

Lilian Aparecida Sousa

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E AVALIAÇÃO DA EVIDÊNCIA DE
VALIDADE DA VERSÃO BRASILEIRA DO *COTTER PRECEPTOR*
*SELECTION INSTRUMENT***

Dissertação de mestrado apresentada à
Faculdade Israelita de Ciências da Saúde
Albert Einstein para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

São Paulo

2023

Lilian Aparecida Sousa

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E AVALIAÇÃO DA EVIDÊNCIA DE
VALIDADE DA VERSÃO BRASILEIRA DO *COTTER PRECEPTOR*
*SELECTION INSTRUMENT***

Dissertação de mestrado apresentada à
Faculdade Israelita de Ciências da Saúde
Albert Einstein para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Eduarda Ribeiro dos
Santos

São Paulo

2023

Sousa, Lilian Aparecida
Adaptação transcultural e avaliação da evidência de validade da versão brasileira do cotter preceptor selection instrument / Lilian Aparecida Sousa --
São Paulo, 2023.
xii, 61 f, il.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein.

Título em inglês: *Cross – cultural adaptation and assessment of the validity evidence of the brazilian version of the cotter preceptor selection instrument.*

1. Estudo de validação. 2. Competência Profissional. 3. Preceptoria.
4. Competência Cultural.

Elaborada pelo Sistema Einstein Integrado de Bibliotecas

FACULDADE ISRAELITA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ALBERT EINSTEIN

Coordenador(a) do curso de Pós-Graduação - Mestrado Profissional em Enfermagem:
Profa. Dra. Andréa Gomes da Costa Mohallem

Lilian Aparecida Sousa

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E AVALIAÇÃO DA EVIDÊNCIA DE
VALIDADE DA VERSÃO BRASILEIRA DO *COTTER PRECEPTOR*
*SELECTION INSTRUMENT***

Presidente da banca: Profa. Dra. Eduarda Ribeiro dos Santos.

BANCA EXAMINADORA

Membros titulares:

Prof. Dr. Eduesley Santana Santos

Profa. Dra. Priscilla Caroliny de Oliveira

Membros suplentes

Prof. Dr. Ramon Antônio Oliveira

Prof. Dr. Felipe Utuari

Data de aprovação: 14/11/2023.

Dedicatória

Dedico esse projeto à minha família, que em todos os momentos me apoiaram e embarcaram junto com as minhas escolhas e decisões. Meu esposo e filha, que ficaram ao meu lado todas as noites e finais de semana quando estudava e escrevia. Aos meus pais, que sempre me incentivaram e fizeram e fazem o melhor para que eu sempre alcance os meus sonhos.

Agradecimentos

Em especial a minha querida orientadora Profa. Dra. Eduarda Ribeiro dos Santos, que foi mais que uma orientadora, e sim muitas vezes uma amiga e sempre uma incentivadora, na qual tenho total respeito, que se tornou um exemplo de profissional e mestre para mim.

Ao Prof. Dr. Flavio Rebustini, que aceitou o convite de nos auxiliar durante a metade dessa jornada, na qual gentilmente não só nos apoiou como nos motivou a expandir o estudo.

Também a autora do instrumento original Elisabeth Cotter, que nos autorizou a utilizar o instrumento como inspiração para a criação na realidade brasileira.

Sumário

Dedicatória	v
Agradecimentos.....	vi
LISTA DE ABREVIATURAS	IX
Resumo	x
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Objetivos.....	3
2 REVISÃO DE LITERATURA	5
2.1 Definição conceitual	5
2.2 Modelos de aprendizagem	7
2.3 Competências técnicas e comportamentais para os preceptores	8
2.4 O desenvolvimento do enfermeiro recém-contratado.....	9
2.5 <i>Cotter Preceptor Selection Instrument</i>	11
2.6 <i>Proficiency profile self-appraisal</i>	11
2.7 Psicometria contemporânea	12
3 MÉTODOS	16
3.1 Tipo de estudo.....	16
3.1.1 Adaptação transcultural.....	16
3.1.2 Etapas da metodologia do projeto	17
3.2 Permissão dos autores para a adaptação transcultural e uso do instrumento	18
3.3 Processo de tradução.....	18
3.3.1 Tradução	18
3.3.2 Síntese e resolução das discrepâncias das duas traduções.....	19
3.4 Gerações de itens	19
3.5 Evidências de validade de conteúdo	20
3.5.1 Painel de juízes	21
3.6 Análise descritiva.....	21
3.7 Evidência de validade de associação com outras variáveis	22
3.8 Aspectos éticos-legais.....	22
4 RESULTADOS	24
5 DISCUSSÃO	50
6 CONCLUSÃO.....	54
7 ANEXOS.....	56

