos ITEM 17 (informar o critério que está sofrendo justificativa ou sugestão). Ex: pautado no critério de clareza sugiro que o item deva ser escrito desta forma....				

Pontuação

Escala Original	Síntese T12	Síntese RT12	Versão brasileira
Estimación de la importancia de la Hospitalidad como valor ético para la práctica profesional.	Estimativa da importância da Hospitalidade como valor ético para a prática profissional.	Estimación de la importancia de la Hospitalidad como valor ético para la práctica profesional.	Estimativa da importância da Hospitalidade como valor ético para a prática profissional.
Estimación de la importancia de la Responsabilidad como valor ético para la práctica profesional.	Estimativa da importância da Responsabilidade como valor ético para a prática profissional.	Estimación de la importancia de la Responsabilidad como valor ético para la práctica profesional.	Estimativa da importância da Responsabilidade como valor ético para a prática profissional.
Estimación de la importancia del Respeto como valor ético para la práctica profesional.	Estimativa da importância do Respeito como valor ético para a prática profissional.	Estimación de la importancia del Respeto como valor ético para la práctica profesional.	Estimativa da importância do Respeito como valor ético para a prática profissional.
Estimación de la importancia de los Cuidados Transpersonales como valor ético para la práctica profesional.	Estimativa da importância dos Cuidados Transpessoais como valor ético para a prática profissional.	Estimación de la importancia de los Cuidados Transpersonales como valor ético para la práctica profesional.	Estimativa da importância dos Cuidados Transpessoais como valor ético para a prática profissional.
Estimación de la importancia de la Calidad como valor ético para la práctica profesional.	Estimativa da importância da Qualidade como valor ético para a prática profissional.	Estimación de la importancia de la Calidad como valor ético para la práctica profesional.	Estimativa da importância da Qualidade como valor ético para a prática profissional.
Alta: 86-119 puntos Media: 51-85 puntos Baja: 0-50 puntos	Alta: 86-119 pontos Média: 51-86 pontos Baixa: 0-50 pontos	Alta: 86-119 puntos Media: 51-86 puntos Baja: 0-50 puntos	Alta: 86-119 pontos Média: 51-86 pontos Baixa: 0-50 pontos

	1 = "Item não equivalente" ou não claro	2 = "Item necessita de grande revisão para ser equivalente" ou pouco claro	3 = "Item necessita de pequena revisão para ser equivalente" ou claro	4 = "Item equivalente" ou muito claro
Equivalência semântica				
Equivalência idiomática				
Equivalência experimental				
Equivalência conceitual				
Clareza				
Sugestões e justificativas da PONTUAÇÃO (informar o critério que está sofrendo justificativa ou sugestão). Ex: pautado no critério de clareza sugiro que o item deva ser escrito desta forma...				

APÊNDICE D - FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO TRADUTOR

Identificação do tradutor	
01 .	Nome completo:
02 .	Sexo: () Feminino () Masculino
03 .	Idade
04 .	Nacionalidade/ Cidade onde nasceu:
05 .	Cidade onde reside atualmente
06 .	Qual idioma nativo?
07 .	Fluente em quais idiomas?
08 .	Já morou na Espanha? Por quanto tempo?
09 .	Formação/atuação
10 .	Tempo de formação:
11 .	Ocupação atual
12 .	Local de Trabalho
13 .	Cidade onde Trabalha
14 .	Conhece o tema Hospitalidade?
15 .	Já desenvolveu algum trabalho sobre Hospitalidade?

Nossos sinceros agradecimentos por participar da pesquisa!

