

# Tradução e adaptação de instrumentos sobre prática baseada na evidência para estudantes de enfermagem portuguesas

Translation and cross-cultural adaptation of evidence-based practice instruments for Portuguese nursing students

Traducción y adaptación de instrumentos relativos a la práctica basada en la evidencia para estudiantes de enfermería portuguesas

Daniela Filipa Batista Cardoso\*<sup>ID</sup>; Adriana Raquel Neves Coelho\*\*<sup>ID</sup>; Cristina da Costa Louçano\*\*\*<sup>ID</sup>; Vítor Sérgio de Oliveira Parola\*\*\*\*<sup>ID</sup>; Manuel Alves Rodrigues\*\*\*\*\*<sup>ID</sup>; Ellen Fineout-Overholt\*\*\*\*\*<sup>ID</sup>; João Luís Alves Apóstolo\*\*\*\*\*<sup>ID</sup>

## Resumo

**Enquadramento:** A implementação da prática baseada na evidência (EBP) em contextos clínicos é recomendada pelo seu impacto positivo na saúde, contudo, permanece abaixo do desejável. A formação de estudantes de licenciatura em enfermagem em EBP é fundamental, pelo que é crucial haver medidas válidas e confiáveis desta aprendizagem.

**Objetivo:** Traduzir e adaptar transculturalmente para português europeu as escalas EBP Beliefs Scale (EBPB), EBP Implementation Scale for Students (EBPI-S) e Organizational Culture & Readiness for School-wide Integration of Evidence-based Practice Survey for students (OCRSlEP-ES).

**Metodologia:** Tradução e adaptação transcultural segundo recomendações internacionais. Validação preliminar em estudantes portugueses de licenciatura em enfermagem, provenientes de nove instituições.

**Resultados:** As versões pré-finais dos instrumentos os participantes sugeriram incluir a possibilidade de resposta “não tenho conhecimento suficiente que me permita responder” e aumentar o período de recordação no instrumento EBPI-S. Na fase II participaram 167 estudantes. O  $\alpha$  para o EBPB, EBPI-S e OCRSlEP-ES foi 0,854, 0,943 e 0,970, respetivamente.

**Conclusão:** Os resultados preliminares revelaram uma forte consistência interna. É necessário realizar mais estudos de validação com amostras robustas para testar a confiabilidade e validade dos instrumentos.

**Palavras-chave:** estudos de validação; prática clínica baseada em evidências; educação em enfermagem; estudantes de enfermagem

## Abstract

**Background:** The implementation of evidence-based practice (EBP) in clinical contexts is recommended due to its positive impact on health, but it remains under the desirable. The training of undergraduate nursing students in the use of EBP is crucial, and, for that, there must be valid and reliable measures of EBP learning.

**Objective:** To translate and to cross-cultural adapt into European Portuguese of the EBP Beliefs Scale (EBPB), EBP Implementation Scale for Students (EBPI-S), and Organizational Culture & Readiness for School-wide Integration of Evidence-based Practice Survey for Students (OCRSlEP-ES).

**Methodology:** Translation and cross-cultural adaptation according to international recommendations. Preliminary validation in Portuguese undergraduate nursing students from nine institutions.

**Results:** In the pre-final versions of the instruments, the participants suggested including the optional answer “I do not have sufficient knowledge to be able to answer” and increasing the recall period in the EBPI-S instrument. Phase 2 included 167 participants. The  $\alpha$  for EBPB, EBPI-S, and OCRSlEP-ES was 0.854, 0.943, and 0.970, respectively.

**Conclusion:** Preliminary results showed good internal consistency. Further validation studies with robust samples are required to test the reliability and validity of the instruments.

**Keywords:** validation studies; evidence-based practice; education, nursing; students, nursing

\*Lic. Estudante de Ph.D., Investigadora, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde; Enfermagem, Portugal Centre for Evidence Based Practice; A Joanna Briggs Institute Centre of Excellence, 3046-851, Coimbra, Portugal [dclaroso@cesenf.pt]. <https://orcid.org/0000-0002-1425-885X>. Contribuição no artigo: desenho do estudo; planeamento da metodologia; recolha, tratamento e análise de dados; escrita do artigo; aprovação do manuscrito final. Morada para correspondência: Avenida Bissaya Barreto, Apartado 7001, 3046-851 Coimbra

\*\*Ph.D., Professora Adjunta Convidada, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde; Enfermagem, 3046-851, Coimbra, Portugal [adriana.nevescoelho@hotmail.com]. <https://orcid.org/0000-0002-6381-7128>. Contribuição no artigo: acompanhamento metodológico; revisão do artigo; aprovação do manuscrito final.

\*\*\*Lic. Técnica Superior, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde; Enfermagem, 3046-851, Coimbra, Portugal [cristinaloucano@hotmail.com]. <https://orcid.org/0000-0003-0719-0452>. Contribuição no artigo: participação e acompanhamento dos processos de tradução dos instrumentos; aprovação do manuscrito final.

\*\*\*\*Ph.D., Assistente Convidado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde; Enfermagem, 3046-851, Coimbra, Portugal [vitorparola@hotmail.com]. <https://orcid.org/0000-0002-0050-5004>. Contribuição no artigo: acompanhamento metodológico; revisão do artigo; aprovação do manuscrito final.

\*\*\*\*\*Agregação, Professor Coordenador Principal, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde; Enfermagem, 3046-851, Coimbra, Portugal [demar7@gmail.com]. <https://orcid.org/0000-0003-4506-0421>. Contribuição no artigo: acompanhamento metodológico; revisão do artigo; aprovação do manuscrito final.

\*\*\*\*\*Ph.D., Professor, Universidade do Texas, TX 78712, Austin, Estados Unidos da América [ellen.fineout.overholt@gmail.com]. <https://orcid.org/0000-0002-5436-5561>. Contribuição no artigo: acompanhamento metodológico; revisão do artigo; aprovação do manuscrito final.