8 REFERÊNCIAS	58
Abstract	
Apêndices	

Lista de abreviaturas

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHA	Competência, habilidades e atitudes
CPSI	<i>Cotter Preceptor Selection Instrument</i>
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional
CVR	Coeficiente de validação de conteúdo (<i>content validity ratio</i>)
IC	Intervalos de confiança
IQ	Intervalo interquartil
K-S	Kolmogorov-Smirnov
PPSA	<i>Proficiency profile self-appraisal</i>
RDC/TMD	O Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders
REDCap	<i>Research Eletronic Data Capture</i>
SGPP	Sistema de Gestão de Projetos de Pesquisa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Resumo

Introdução: O enfermeiro dentro de seu cotidiano profissional exerce vários papéis, um deles é o papel de educador, tanto para sua equipe, quanto para orientar outro colega profissional recém-contratado. Para essa função é denominado o termo: preceptor, e para o processo preceptoria, que é definido pelo período que um profissional mais experiente passará a atender, monitorizar de forma individual e fornecer *feedback* construtivo. Foi realizado a busca de um instrumento validado, em literatura que auxilie na seleção de preceptores, encontrou-se o *Cotter Preceptor Selection Instrument*.

Objetivos: Realizar a adaptação transcultural e analisar as evidências da validade da escala *Cotter Preceptor Selection Instrument*, versão brasileira. **Métodos:** Trata-se de um estudo de evidência de validade da versão brasileira do instrumento *Cotter Preceptor Selection Instrument*. O processo de tradução e síntese das traduções foi realizado por dois profissionais (T1 e T2). Para a geração de itens, participaram especialistas, onde foi utilizado o nível *assembly*. Nas etapas de evidência de validade, o instrumento foi submetido ao painel de juízes multidisciplinares de diferentes regiões do Brasil.

Resultados: Na tradução, observou a diferença entre as traduções de três domínios. Na síntese das traduções, a opção mais adequada foi do T2. Três dos atributos tiveram as mesmas traduções; nos demais, foram necessários ajustes, predominando a opção do T2. O processo de tradução cross-cultural resultou em 10 domínios e 34 atributos. Na geração de itens, o instrumento foi analisado por 166 participantes, passando a ter 12 domínios e 57 atributos, com o coeficiente de validação de conteúdo que revelou valores do CVR entre: 0,55 e 0,96. De acordo com o painel de 31 juízes, predominantemente enfermeiros, dois atributos apresentaram coeficiente de validação de conteúdo insuficientes, indicando necessidade de ajuste. Esses processos permitiram a criação e adaptação de um instrumento voltado para a prática da preceptoria no contexto brasileiro. **Conclusão:** A adaptação transcultural do *Cotter Preceptor Selection Instrument* para o português brasileiro revelou nuances linguísticas e culturais relevantes. Após análises de especialistas e juízes, o instrumento final foi ajustado e passou a conter 12 domínios e 52 atributos, refletindo melhor a realidade brasileira da preceptoria.

Descritores: Estudo de validação; Competência Profissional; Preceptoria; Competência Cultural.

Disposição legal

Trabalho apresentado sob a forma de artigo científico com a obrigatoriedade de publicação em revista indexada e classificada pela CAPES no extrato mínimo B1 ou superior.

Sua disponibilidade integral em repositório institucional ocorrerá mediante publicação.