<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 80%; margin: 0 auto; text-align: center;"> (Assinatura do tradutor) </div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 80%; margin: 0 auto; text-align: center;"> Prof. Dr. Augusto Cabral </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 80%; margin: 0 auto; text-align: center;"> Thomaz Zeferino Veras Coelho Jr </div>
Fortaleza, ____ / ____ / ____	

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PÚBLICO-ALVO)

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar, voluntariamente, da pesquisa intitulada “Tradução e adaptação cultural da Escala Axiologica de La Hospitalidad (EAH) para a língua portuguesa do Brasil”, realizada por mim, Thomaz Zeferino Veras Coelho Junior, para fins de desenvolvimento de minha dissertação no Mestrado Profissional em Administração e Contraladoria, na Universidade Federal do Ceará, sob a orientação do Prof. Dr. Augusto Cabral cujo objetivo é validar a Escala Axiologica de La Hospitalidade para a língua portuguesa. Sua colaboração será responder uma escala sobre hospitalidade e acolhimento em serviços de saúde, além de um formulário com perguntas acerca de dados sociodemográficos.

O pesquisador irá realizar uma entrevista, respeitando sua disponibilidade. Os riscos da pesquisa estão relacionados a possíveis constrangimentos e emoção durante aplicação do instrumento, e caso ocorram desconfortos em relação a algumas perguntas, você poderá se negar a responder e receberá assistência física ou emocional se ao responder a entrevista tiver alguma necessidade. Como benefícios tem-se a oportunidade de estudo e aprofundamento teórico nesse campo do conhecimento, além de contribuir para a validação e adaptação para o Brasil de uma ferramenta de mensuração do acolhimento e hospitalidade nos serviços de saúde a fim de estabelecer estratégias de melhorias contínuas.

Essas informações serão somente utilizadas em publicações em livro, artigos científicos ou divulgação em eventos de caráter científico, mas sem que seu nome ou qualquer outra informação que o (a) identifique seja revelado e estarão à sua disposição, quando finalizados.

Informo que este trabalho não fornecerá nenhum tipo de pagamento ao (à) senhor (a) e também não implicará em nenhum custo como participante do estudo.

Será garantido ao (à) senhor (a) o direito ao anonimato, bem como se retirar da pesquisa a qualquer momento, se esse for o seu desejo, sem que isso implique em prejuízo para sua assistência. As informações dessas entrevistas somente serão utilizadas no propósito da pesquisa.

Caso concorde em participar, deverá assinar o termo de consentimento pós-informado abaixo, o qual lhe será entregue uma via, e caso tenha dúvidas relacionada à pesquisa, antes ou depois do seu desenvolvimento, ou desistir de fazer parte dele, entrarei em contato com o pesquisador Thomaz Zeferino Veras Coelho Junior, contato pessoal (85) 98728-0609 e e-mail: thomazeferino1969@gmail.com.

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Espero contar com sua colaboração, pois ela é muito importante para a realização desse trabalho, bem como para melhoria da qualidade da assistência em saúde e da experiência do paciente nos serviços de saúde.

Termo de Consentimento Pós-Informado

Declaro que após convenientemente esclarecido (a) pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

Obrigado por sua colaboração.

Fortaleza-Ceará, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE F - FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA (PÚBLICO-ALVO)

I - DADOS PESSOAIS

- | | | |
|-----|--|---|
| 1. | Nome: | COD. |
| 2. | Idade: | |
| 3. | Sexo: | (1). M (2). F |
| 4. | Estado Civil: | (1) casado/união estável (2) solteiro
(3) viúvo (4) divorciado |
| 5. | Religião: | (1) Católica (2) Evangélica
(3) Espírita (4) Outra |
| 6. | Cor da pele/etnia
(autorreferida): | (1) branca (2) preta (3) amarela (4) parda
(5) indígena (6) outra: _____ |
| 7. | Grau de escolaridade: | (1) ensino fundamental
(2) ensino médio
(3) ensino superior |
| 8. | Graduação em: | |
| 9. | Pós-graduação: | (1) não
(2) especialização
(3) mestrado
(4) doutorado |
| 10. | Setor em que trabalha: | |
| 11. | Função que exerce: | |
| 12. | Renda individual (mês): | |
| 13. | Renda familiar (mês): | |
| 14. | Realizou cursos sobre
atendimento ao público? | (1) não
(2) sim |
| 15. | O serviço oferece educação
continuada? | (1) não
(2) sim |
| 16. | O que você entende por
hospitalidade? | |