\*\*\*\*\*Agregação, Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde; Enfermagem, Portugal Centre for Evidence Based Practice; A Joanna Briggs Institute Centre of Excellence, 3046-851, Coimbra, Portugal [apostolo@cesenf.pt]. <https://orcid.org/0000-0002-3050-4264>. Contribuição no artigo:

## Resumen

**Marco contextual:** Se recomienda implementar la práctica basada en la evidencia (EBP) en contextos clínicos, debido a su impacto positivo en la salud, aunque sigue estando por debajo de lo deseable. La formación de los estudiantes de enfermería de grado en el uso de la EBP es crítica. Por ello, tener medidas válidas y fiables de este aprendizaje supone un aspecto clave.

**Objetivo:** Traducir y adaptar al portugués europeo: la EBP Beliefs Scale (EBPB), la EBP Implementation Scale for Students (EBPI-S) y la Organizational Culture & Readiness for School-wide Integration of Evidence-based Practice Survey for students (OCRSlEP-ES).

**Metodología:** Traducción y adaptación intercultural de acuerdo con las recomendaciones internacionales. Validación preliminar en estudiantes de enfermería portuguesas de grado de nueve instituciones.

**Resultados:** En las versiones pre-finales de los instrumentos, los participantes sugirieron incluir la respuesta “no sé” y aumentar el periodo de recuerdo en el instrumento EBPI-S. En la fase II participaron 167 estudiantes. El  $\alpha$  para EBPB, EBPI-S y OCRSlEP-ES fue de 0,854, 0,943 y 0,970, respectivamente.

**Conclusión:** Los resultados preliminares mostraron una fuerte consistencia interna. Se requieren más estudios de validación con muestras sólidas para probar la fiabilidad y la validez de los instrumentos.

**Palabras clave:** estudios de validación; práctica clínica basada en la evidencia; educación en enfermería; estudiantes de enfermería

Recebido para publicação em: 27.08.19

Aceite para publicação em: 14.10.19

## Introdução

O conceito de Medicina Baseada na Evidência surgiu na área da medicina, mas foi rapidamente adotado por outras profissões do campo da saúde. Consequentemente, emergiram termos como prática baseada na evidência (PBE), cuidados de saúde baseados na evidência (CSBE) e enfermagem baseada na evidência (EBE; Dawes et al., 2005). Existem muitas definições de PBE, mas a maioria delas inclui sempre os três seguintes elementos: o uso da melhor evidência disponível, o uso de experiência clínica/profissional, e o envolvimento do utente (International Council of Nurses [ICN], 2012; Pearson, Jordan, & Munn, 2012).

Nas últimas décadas, o uso de PBE na prática clínica tem sido alvo de especial atenção devido a vários fatores concomitantes, como o reconhecimento do impacto positivo da PBE nos cuidados de saúde, a crescente produção de novas investigações primárias, o conhecido atraso na incorporação de novas evidências na prática clínica, o movimento da segurança e qualidade dos cuidados de saúde e a pressão dos utentes com acesso rápido a informações sobre a saúde (Dawes et al., 2005; Melnyk, Gallagher-Ford, Long, & Fineout-Overholt, 2014). Por conseguinte, várias organizações têm incitado à implementação da PBE em contextos clínicos (World Health Organization [WHO], 2015; ICN, 2012). Não obstante estas recomendações, a translação de evidências na prática clínica pelos enfermeiros permanece abaixo do desejado (Duncombe, 2018; Melnyk, Fineout-Overholt, Gallagher-Ford, & Kaplan, 2012). Anteriormente, muitos estudos foram realizados com enfermeiros que atuam em contextos clínicos para fundamentar a integração da PBE na prática clínica. No entanto, no seguimento das recomendações da *Sicily Statement on Evidence-Based Practice* para o ensino e educação em PBE (Dawes et al., 2005), a integração do ensino de PBE no currículo de enfermagem ganhou destaque nestes últimos anos. Os alunos de licenciatura em enfermagem serão os futuros profissionais de saúde e, como tal, são fundamentais para influenciar o uso da PBE em contextos futuros de cuidados de saúde. Portanto, é essencial compreender as crenças dos alunos de licenciatura em enfermagem sobre a PBE, o nível das suas competências de

implementação de PBE e a sua perceção do estado de prontidão para a integração da PBE ao nível das escolas para o desenvolvimento de estratégias de ensino que promovam o uso de PBE. Contudo, não existem em Portugal instrumentos disponíveis para esta finalidade. Neste sentido, e para combater esta lacuna, o presente estudo visa a tradução e adaptação transcultural para português europeu dos instrumentos EBP *Beliefs Scale* (EBPB), *EBP Implementation Scale for Students* (EBPI-S) e *Organizational and Cultural Readiness for School-wide Integration of Evidence-based Practice Survey for Students* (OCRSIEP-ES). Além disso, o presente estudo pretende fornecer dados de validação preliminar das versões em português europeu.

## Enquadramento

Atualmente, o uso de PBE na prática clínica permanece abaixo do desejável, apesar das fortes recomendações para tal. Muitos estudos têm apresentado barreiras e facilitadores da integração da PBE na prática clínica. As barreiras identificadas são falta de tempo; cultura organizacional e filosofia do “sempre fizemos as coisas assim aqui”; falta de conhecimentos de PBE (por exemplo, falta de competências de pesquisa e falta de confiança a avaliar a qualidade de investigação); dificuldades na interpretação estatística; falta de recursos (por exemplo, sem acesso às evidências); resistência de administradores/líderes e colegas de trabalho à mudança de práticas; e elevada carga de trabalho (Melnyk et al., 2012; Pereira, Cardoso, & Martins, 2012; Solomons & Spross, 2011). Quanto aos facilitadores, foram identificados os seguintes: educação (por exemplo, formação em métodos de investigação e PBE); apoio/sensibilização organizacional; colaboração entre os mentores de PBE e a equipa clínica para implementação das melhores práticas; disponibilidade de tempo; disponibilidade de recursos, como por exemplo, acesso às evidências (Duncombe, 2018; Melnyk et al., 2012).