1 INTRODUÇÃO

Dentre as inúmeras atividades que o enfermeiro assume em seu escopo profissional, uma é a função de educador. Essa atribuição é desempenhada com sua equipe, e muitas vezes, para orientar profissionais recém-contratados, desenvolver residentes e pós-graduandos e, ainda, enfermeiros sem nenhuma experiência, no caso de profissionais recém-formados – ou mesmo aqueles com muitos anos de prática, mas que precisam de orientações ao chegar em um novo ambiente de trabalho.⁽¹⁾

Define-se preceptor a pessoa que irá possibilitar a relação entre o profissionais que chega em um novo ambiente de trabalho, com outros profissionais, facilitando uma socialização, mas não necessariamente está ligado à área acadêmica. Também é citado como quem ministra para um número reduzido de profissionais, com destaque para a ampliação das aptidões para área assistencial.⁽²⁾

O preceptor também é reconhecido como professor e/ou consultor, as vezes utiliza o termo *coach*; deverá atuar como um profissional que fará perguntas com o objetivo de estimular reflexões para produzir ações espontâneas e seguras, exercendo assim mudanças com ações positivas logo, terá o desafio de orientá-lo e direcioná-lo a obter conhecimento, proporcionando uma conexão confiável e segura para que possa realizar suas atividades com autonomia. Embora o novo profissional, recém-graduado ou não, traga consigo uma certa bagagem de conhecimentos e habilidades, sendo conhecimentos julgados como necessários, precisará de uma preparação profissional no novo ambiente de trabalho.⁽²⁻⁴⁾

Esse processo educacional denomina-se preceptoria, esse processo deve acontecer de maneira estruturada, garantindo a transição de conhecimento, a absorção da cultura da organização e a qualificação do recém-contratado, com treinamento, avaliação e ações periódicas, assim como *benchmark* em outras instituições, com o foco de trazer inovação e atualização aos profissionais que façam parte desse projeto.⁽⁴⁻⁵⁾

É preciso definir critérios para selecionar preceptores, segundo os quais esses profissionais passem por validações práticas e testes específicos. Consequentemente, deve haver um líder e/ou coordenador para acompanhar, validar e supervisionar o preceptor no desenvolvimento dos profissionais.⁽⁶⁾

Para ser preceptor, não basta que esse profissional enfermeiro simplesmente expresse o desejo de ensinar. É necessário ter competências, habilidades e atitude. Dentre as habilidades e competências, é possível destacar a comunicação eficaz, capacidade de ensinar, competências clínicas, interesse em crescimento e desenvolvimento contínuo profissional, ser atencioso e acolhedor, ter liderança motivadora, entre outras.⁽⁷⁾

A atividade de preceptoria tem como principais desafios validar procedimentos assistenciais, como passagem de sonda, coleta de exames, punção venosa e arterial, entre outros procedimentos. Também precisa estimular o raciocínio clínico, fazer a associação da teoria às práticas e intermediar discussões.⁽⁸⁾

Outros desafios a serem enfrentados são falta de direcionamento, ausência de treinamentos e fluxos que orientem esse profissional. Muitos artigos defendem a necessidade de treinamento específico e adequado, por meio de educação continuada, para dar suporte a essa educação e desenvolvimento. Deve-se atentar para a carga de trabalho e as pressões de todo o contexto no qual esse profissional está inserido. Vale lembrar que esse profissional deve prestar assistência de qualidade aos pacientes e assessorar o enfermeiro recém-contratado sem que haja uma recompensa financeira para desempenhar essas atribuições.^(9,10)

Segundo literatura científica, é possível perceber um ponto positivo em ambientes que adotam esse profissional, o preceptor: a retenção de novos colaboradores. Quando existem profissionais com as qualidades e competências necessárias para realizar a preceptoria, ocorre uma redução da rotatividade no quadro de profissionais. Possíveis resultados positivos podem estar associados ao bom desempenho do preceptor, como a diminuição de eventos adversos (por exemplo, quedas, administração equivocada de medicamentos, entre outros) que podem causar danos irreversíveis aos pacientes.⁽⁵⁾

Outro aspecto que não pode ser descartado é a imposição das instituições de trabalho em determinar esse papel a determinado profissional pelo fato de ele ter muitos anos de experiência.^(6,11)