APÊNDICE G - TERCEIRA VERSÃO BRASILEIRA DA ESCALA AXIOLÓGICA DE HOSPITALIDADE

Escala Axiológica de Hospitalidade									
Nível de importância que você atribui para alcançar os objetivos da sua prática profissional. Marque uma opção de 0 a 7, considerando "0" nenhuma importância e "7" máxima importância.									
Domínio	Item	0	1	2	3	4	5	6	7
Acolhida	Acolhida que o profissional oferece ao usuário.								
Atenção personalizada integral	Atenção que proporciona assistência integral, biopsicossocial e espiritual, para as necessidades de cada pessoa.								
Altruísmo	Disposição do profissional em promover o bem-estar do usuário, auxiliando-o.								
Autonomia profissional	Condição de autonomia do profissional para realizar determinadas atividades.								
Qualidade científica	Valor e excelência científica. Responde conforme o conhecimento científico.								
Proximidade	Proximidade afetiva, cordialidade no trato.								
Compaixão	Sentimento de solidariedade e preocupação com quem sofre adversidades.								
Competência	Perícia, aptidão, idoneidade para realização das atividades profissionais.								
Conhecimento científico	Possuir dados e conhecimento científico adequado sobre as questões da saúde.								
Diligência	Prontidão, agilidade, rapidez, cuidado e atenção na execução da assistência.								
Empatia	Identificação mental e afetiva com o estado de ânimo da outra pessoa.								
Justiça	Atender a cada um conforme suas necessidades.								
Prudência	Distinguir o que é bom ou mau para fazer ou não fazer. Bom senso.								
Respeito à vida	Consideração e respeito em relação à vida								
Respeito à autonomia dos usuários	Consideração e respeito em relação aos desejos, valores e crenças dos usuários.								
Simplicidade	Agir com naturalidade, espontaneidade e gentileza.								
Veracidade	Modo de se expressar sem fingimento. Dizer sempre a verdade.								

ANEXO A - ESCALA AXIOLÓGICA DE LA HOSPITALIDAD (EAH)

Escala Axiológica de la Hospitalidad		Grado de importancia que lea signas para lograr los fines de tu práctica profesional Marcar un valor del 0 (ninguna importancia) al 7 (máxima importancia)							
		0	1	2	3	4	5	6	7
Acogida	Recibimiento efectivo u hospitalidad que ofrece el profesional al usuario	0	1	2					7
Atención personalizada integral	Atención que proporciona asistencia global, biopsicosocial y espiritual, a las necesidades particulares de cada persona	0	1	2					7
Altruismo	Diligencia en procurar el bien del paciente aún a costa del propio a un que sin anularse a si mismo	0	1	2					7
Autonomía profesional	Condición del profesional que, para ciertas cosas, no depende de nadie	0	1	2					7
Calidad científica	Valor y excelencia científica. Responde a lo que la ciencia sabe	0	1	2					7
Cercanía	Proximidad afectiva, calidez en el trato	0	1	2					7
Compasión	Sentimiento de solidaridad y preocupación que se tiene hacia quienes sufren penalidades o desgracias	0	1	2					7
Competencia	Pericia, aptitud, idoneidad para realizar la acción del profesional de la salud	0	1	2					7
Conocimiento científico	Poseer los datos y el entendimiento científico adecuado sobre cuestiones de la salud	0	1	2					7
Diligencia	Prontitud, agilidad, prisa, cuidado y actividad en ejecutar la asistencia	0	1	2					7
Empatía	Identificación mental y afectiva de un sujeto con el estado de ánimo de otro	0	1	2					7
Justicia	Dar a cada uno lo que le corresponde o pertenece	0	1	2					7
Prudencia	Discernir y distinguir lo que es bueno o malo, para seguirlo o huir de ello. Sensatez, buen juicio clínico	0	1	2					7
Respeto a la vida	Consideración y deferencia hacia la vida. No maleficencia	0	1	2					7
Respeto a autonomía usuarios	Consideración y deferencia hacia los deseos, valores y creencias de los usuarios.	0	1	2					7
Sencillez	Obrar con naturalidad, con espontaneidad, con llaneza	0	1	2					7
Veracidad	Modo de expresarse libre de fingimiento. Decir siempre la verdad	0	1	2					7