A educação surge como fator facilitador da integração de PBE na prática clínica. Melnyk et al. (2004) afirmaram que “os conhecimentos e as crenças sobre PBE estão relacionados com o grau de envolvimento dos enfermeiros em PBE” (p. 190). Além disso, em 2005, as

recomendações da *Sicily Statement on Evidence-Based Practice* para o ensino e educação em PBE realçaram que “todos os profissionais de saúde precisam de entender os princípios da PBE, reconhecê-la em contexto prático, implementar as políticas baseadas na evidência e adotar uma atitude crítica relativamente à sua própria prática e às evidências.” (Dawes et al., 2005, p. 4). Uma vez que os alunos de licenciatura em enfermagem serão profissionais de saúde no futuro, o tempo que passam na escola de enfermagem é uma oportunidade única para lhes inculcar a cultura da PBE. É por isso que é imperativo formar estudantes de licenciatura em enfermagem no uso da PBE, e, para tal, devem haver medidas válidas e confiáveis de aprendizagem em PBE.

A *Sicily Statement on Classification and Development of Evidence-Based Practice Learning Assessment Tools* (Tilson et al., 2011) surgiu com intuito de orientar o desenvolvimento de ferramentas de avaliação de PBE. Sugeriram-se as seguintes categorias de avaliação: Benefício para utentes; Comportamento; Competências; Conhecimento; Autoeficácia; Atitudes; e Reação à experiência educacional. A categoria Benefícios para os utentes trata a avaliação dos resultados de saúde de utentes e comunidades. A categoria Comportamento poderia contribuir significativamente para a identificação das necessidades de aprendizagem dos alunos relativamente ao uso de PBE. A categoria Competências diz respeito à aplicabilidade do conhecimento quando se realiza uma tarefa relacionada com PBE. A categoria Conhecimento concerne a retenção de factos e conceitos relacionados com PBE pelos formandos. A categoria Autoeficácia inclui as percepções dos indivíduos sobre a sua capacidade de realizar uma atividade específica. A categoria Atitudes versa o reconhecimento por parte do estudante da importância e utilidade da PBE para informar a tomada de decisões clínicas. Por último, a categoria Reação à experiência educacional está relacionada com as percepções dos formandos acerca da experiência de aprendizagem, incluindo aspetos como a importância da organização para a efetividade de uma intervenção educacional (Tilson et al., 2011). A última das quatro recomendações gerais para criadores de novos instrumentos de avaliação de aprendizagem em PBE apresentados no documento supramencionado é “desenvolver,

validar e utilizar um método padronizado para tradução de instrumentos para novas línguas” (Tilson et al., 2011, p. 8). Deste modo, e uma vez que não existem em Portugal instrumentos disponíveis para avaliar as crenças dos alunos de licenciatura em enfermagem acerca da PBE, o nível das suas competências de implementação de PBE, e a sua perceção acerca do estado de prontidão para a integração da PBE ao nível das escolas, este estudo visa a tradução e adaptação transcultural das escalas EBPB, EBPI-S e OCRSIEP-ES para português europeu.

## Questões de investigação

As versões em português europeu das escalas EBPB, EBPI-S e OCRSIEP-ES refletem as versões originais dos instrumentos de forma adequada?

A consistência interna das versões em português europeu das escalas EBPB, EBPI-S e OCRSIEP-ES é aceitável?

## Metodologia

O presente estudo foi realizado durante 2017-2018 e composto por duas fases: Fase 1 - tradução e adaptação transcultural dos três instrumentos para português europeu; Fase 2 - validação preliminar destas versões em estudantes portugueses de licenciatura em enfermagem.

### Instrumentos

As escalas EBPB, EBPI-S e OCRSIEP-ES foram desenvolvidas por Fineout-Overholt e Melnyk (Fineout-Overholt, 2018).

A EBPB avalia as crenças acerca da PBE dos estudantes de licenciatura em enfermagem e a confiança dos mesmos na sua capacidade de implementação da PBE. É um instrumento composto por 16 itens de resposta tipo Likert (de 1 = *discordo totalmente* a 5 = *concordo totalmente*), cujo valor total varia de 16 a 80 (quanto maior a pontuação, mais fortes as crenças). Dois dos 16 itens apresentam pontuação invertida (Item 11 - “Creio que a PBE consome demasiado tempo” e item 13 - “Creio que a PBE é difícil”).

O EBPI-S é um instrumento de autorrelato com 18 itens, que avalia as competências de

implementação de PBE dos estudantes de licenciatura em enfermagem, tendo em conta o seu envolvimento nos comportamentos esperados de PBE durante as últimas oito semanas. A pontuação total do EBPI-S varia entre 0 e 72, e cada item é pontuado numa escala de 5 pontos (0 = 0 vezes; 1 = 1 a 3 vezes; 2 = 4 a 5 vezes; 3 = 6 a 8 vezes; 4 = mais de 8 vezes).

O OCRSIEP-ES é um instrumento de autorrelato com 25 itens, que mede a percepção dos estudantes relativamente ao estado de prontidão para a integração da PBE ao nível das escolas e os fatores que a influenciam. Os itens são pontuados numa escala de 5 pontos (de 1 = nada a 5 = muito), e a pontuação total varia entre 25 e 125.