Com base no que foi exposto, é importante valorizar esse profissional não apenas mediante um certificado, mas com uma sinalização que o destaque como profissional diferenciado.⁽⁵⁾

Ante este contexto, realizou-se busca na literatura científica em bases de dados nacionais e internacionais, utilizando os descritores: estudos de validação,

aprendizagem, competência, competência profissional, competência transcultural e preceptoria. Nesta busca encontrou-se um primeiro instrumento, o *Proficiency profile self-appraisal* (PPSA), aprofundando mais na temática, sendo direcionado ao instrumento que foi selecionado para embasar este estudo e realizar a adaptação transcultural, encontrou-se o *Cotter Preceptor Selection Instrument* (CPSI) (Anexo 1), que demonstrou praticidade na aplicação prática.⁽⁶⁾

Na literatura nacional não foi identificado nenhum instrumento validado ou que classifique o enfermeiro como preceptor. Além disso, percebeu-se escassez da temática em relação ao preceptor que auxilia na integração e no desenvolvimento de enfermeiros recém-contratados.

A falta de uma ferramenta validada dificulta a identificação e a seleção precisa desse profissional. Assim como já descrito, não se trata de um processo seletivo que deve ser classificado por avaliação observacional, e sim com competências específicas.

Diante das questões levantadas e de tudo que vivenciei na prática, ou seja, em toda a minha jornada profissional como enfermeira, e sempre após um ano atuando na mesma instituição, o convite para ser preceptora surgia sem muitas explicações, e rapidamente essa função era desempenhada sem metodologia e padronização. Por isso, surgiu uma inquietude em relação à necessidade de pesquisar um instrumento científico e validado que auxiliasse nessa tomada de decisão. Todos, em algum momento na vida, já transmitiram conhecimento a outra pessoa, muitas vezes sem estar preparados ou sem que fosse por vontade própria. Por outro lado, é sempre importante compartilhar conhecimentos, pois a transferência de saberes faz bem não só para quem os recebe, mas também para quem os compartilha.

Assim, despertou-se o interesse em realizar a adaptação transcultural e a validação do instrumento *Cotter Preceptor Selection Instrument* (CPSI) - versão brasileira, para auxiliar na seleção desse profissional.

1.1 Objetivos

1. Realizar a adaptação transcultural do instrumento *Cotter Preceptor Selection Instrument* para o português do Brasil;

2. Analisar as evidências da validade do conteúdo da escala *Cotter Preceptor Selection Instrument* - versão brasileira.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Definição conceitual

Em legislação, o termo preceptor é citado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), na prática da residência. A resolução 259/2001, artigo 7º, institui o título de especialista aos profissionais enfermeiros que ingressam nos Programas de Residência em Enfermagem. Além disso, o órgão aprovou o regimento interno da Comissão Nacional de Residência Nacional, com o propósito de orientar e estabelecer normas para o efetivo cumprimento desse regimento. O curso deve contar com um coordenador, o qual deverá ter, no mínimo, um título de mestre. Os demais profissionais, como docentes, deverão ter titulação acadêmica reconhecida.^(1,7)

Nesse contexto, os preceptores, que serão responsáveis pelo direcionamento na prática clínica, também precisam ter pelo menos um título de especialista. Na ausência de profissionais com essa qualificação, um enfermeiro de alta competência e experiência comprovada em área específica poderá exercer a atividade de direcionar os alunos da residência.^(1,6,10)

Uma das definições de "preceptor" é aquele que está ligado a uma instituição de ensino, cujo local que realiza e desenvolve o aluno serve como campo de residência clínica. Ao refletir sobre o significado da palavra, trata-se de "instrutor, professor", proveniente do latim "*praecepit*".⁽⁸⁾

Esse personagem deve compreender metodologias e ter estratégias didáticas em sua formação e prática profissional. Dessa maneira, conseguirá desenvolver pessoas. Ele executará um importante papel no ensino-aprendizagem; por isso, precisa ter uma formação pautada em embasamentos teóricos, proporcionando um ambiente seguro para a absorção do conhecimento pelo profissional recém-contratado.^(7,8) Há um estudo que defendem que é preciso ter critério para eleger um preceptor: anos de experiência, curso preparatório, testes, validações, treinamentos teóricos e práticos.⁽⁴⁾