ANEXO A - Escala Axiológica de la Hospitalidad (EAH) (CONTINUAÇÃO)

DIMENSIONES	VALORES
Responsabilidad	Atención Personalizada integral Acogida Empatía Cercanía
Respeto	Veracidad Justicia Respeto Autonomía Respeto Vida Prudencia
Cuidados transpersonales	Altruismo Compasión Sencillez Diligencia
Calidad	Calidad Conocimiento Autonomía Competencia

Estimación de la importancia de la Hospitalidad como valor ético para la práctica profesional

- Alta: 86-119 puntos
- Media: 51-85 puntos
- Baja: 0-50 puntos

Estimación de la importancia de la Responsabilidad como valor ético para la práctica profesional

- Alta: 21-28 puntos
- Media: 9-20 puntos
- Baja: 0-8 puntos

Estimación de la importancia del Respeto como valor ético para la práctica profesional

- Alta: 26-35 puntos
- Media: 11-25 puntos
- Baja: 0-10 puntos

Estimación de la importancia de los Cuidados Transpersonales como valor ético para la práctica profesional

- Alta: 21-28 puntos
- Media: 9-20 puntos
- Baja: 0-8 puntos

Estimación de la importancia de la Calidad como valor ético para la práctica profesional

- Alta: 21-28 puntos
- Media: 9-20 puntos
- Baja: 0-8 puntos

ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DO AUTOR DA EAH

----- Forwarded message -----

De: **Jose Maria Galan Gonzalez Serna** <Josemaria.Galan@sjd.es>

Date: ter, 4 de fev de 2020 06:42

Subject: Re: Permission to conduct research

To: Thomaz Zeferino <thomazeferino1969@gmail.com>

Good Morning:

You have my authorization to use the axiological scale of hospitality at work that you indicate to me.

I send in attached file the scale.

Sincerely.

Página web de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (Provincia Bética): <http://www.sjd.es>

Por favor, antes de imprimir este e-mail piense bien si es necesario hacerlo. Please, if you want to print this email think if you need it.

AVISO LEGAL Este mensaje y los documentos que, en su caso, lleve anexos, pueden contener información confidencial y atañe exclusivamente a la/s persona/s a la/s que va dirigido. Si usted no es el destinatario de este mensaje, considérese advertido de que lo ha recibido por error y que cualquier uso, difusión o copia están prohibidos legalmente. Si ha recibido este mensaje por error, le rogamos lo comuniqué al remitente.

LEGAL ADVICE This email is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this email in error and that any use, dissemination, forwarding, printing, or copying of this email is strictly prohibited. If you have received this email in error please notify it to sender.

>>> Thomaz Zeferino <thomazeferino1969@gmail.com> 21/01/2020 17:09 >>>

Good afternoon, Professor José María Galán González-Serna!

My name is Thomaz Zeferino, I am anesthesiologist here in Brazil and I am doing a master's degree at the Federal University of Ceará (UFC).

I read your article Development and validation of the Hospitality Axiological Scale for Humanization of Nursing Care

and I was interested in construct and performing the translation and cross-cultural adaptation for the Brazilian version. So I am

sending this email to request permission to conduct this research as my dissertation in my master's degree. Can you send me the original scale?

Awaiting return, thank you.

Best Regards!

Thomaz Zeferino