### Fase 1 - Tradução e adaptação transcultural

A tradução e adaptação transcultural dos instrumentos EBPB, EBPI-S e OCRSIEP-ES para português europeu foram realizadas de acordo com as diretrizes sugeridas por Beaton, Bombardier, Guillemin, e Ferraz (2000) para a adaptação transcultural de medidas de autorrelato. Estas diretrizes recomendaram as seguintes cinco etapas.

1ª Etapa – Tradução inicial: tradução independente realizada por dois tradutores bilíngues (um familiarizado com os conceitos e um não familiarizado com os conceitos).

2ª Etapa – Síntese das traduções: preparação de uma tradução-tipo.

3ª Etapa – Retroversão: dois tradutores realizaram, independentemente, as retroversões. Ambos os tradutores não estavam familiarizados com os conceitos a serem avaliados.

4ª Etapa – Painel de peritos: sete peritos (profissionais de saúde, indivíduos com experiência em estudos de validação, um profissional de línguas e tradutores) analisaram as versões das escalas e desenvolveram as versões pré-finais. Uma das autoras originais dos instrumentos (Prof. Dra. Ellen Fineout-Overholt) foi contactada para esclarecer itens ambíguos e o significado de alguns termos ou expressões.

Etapa 5 – Teste das versões pré-finais: as versões pré-finais foram testadas numa amostra de estudantes de licenciatura em enfermagem. Todos os participantes preencheram os instrumentos e responderam a um breve questionário (Figura 1) sobre a compreensibilidade da escala.

Na sua opinião: Considera que os enunciados das afirmações estão escritos de forma clara?    Sim    Não Se não, qual ou quais as afirmações que não são claras e porquê?
Se não classificou alguma das afirmações, por favor, enumere quais e identifique o porquê utilizando os seguintes enunciados: Não classifiquei a(s) afirmação(ões) número _____, porque não tenho conhecimento que me permita classificar. Não classifiquei a(s) afirmação(ões) número _____, porque o enunciado não é claro. Não classifiquei a(s) afirmação(ões) número _____, porque _____.
Se desejar, por favor, deixe algum comentário complementar.

Figura 1. Breve questionário aplicado aos participantes na etapa 5 de cada instrumento.

## Fase 2 - Validação preliminar

Os participantes nesta fase foram estudantes de licenciatura em enfermagem de nove escolas de enfermagem portuguesas. As três principais instituições portuguesas de ensino em enfermagem (não integradas em universidades ou institutos politécnicos) foram selecionadas por conveniência. As restantes seis instituições foram selecionadas aleatoriamente (uma instituição de um instituto politécnico e uma de uma universidade em cada região de Portugal Continental – norte, centro e sul). O questionário online foi composto por nove perguntas de cariz sociodemográfico e os três questionários baseados no modelo *Advancing Research & Clinical practice through close Collaboration in Education* (ARCC-E) em PBE, perfazendo 59 itens no total.

## Análise estatística

Toda a análise estatística foi realizada no programa IBM SPSS Statistics (versão 24.0; SPSS Inc., Chicago, IL, EUA). Usou-se análise descritiva para a caracterização da amostra, incluindo média, desvio padrão, mínimo, máximo e percentagens. A consistência interna foi avaliada com o coeficiente alfa de Cronbach.

## Considerações éticas

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (referência n.º CE-037/2017). As autoras originais dos instrumentos autorizaram a sua utilização. As instituições ofereceram a sua aprovação por escrito. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, e os dados foram tratados com confidencialidade.

## Resultados

### Fase 1 – Tradução e adaptação transcultural

As três primeiras etapas da fase de tradução e adaptação transcultural decorreram sem problemas. Na 4ª etapa, o painel de peritos discutiu e sugeriu algumas alterações para esclarecer e adaptar os instrumentos para o contexto português.

No geral, o painel de peritos chegou a acordo quanto ao uso do termo “utentes” para a tradução de “patients” porque, em Portugal, esse

termo é mais adequado quando se refere ao utilizador dos serviços de saúde, independentemente se está doente ou não. A expressão “evidence-based guidelines” foi traduzida como “diretrizes/orientações (guidelines) baseadas em evidência”. No entanto, o painel de peritos decidiu manter o termo “guidelines” entre parênteses visto que o significado deste estrangeirismo é amplamente conhecido em Portugal. Da mesma forma, o painel de peritos decidiu manter a expressão inglesa “critically appraising” entre parênteses a seguir à sua tradução (“avaliação da qualidade metodológica”) para melhor se entender a expressão “critically appraising evidence”. A expressão “a time-efficient way” foi difícil de traduzir. O painel de peritos decidiu traduzi-la por “adequadamente e em tempo útil” para manter a fidelidade ao sentido original.

Especificamente, os itens 12 e 13 da escala EBPI-S foram adaptados para aceitar outras bases de dados de revisões sistemáticas e orientações, além das *Cochrane Database of Systematic Reviews* e *National Guidelines Clearinghouse*. O item 12 foi adaptado de “Accessed the Cochrane Database of Systematic Reviews ...” para “Acedi a base(s) de dados de revisões sistemáticas (por exemplo, *Cochrane Database of Systematic Reviews*)”, e o item 13 de “Accessed the National Guidelines Clearinghouse...” para “Acedi a base(s) de dados de diretrizes/orientações (guidelines; por exemplo, *National Guidelines Clearinghouse*)”.

No que respeita ao OCSIEP-ES, adicionou-se a seguinte nota para explicar o significado de “mentor”: “Mentores de PBE: pessoa confiável com conhecimentos e treino avançado em PBE que orienta, promove a autoconfiança e infunde valores no aprendiz.” Igualmente, alguns termos ou expressões foram parafraseados para o contexto português da educação em enfermagem, tais como “community partners” (*instituições parceiras onde decorrem os ensinamentos clínicos/prática clínica*), “didactic course faculty” (corpo docente das unidades curriculares teóricas, teórico-práticas, práticas), e “clinical course faculty” (corpo docente dos ensinamentos clínicos/prática clínica). No seguimento de todas estas alterações, o painel de peritos chegou a acordo quanto às versões pré-finais da tradução portuguesa.