Diante disso, é preciso que o preceptor, além de ter nível superior, seja da mesma área profissional. Vale ressaltar que essa função educativa não tem, atualmente, incentivos profissionais e financeiros.^(4,8)

Esse profissional não deixará de atuar em sua prática clínica. Ele deverá realizar o papel de preceptor sem deixar de prestar, com excelência, seu atendimento aos pacientes. Será essa integração, ao fornecer assistência aos pacientes e passar novos conceitos aos supervisionados, que facilitará a aprendizagem do novo enfermeiro ou recém-contratado.^(7,8)

Espera-se que o preceptor estimule o profissional que o está acompanhando, o profissional que está iniciando suas atividades, no seu autodesenvolvimento, a fim de que ele consiga lidar com os conflitos e expectativas que lhe são depositados.⁽⁹⁾ Além de desenvolver diferentes competências, é preciso trabalhar em conjunto para avaliar o processo de preceptoria em relação ao profissional que está sendo acompanhado.⁽⁵⁾

É importante evidenciar que este trabalho aborda o profissional enfermeiro selecionado por meio de competências específicas e que precisa passar por critérios como teste e validações, diferente de um docente. Embora o preceptor muitas vezes seja considerado um professor, o docente em enfermagem precisa de formação específica. Ele também acompanha o futuro enfermeiro em seu desenvolvendo em outras especificações.^(11,12)

O docente, um profissional comprometido com ensino, aprendizado e atualizações, deve ser um protagonista ativo na formação do aluno, capaz de formar e gerar mudanças. Já o preceptor dará continuidade a esse processo de aprendizagem no campo profissional.⁽¹²⁾

Com relação à preceptoria desempenhada na residência clínica, ela se baseia em um desenvolvimento apoiado em uma visão integral, não se focando apenas nos conhecimentos técnicos adquiridos durante a graduação. Trata-se da melhoria da forma de educar os profissionais de saúde, alinhando-se com o projeto pedagógico. Para este contexto, existe a Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU), que tem como principal objetivo supervisionar as residências multiprofissionais e/ou uniprofissionais. Nesse caso, os preceptores são remunerados para desempenhar essa função.⁽¹³⁾

2.2 Modelos de aprendizagem

Um trabalho reforça que, para se tornar preceptor, é preciso um processo de aprendizagem, ou seja, um treinamento e um suporte direcionado, com atualizações contínuas para fortalecer conhecimentos e habilidades.⁽¹¹⁾

Atualmente, são muito utilizadas ferramentas eletrônicas, plataformas de aprendizagem com conteúdo e testes, o que facilita que o profissional preceptor assimile esses conhecimentos no seu ritmo.⁽³⁾ Entretanto, é necessário pensar na aprendizagem associada a diversas metodologias, como discussões e grupos com a estimulação de raciocínio clínico, com profissionais do mesmo nível, auxiliando na formação do preceptor. O estudo de caso é imprescindível nessa formação, pois torna o profissional crítico, reflexivo e com diferentes habilidades.⁽¹⁴⁾

As técnicas pedagógicas são facilitadoras para o trabalho do preceptor. Além disso, quanto maior o conhecimento do preceptor, maior autonomia ele demonstrará para desenvolver suas competências para o ensino. Os valores devem ser passados para quem recebe os ensinamentos, transmitindo cuidados com qualidade e segurança aos pacientes.⁽⁸⁾

Os programas de preceptoria não são obrigatórios. Contudo, um estudo defende que essa prática é extremamente importante e dá suporte ao processo de aprendizagem para o profissional que receberá as instruções e orientações, além de proporcionar mais experiência e confiança ao preceptor.⁽⁶⁾