Trinta e sete estudantes portugueses de licenciatura em enfermagem, cinco do sexo masculino e 32 do sexo feminino, com idades entre os 18

e 27 anos, participaram na etapa 5. Em geral, os estudantes compreenderam o significado dos itens, mas muitos deles (principalmente de primeiro e segundo anos) reportaram possuir conhecimento insuficiente para escolher uma resposta. Eles também declararam que o momento de aplicação do EBPI-S poderia influenciar a resposta, quer estejam na escola ou em ensino clínico. Os comentários realizados pelos estudantes foram analisados, e em resposta às suas preocupações, adicionou-se a opção de resposta “*I do not have sufficient knowledge to be able to answer*” (“Não tenho conhecimento suficiente que me permita responder”) e prolongou-se o período de recordação do EBPI-E de oito semanas para um ano.

## Fase 2 – Validação preliminar

Um total de 167 estudantes de licenciatura em enfermagem com idade média de 22,13 anos ( $DP = 4,20$ ; intervalo: 18 - 45) preencheram o questionário *online*. A grande maioria da amostra era do sexo feminino ( $n = 140$ ; 83,8%) e tinha concluído o 12º ano ( $n = 159$ ; 95,2%). Mais de metade da amostra já tinha recebido formação em PBE ( $n = 88$ ; 52,7%). Dos 88 participantes, 76 mencionaram que a formação estava integrada no currículo, cinco declararam que era uma atividade extracurricular, e sete que era ambos. A maioria dos participantes era proveniente das principais instituições de ensino em enfermagem ( $n = 118$ ; 70,66%; Tabela 1).

Tabela 1

*Caracterização sociodemográfica da amostra (n = 167)*

Idade em anos, média $\pm$ DP (Mín – Máx)	22,13 $\pm$ 4,20 (18 – 45)
Feminino, n (%)	140 (83,8)
Masculino, n (%)	27(16,2)
Escolaridade	
12º ano, n (%)	159 (95,2%)
Licenciatura, n (%)	6 (3,6%)
Mestrado, n (%)	2 (1,2%)
Ano de curso	
1º ano	39 (23,4%)
2º ano	20 (12,0%)
3º ano	54 (32,3%)
4º ano	54 (32,3%)
Formação em PBE	
Sim, n (%)	88 (52,7%)
Não, n (%)	79 (47,3%)
Escola de enfermagem	
Não integrada, n (%)	118 (70,66%)
Integrada em universidade, n (%)	27 (16,17%)
Integrada em instituto politécnico, n (%)	22 (13,17%)

*Nota.* SD = Desvio padrão; Mín = Mínimo; Máx = máximo.

## Validação preliminar do EBPB

Sessenta e três participantes foram excluídos da análise de consistência interna do EBPB por responderem “Não tenho conhecimento suficiente que me permita responder” em um ou mais itens, restando assim 104 participantes com uma idade média de 22,59 anos ( $DP = 4,14$ ; intervalo: 18 - 43). A grande maioria

desta amostra era do sexo feminino ( $n = 85$ ; 81,7%), e mais de metade da mesma tinha concluído o 12º ano ( $n = 97$ ; 93,3%), cinco eram licenciados (4,8%) e dois tinham mestrado (1,9%). Além disso, a maioria já tinha recebido formação em PBE ( $n = 68$ ; 65,4%) e era proveniente das principais escolas de enfermagem portuguesas ( $n = 77$ ; 74,0%). Dos 104

estudantes de licenciatura, 10 frequentavam o primeiro ano, 12 o segundo ano, 36 o terceiro ano e 46 o quarto ano.

Os 63 indivíduos excluídos tinham uma idade média de 21,37 anos ( $DP = 4,22$ ; intervalo: 18 - 45). A grande maioria era do sexo feminino ( $n = 55$ ; 87,3%), tinha concluído o 12º ano ( $n = 62$ ; 98,4%) e era proveniente das principais escolas de enfermagem portuguesas ( $n = 41$ ; 65,1%). No entanto, não tinha recebido formação em

PBE ( $n = 45$ ; 71,4%). Destes 63 alunos, 29 eram estudantes do primeiro ano, 8 do segundo ano, 18 do terceiro ano e 8 do quarto ano.

As médias dos itens do EBPB variaram entre 2,70 (item 13) e 4,60 (item 1). O EBPB apresentou uma boa consistência interna ( $\alpha = 0,854$ ), e as correlações item-total corrigidas variaram entre 0,181 e 0,733, representando uma correlação baixa a forte entre os itens e a pontuação final (Tabela 2).

Tabela 2

*Média do item, desvio padrão do item, correlação item-total corrigida, e alfa de Cronbach se item eliminado do EBPB ( $n = 104$ )*

Itens	Média do item	Desvio padrão do item	Correlação item-total corrigida	$\alpha$ de Cronbach se item eliminado
EBPB 1	4,60	0,600	0,292	0,854
EBPB 2	3,53	0,945	0,680	0,834
EBPB 3	3,57	0,822	0,733	0,832
EBPB 4	4,11	0,709	0,328	0,853
EBPB 5	4,51	0,638	0,371	0,851
EBPB 6	3,66	0,888	0,536	0,843
EBPB 7	3,49	0,750	0,621	0,839
EBPB 8	3,36	0,812	0,721	0,833
EBPB 9	4,38	0,610	0,320	0,853
EBPB 10	3,63	0,813	0,516	0,844
EBPB 11	3,00	0,965	0,181	0,865
EBPB 12	3,30	0,799	0,404	0,850
EBPB 13	2,70	0,846	0,298	0,856
EBPB 14	3,45	0,667	0,658	0,838
EBPB 15	3,34	0,771	0,603	0,840
EBPB 16	4,08	0,569	0,452	0,848