Para que haja um preceptor, além de se estabelecer critérios, é preciso passar por um programa, treinamento, workshop, entre outras estratégias. Nesses programas ou treinamentos, desenvolvem-se habilidades como resolução de conflitos, delegação, andragogia, desenvolvimento do pensamento crítico, gestão e comunicação.⁽⁵⁾ Outros defendem que, associados a um treinamento específico, devem ser realizados um pré e um pós-teste.⁽⁵⁾

Definir uma linha de aprendizagem para o preceptor garante um processo educativo seguro para melhorar a performance do preceptor. Desta forma, ele pode construir um senso crítico com embasamento teórico e criação de valores.⁽⁶⁾

Há um estudo que defendem a capacitação do preceptor com treinamento para desenvolver a parte técnica e comportamental.⁽¹⁴⁾

2.3 Competências técnicas e comportamentais para os preceptores

A palavra competência, cada vez mais associada ao âmbito corporativo e da educação, está relacionada com o saber fazer com qualidade. Para que as competências sejam desenvolvidas, é necessário interagir no meio em que se vive profissionalmente.^(15,16)

É preciso compreender o conceito de: competência, habilidades e atitudes (CHA). Muito utilizado na área de ciências humanas, esse termo define o conhecimento como a transformação das informações. Já a habilidade é definida como o saber fazer, e a atitude, como o fazer acontecer, levando a ação para a realização de um ato, influenciado pelo comportamento.^(15,16)

Refletindo sobre esses temas e levando em consideração os desafios do mercado competitivo atual, é importante que o enfermeiro preceptor compartilhe conhecimentos e experiências para diminuir a ansiedade do novo profissional em seu período de adaptação. Esse período inicia-se na chegada ao novo ambiente de trabalho, passando por todo o desenvolvimento em conjunto com o preceptor, até que se sinta seguro para realizar as ações sem a presença deste. Por isso, o processo de elegibilidade do preceptor é de suma importância, uma vez que nem todo enfermeiro tem o perfil adequado para desempenhar essa tarefa.⁽¹⁷⁾

O critério de seleção deve basear-se em competências, testes, instrumentos e especificações feitas pelos cargos de liderança, considerando também a prática com excelência.⁽⁶⁾

No âmbito profissional, a competitividade está cada vez mais acirrada, requer um conjunto de habilidades conhecidas como *soft skills* e *hards skills*, além de competências morais e éticas.⁽¹⁸⁾

As competências técnicas, *hard skills*, são definidas como aquelas que podem ser aprendidas. Muitas delas são assimiladas durante a formação acadêmica, outras são aperfeiçoadas durante a experiência clínica.⁽¹⁹⁾

No contexto específico da preceptoria, o preceptor deverá ter vasta experiência para realizar um melhor direcionamento. O enfermeiro recém-contratado poderá já ter vivenciado outro local de trabalho e ter experiências anteriores; porém, além da prática, será necessário ensinar a técnica no contexto em que ele se encontra.⁽¹⁾

Por isso, é necessário habilidade de ensino a fim de mostrar ao recém-contratado os caminhos para enfrentar os obstáculos, de modo que esse profissional gerencie suas inseguranças. Essa habilidade de ensino inclui comunicação assertiva e estratégias de ensino e aprendizagem, o que atualmente é chamado de *soft skills*, habilidades mais subjetivas, diretamente ligadas às relações entre os pares.⁽¹⁸⁾

As *soft skills* são competências relacionadas ao comportamento humano, como empatia, resolução de conflitos, tomada de decisão, liderança, flexibilidade, boa relação com a equipe e outras.⁽¹⁷⁾

A prática clínica permite que o enfermeiro desenvolva competências comportamentais. Essa experiência proporciona ao preceptor uma bagagem de competências que favorecerá o treinamento do recém-contratado, estruturando melhor o treinamento e a transferência de valores.⁽¹⁸⁾

As competências técnicas e comportamentais, o raciocínio clínico, autonomia e protagonismo, a capacidade de reportar pontos positivos e construtivos ao indivíduo a ser supervisionado, a comunicação e a relação interpessoal deverão ser ferramentas para promover e compartilhar conhecimentos.⁽¹⁰⁾