### Validação preliminar do EBPI-S

Setenta e três participantes foram excluídos da análise de consistência interna do EBPI-S por terem respondido “Não tenho conhecimento suficiente que me permita responder” em um ou mais itens. Portanto, restaram 94 participantes com uma idade média de 22,41 anos ( $DP = 3,83$ ; intervalo: 18 - 43). A grande maioria da amostra era do sexo feminino ( $n = 77$ ; 81,9%), e mais de metade tinha concluído o 12º ano ( $n = 91$ ; 96,8%) e tinha recebido formação em PBE ( $n = 62$ , 66,0%). A maior parte era proveniente das principais escolas de

enfermagem portuguesas ( $n = 71$ ; 75,6%). Oito estudantes frequentavam o primeiro ano da licenciatura, nove o segundo ano, 34 o terceiro ano e 43 o quarto.

Os 73 indivíduos excluídos tinham uma idade média de 21,75 anos ( $DP = 4,63$ ; intervalo: 18 - 45). A grande maioria da amostra era do sexo feminino ( $n = 63$ ; 86,3%) e tinha concluído o 12º ano ( $n = 68$ ; 93,2%). No entanto, não tinha recebido formação em PBE ( $n = 49$ ; 67,1%). Quarenta e sete indivíduos (64,3%) eram provenientes das principais escolas de enfermagem portuguesas; oito (11,0%) eram de

escolas de enfermagem integradas em institutos politécnicos, e 18 (24,6%) eram de escolas de enfermagem integradas em universidades. Muitos participantes eram estudantes do primeiro ano da licenciatura ( $n = 31$ ). Os restantes frequentavam o segundo ano ( $n = 11$ ), o terceiro ano ( $n = 20$ ) e o quarto ano ( $n = 11$ ).

As médias dos itens do EBPI-S variaram entre 1,03 (item 10) e 2,69 (item 1). O EBPI-S apresentou uma excelente consistência interna ( $\alpha = 0,943$ ), e as correlações item-total corrigidas variaram entre 0,308 e 0,808, representando uma correlação aceitável a forte entre os itens e a pontuação total (Tabela 3).

Tabela 3

*Média do item, desvio padrão do item, correlação item-total corrigida e alfa de Cronbach se item eliminado do EBPI-S ( $n = 94$ )*

Itens	Média do item	Desvio padrão do item	Correlação item-total corrigida	$\alpha$ de Cronbach se item eliminado
EBPI-S 1	2,69	1,414	0,610	0,941
EBPI-S 2	1,65	1,233	0,559	0,942
EBPI-S 3	1,19	1,129	0,308	0,946
EBPI-S 4	1,83	1,300	0,770	0,938
EBPI-S 5	2,64	1,443	0,602	0,941
EBPI-S 6	1,64	1,310	0,740	0,938
EBPI-S 7	2,03	1,410	0,689	0,939
EBPI-S 8	1,86	1,267	0,808	0,937
EBPI-S 9	1,21	1,066	0,645	0,940
EBPI-S 10	1,03	1,186	0,642	0,940
EBPI-S 11	1,50	1,180	0,679	0,940
EBPI-S 12	2,46	1,412	0,563	0,942
EBPI-S 13	1,97	1,448	0,735	0,938
EBPI-S 14	2,03	1,395	0,780	0,937
EBPI-S 15	1,81	1,461	0,779	0,937
EBPI-S 16	1,60	1,386	0,721	0,939
EBPI-S 17	1,84	1,409	0,708	0,939
EBPI-S 18	1,39	1,280	0,735	0,938

### Validação preliminar do OCRSIEP-ES

Para a análise da consistência interna do OCRSIEP-ES, 121 participantes foram excluídos por terem respondido “Não tenho conhecimento suficiente que me permita responder” em um ou mais itens. Logo, restaram 46 indivíduos com uma idade média de 22,54 anos ( $DP = 2,95$ ; intervalo: 19 - 33). A maioria da amostra era do sexo feminino ( $n = 39$ ; 84,8%), tinha concluído o 12º ano ( $n = 43$ ; 93,5%), tinha recebido formação em PBE ( $n = 30$ ; 65,2%) e era proveniente das principais escolas de enfermagem portuguesas ( $n = 33$ ; 71,7%). Destes 46 alunos, quatro eram alunos do primeiro ano, dois do se-

gundo ano, 14 do terceiro ano e 26 do quarto ano. Os 121 participantes excluídos tinham uma idade média de 21,97 anos ( $DP = 4,59$ ; intervalo: 18 - 45). A maioria da amostra era do sexo feminino ( $n = 101$ ; 83,5%), tinha concluído o 12º ano ( $n = 116$ ; 95,9%) e era proveniente das principais escolas de enfermagem portuguesas ( $n = 85$ ; 70,2%). Cinquenta e seis estudantes (46,3%) afirmaram que tinham recebido formação em PBE. Dos 121 alunos, 35 frequentavam o primeiro ano da licenciatura, 18 o segundo ano, 40 o terceiro ano e 28 o quarto ano.

As médias dos itens do OCRSIEP-ES variaram

entre 1,96 (item 23) e 3,87 (item 2). O OCRSIEP-ES apresentou uma excelente consistência interna ( $\alpha = 0,970$ ), e as correlações item-total corrigidas

variaram entre 0,169 e 0,910, representando uma correlação baixa a elevada entre os itens e a pontuação total (Tabela 4).