Vale ressaltar que as competências morais e éticas, atualmente bastante procuradas por recrutadores e organizações, podem ser interpretadas como valores humanos, senso de prudência, o ato de importar-se com as ações sociais.⁽¹⁶⁾

A junção de todas essas competências é fundamental e quando se pensa em um modelo profissional para o preceptor. Esse profissional será responsável por treinar e habilitar outra pessoa com excelência, facilitando a absorção de práticas técnicas para que ele possa realizá-las com maestria, auxiliando em conflitos e tomadas de decisões, e influenciando positivamente o bom relacionamento com os demais, destacando os princípios morais e éticos para conviver no ambiente corporativo de forma a seguir regras.⁽¹⁶⁾

2.4 O desenvolvimento do enfermeiro recém-contratado

O cotidiano prático da assistência prestada pelo preceptor e a transmissão de conhecimentos fará com que o enfermeiro recém-contratado se adapte mais rapidamente aos cenários que serão expostos.⁽³⁾

O que proporciona uma fácil aprendizagem é exatamente a aplicação prática do raciocínio clínico. Por isso, deve haver uma rápida adaptação a esse modelo para facilitar seu desempenho profissional.⁽³⁾

A relação do preceptor com o novo membro, em relação ao meio em que será desenvolvido, deve ser positiva para facilitar o desenvolvimento e a aprendizagem. Com isso, o profissional recém-contratado poderá criar uma identidade profissional com mais facilidade, tornando esse processo mais tranquilo.⁽¹⁰⁾

Indica-se, nesse sentido, um plano de treinamento previamente definido pelo enfermeiro preceptor. Deve-se evitar a rotatividade do enfermeiro preceptor para evitar desgaste no treinamento.⁽¹⁰⁾

Deve haver uma relação de confiança entre o preceptor e o profissional que está sendo treinado. O preceptor demonstrará resultados importantes para o desenvolvimento do recém-contratado, o que facilitará a implementação dos princípios de aprendizagem cognitiva.⁽¹⁹⁾

Por fim, para que se obtenha um processo de preceptoria de qualidade, será necessária a associação dos conhecimentos e conjuntos de habilidades do preceptor, além do compromisso entre os pares, preceptor e recém-contratado. Um estudo também sustenta que a experiência prévia do preceptor é fundamental para que haja uma transição segura e confiável ao enfermeiro recém-contratado.⁽¹⁹⁾

Vale destacar que a experiência prévia é um facilitador na aprendizagem do adulto. Considerando-se que o recém-contratado pode ter anos de experiência, o conhecimento que ele traz consigo é de extrema importância. Talvez seja necessário facilitar processos, estruturas e materiais, mas ele já saberá realizar as competências técnicas. Por outro lado, se o recém-contratado não tiver experiência, os conceitos teóricos deverão ser associados às práticas. Isso será realizado, muitas vezes, de forma repetida, o que conduzirá à excelência do trabalho a ser desenvolvido.⁽²⁰⁾

Desta forma, a aprendizagem e o desenvolvimento devem ser focados na pessoa, utilizando técnicas da andragogia – educação para adultos, valorizando o conhecimento prévio – assim como a heutagogia – a responsabilidade da aprendizagem também deve ser de interesse do próprio profissional. Esses conceitos devem estar alinhados com diferentes modelos de aprendizados que o preceptor deverá aplicar para fortalecer o desenvolvimento do recém-contratado.^(20,21)

2.5 Cotter Preceptor Selection Instrument

O CPSI é um instrumento de 14 itens elaborado após uma revisão bibliográfica de competências positivas de preceptores. As 14 perguntas estão divididas em grupos e domínios. Esses itens selecionados abordam as seguintes áreas: competência clínica, enfermagem, processo de enfermagem, liderança transformadora, colaboração/comunicação, desenvolvimento profissional, resolução de conflitos, comprometimento, flexibilidade, empoderamento e valores.⁽⁶⁾

O CPSI usa uma escala Likert de três pontos, com as seguintes variações: 1 = precisa de melhoria, 2 = atende às expectativas e 3 = excede expectativas. Uma pontuação elegível para se tornar um preceptor é um total de 35 pontos. Pontuação de 48 pontos seria perfeita, representando um perfil acima do nível esperado. Já a mínima pontuação aceitável é de 28 pontos.⁽⁶⁾