Tabela 4

*Média do item, desvio padrão do item, correlação item-total corrigida e alfa de Cronbach se item eliminado do OCRSIEP-ES (n = 46)*

Itens	Média do item	Desvio padrão do item	Correlação item-total corrigida	$\alpha$ de Cronbach se item eliminado
OCRSIEP-ES 1	3,70	1,364	0,780	0,969
OCRSIEP-ES 2	3,87	1,258	0,769	0,969
OCRSIEP-ES 3	3,85	1,192	0,836	0,969
OCRSIEP-ES 4	3,35	1,251	0,758	0,969
OCRSIEP-ES 5	3,37	1,254	0,796	0,969
OCRSIEP-ES 6	3,80	1,258	0,832	0,969
OCRSIEP-ES 7	3,74	1,341	0,845	0,968
OCRSIEP-ES 8	3,54	1,168	0,910	0,968
OCRSIEP-ES 9	3,52	1,378	0,902	0,968
OCRSIEP-ES 10	3,85	1,053	0,567	0,971
OCRSIEP-ES 11	3,46	1,206	0,815	0,969
OCRSIEP-ES 12	2,76	1,286	0,728	0,969
OCRSIEP-ES 13	2,61	1,273	0,484	0,971
OCRSIEP-ES 14	2,83	1,355	0,699	0,970
OCRSIEP-ES 15	3,35	1,303	0,901	0,968
OCRSIEP-ES 16	3,26	1,273	0,863	0,968
OCRSIEP-ES 17	3,54	1,277	0,889	0,968
OCRSIEP-ES 18	3,50	1,225	0,893	0,968
OCRSIEP-ES 19	3,04	1,173	0,707	0,970
OCRSIEP-ES 20	3,30	1,314	0,834	0,969
OCRSIEP-ES 21	3,80	0,934	0,169	0,973
OCRSIEP-ES 22	3,76	0,848	0,387	0,971
OCRSIEP-ES 23	1,96	0,729	0,550	0,971
OCRSIEP-ES 24	3,37	1,372	0,800	0,969
OCRSIEP-ES 25	3,07	1,340	0,675	0,970

## Discussão

Os autores acreditam que as escalas EBPB, EBPI-S e OCRSIEP-ES são os primeiros instrumentos traduzidos para português europeu para avaliar as crenças dos estudantes de licenciatura em enfermagem acerca da PBE, o nível das suas competências de implementação de PBE e a sua percepção sobre o estado de prontidão para

a integração de PBE ao nível das escolas. Em geral, a tradução e adaptação transcultural dos três instrumentos foi um processo fluido e não encontrou problemas na maioria dos itens. Tal como alguns dados apresentados por Fineout-Overholt (2018), as versões em português europeu dos três instrumentos apresentaram uma boa consistência interna com valores  $\alpha$  de Cronbach  $\geq 0,85$ . No entanto, não existe

mais nenhuma informação disponível sobre estudos que utilizaram os instrumentos originais, o que não permite produzir comparações mais pormenorizadas.

Durante a etapa 5 da fase de tradução e adaptação transcultural, os autores aceitaram duas recomendações feitas pelos participantes, que devem ser discutidas. Uma referia-se à inclusão da opção de resposta “Não tenho conhecimento suficiente que me permita responder”, e a outra sugeria alterar o período de recordação do EBPI-S de 8 semanas para 1 ano.

Os autores decidiram incluir a opção de resposta “Não tenho conhecimento suficiente que me permita responder” em todas as escalas, uma vez que a primeira recomendação ocorreu durante o pré-teste. Além disso, estavam cientes da falta de conhecimento dos potenciais participantes para responder a determinados itens. Era, igualmente, evidente que, se esta opção de resposta não fosse disponibilizada aos participantes, muitos deles poderiam ver-se obrigados a adivinhar a resposta, levando, assim, à contaminação de dados. Contudo, é de referir que a opção de resposta “Não tenho conhecimento suficiente que me permita responder” em cada escala não foi pontuada, e se os participantes escolhessem esta resposta em pelo menos um item, seriam excluídos da análise. Portanto, esta opção de resposta ajudou a garantir que apenas os participantes com a perceção de que possuíam o conhecimento necessário para responder aos itens foram incluídos na análise. Isto contribuiu para a análise descritiva no contexto específico de Portugal.

Os autores decidiram responder à sugestão dos participantes da etapa 5 para prolongar o período de recordação do EBPI-S, alterando-o para 1 ano. Os participantes alegaram que a resposta poderia ser influenciada pelo momento em que o EBPI-S é aplicado, dependendo se estão na escola ou em ensino clínico. No entanto, alguns autores mostraram que a precisão dos dados diminui à medida que aumenta o período de recordação (Clarke, Fiebig, & Gerdtham, 2008; Stull, Leidy, Parasuraman, & Chassany, 2009) uma vez que longos períodos de recordação levam os participantes a adivinhar a resposta (Brown, 2002; Blair & Burton, 1987). Desta forma, um período de um ano poderia ser demasiado longo para a fiabilidade da memória e, conseqüentemente, os participantes podem responder ao instrumento

tendo apenas em conta a aceitabilidade social. No entanto, esta mudança do período de recordação coloca em questão a validade do EBPI-S porque não foi desenvolvido para um período de recordação tão longo.

Este estudo apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, o tamanho da amostra era reduzido. Segundo Streiner e Norman (2008), o tamanho da amostra deveria ser 300 participantes para um coeficiente alfa de Cronbach de 0,70 e intervalo de confiança de  $\pm 0,10$ . Além disso, são necessários pelo menos 250 participantes (a maior escala tem 25 itens) para levar a cabo a análise fatorial confirmatória e exploratória porque o tamanho da amostra deve ter uma relação de 10 participantes por item (Tinsley & Tinsley, citado por DeVellis, 2016). Por fim, o prolongamento do período de recordação do EBPI-S pode ter afetado a validade do instrumento.

## Conclusão

Tanto quanto sabemos, as escalas EBPB, EBPI-S e OCRSIEP-ES são os primeiros instrumentos traduzidos para português europeu para a avaliação das crenças de estudantes de licenciatura em enfermagem acerca da PBE, o nível das suas competências de implementação de PBE e a sua perceção sobre o estado de prontidão para a integração de PBE ao nível das escolas. A tradução e adaptação transcultural seguiu uma metodologia rigorosa que garantiu as equivalências estruturais, linguísticas e culturais entre as versões originais e as versões em português europeu das três escalas. Estas versões em português europeu apresentaram uma boa consistência interna e correlações baixas a excelentes entre os itens e a pontuação total.

A tradução e adaptação transcultural dos EBPB, EBPI-S e OCRSIEP-ES são os primeiros passos a dar para haver medidas válidas e confiáveis de aprendizagem de PBE para estudantes portugueses de licenciatura em enfermagem.

Contudo, são necessários mais estudos com amostras mais robustas para validação das versões em português europeu destes instrumentos para testar as suas propriedades de medida.

## Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

## Agradecimentos

Os autores agradecem o apoio prestado pela Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), acolhida pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC) e financiada pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT). Os autores também agradecem ao Prof Dr. Rui Pereira e à Prof.<sup>a</sup> Dra. Lucimare Ferraz pela sua ajuda no processo de tradução e adaptação. Os autores agradecem igualmente à Prof.<sup>a</sup> Dra. Catarina Oliveira por todo o seu apoio como orientadora de doutoramento, e às professoras Ana Filipa Cardoso, Isabel Moreira e Isabel Margarida pelo seu apoio durante a recolha de dados para a etapa 5.

## Referências bibliográficas

- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191. doi:10.1097/00007632-200012150-00014
- Blair, E., & Burton, S. (1987). Cognitive processes used by survey respondents to answer behavioral frequency questions. *Journal of Consumer Research*, 14(2), 280-288. doi:10.1086/209112
- Brown, N. R. (2002). Encoding, representing, and estimating event frequencies: A multiple strategy perspective. Em P. Sedlmeier & T. Betsch (Eds.), *Frequency processing and cognition* (pp. 37-54). New York, NY: Oxford University Press.
- Clarke, P. M., Fiebig, D. G., & Gerdtham, U. G. (2008). Optimal recall length in survey design. *Journal of Health Economics*, 27(5), 1275-1284. doi:10.1016/j.jhealeco.2008.05.012
- Dawes, M., Summerskill, W., Glasziou, P., Cartabellotta, A., Martin, J., Hopayian, K., ... Osborne, J. (2005). Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Medical Education*, 5(1), 1. doi:10.1186/1472-6920-5-1
- DeVellis, R. F. (2016). *Scale development: Theory and applications* (Vol. 26, 4<sup>th</sup> ed.). Thousand Oaks, CA: Sage publications.
- Duncombe, D. (2018). A multi-institutional study of the perceived barriers and facilitators to implementing evidence-based practice. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), 1216-1226. doi:10.1111/jocn.14168
- Fineout-Overholt, E. (2018). *ARCC-E EBP in education scales: Scoring & interpretation monograph*. Hallsville, TX: Author.
- International Council of Nurses. (2012). *Closing the gap: From evidence to action*. Geneva: Autor.
- Melnyk, B., Fineout-Overholt, E., Feinstein, N., Li, H., Small, L., Wilcox, L., & Kraus, R. (2004). Nurses' perceived knowledge, beliefs, skills, and needs regarding evidence-based practice: Implications for accelerating the paradigm shift. *Worldview on Evidence-Based Nursing*, 1(3), 185-193. doi:10.1111/j.1524-475X.2004.04024.x
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Gallagher-Ford, L., & Kaplan, L. (2012). The state of evidence-based practice in US nurses: Critical implications for nurse leaders and educators. *Journal of Nursing Administration*, 42(9), 410-417. doi:10.1097/NNA.0b013e3182664e0a
- Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Long, L. E., & Fineout-Overholt, E. (2014). The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: Proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(1), 5-15. doi: 10.1111/wvn.12021
- Pereira, R., Cardoso, M., & Martins, M. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), 55-62. doi:10.12707/RIII11146
- Pearson, A., Jordan, Z., & Munn, Z. (2012). Translational science and evidence-based healthcare: A clarification and reconceptualization of how knowledge is generated and used in healthcare. *Nursing Research and Practice*, 2012. doi:10.1155/2012/792519
- Solomons, N. M., & Spross, J. A. (2011). Evidence-based practice barriers and facilitators from a continuous quality improvement perspective: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 19(1), 109-120. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01144.x
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (2008). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use* (4<sup>th</sup> ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Stull, D. E., Leidy, N. K., Parasuraman, B., & Chassany, O. (2009). Optimal recall periods for patient-reported outcomes: Challenges and potential solutions. *Current Medical Research and Opinion*, 25(4), 929-942. doi:10.1185/03007990902774765
- Tilson, J. K., Kaplan, S. L., Harris, J. L., Hutchinson, A., Ilic, D., Niederman, R., ... Zwolsman, S. E. (2011). Sicily statement on classification and development of evidence-based practice learning assessment tools. *BMC Medical Education*, 11(1), 78. doi:10.1186/1472-6920-11-78
- World Health Organization. (2015). *European strategic*

*directions for strengthening nursing and midwifery towards health 2020 goals.* Copenhagen, Denmark: Autor. Recuperado de [http://www.euro.who.int/\\_\\_da-](http://www.euro.who.int/__da-)

[ta/assets/pdf\\_file/0004/274306/European-strategic-directions-strengthening-nursing-midwifery-Health2020\\_en-REV1.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/274306/European-strategic-directions-strengthening-nursing-midwifery-Health2020_en-REV1.pdf?ua=1)