A validação do conteúdo se deu por uma amostra de quatro profissionais de enfermagem, identificados mediante solicitação da comunidade de educadores de enfermeiros em Long Island, Nova York.⁽⁶⁾

Já a validade do instrumento ocorreu com uma amostra selecionada para o piloto, um número de treze enfermeiros (n=13), de um hospital de cuidados agudos com 420 leitos.⁽⁶⁾

O objetivo desse estudo foi construir um instrumento: CPSI, que tem propriedades psicométricas, e restabelecer a confiabilidade do instrumento PPSA, com um estudo piloto em uma nova população – preceptores e orientadores de enfermagem.⁽⁶⁾

2.6 Proficiency profile self-appraisal

As autoras do CPSI tiveram como referência o instrumento PPSA (em português, autoavaliação do perfil de proficiência), que orienta os líderes de enfermagem na seleção de preceptores. O PPSA pode ser usado como autoavaliação ou como instrumento de seleção de preceptor pelo gerente de enfermagem. Com 91 itens, estabeleceu uma medida de confiabilidade (Cronbach = 0,98); no entanto, apesar de ser válido e confiável, o PPSA, por ter 91 itens, na prática,

não foi adotado com facilidade, constituindo um processo demorado para selecionar preceptores.⁽⁶⁾

Esse instrumento, com atributos comportamentais classificados em cinco tópicos, avalia e determina o nível de proficiência de um preceptor, utilizando escala Likert de 5 pontos (1 a 5) para cada item: 1 = mínimo, 2 = média, 3 = superior, 4 = excelente, 5 = não aplicável. Porém, essa classificação pode ser interpretada como indicadores discriminatórios, pois identificam a qualificação de alta ou baixa qualidade.⁽⁶⁾

O coeficiente alfa de Cronbach para confiabilidade de subescalas foi o seguinte: competência clínica, 96 (n=28 itens); comunicação, 95 (n=20); capacidade de ensino, 93 (n=14); liderança, 96 (n=22); atividades profissionais, 90 (n=7).⁽⁶⁾

A validação do conteúdo do instrumento PPSA foi conduzida por três enfermeiras que serviram como especialistas. O PPSA foi descrito como fácil de usar: cada item parecia se complementar no conceito de papel preceptor, o nível de desempenho atribuído ao instrumento era coincidente com avaliações de desempenho anteriores para o enfermeiro selecionado, e nenhum item foi excluído.⁽⁶⁾

2.7 Psicometria contemporânea

Em 1869, Galton prefigurou o que viria a ser conhecido como a abordagem empírica para validação, propondo que "os conjuntos de medidas devem ser comparados com uma estimativa independente dos poderes do homem" para determinar quais foram os mais instrutivos. Esse conceito ganhou vulto com novas abordagens principalmente com a tentativa de desenvolver teorias de medidas para a mente e as ciências sociais, o que acabou levando a teoria das medidas para o campo da psicologia. Um de seus principais objetivos era auxiliar na elaboração e adaptação de instrumentos de medida, como escalas, inventários e protocolos de observação.⁽²²⁻²⁴⁾

Com o decorrer do tempo, já no século XX, ficou mais evidente a necessidade de desenvolver instrumentos de observação, testes denominados psicológicos. Com isso, a psicometria reforça sua contribuição na observação de processos subjetivos, como personalidade, criatividade, emoções, percepções,

inteligência e memória. Atualmente, a psicometria vem criando cada vez mais processos de validação e adaptação de instrumentos de medida.⁽²⁴⁾

É importante ressaltar que a psicometria, além da avaliação das manifestações observacionais, também tem como objetivo a busca de evidências de validade, procurando a precisão dos instrumentos e a padronização de instrumentos de medida. Possibilita, assim, a comparação dos resultados obtidos a partir de um instrumento.⁽²⁴⁾

No método psicométrico, a validação busca realizar a medição direta e a relação com outras medidas dos constructos – tudo o que pode ser observado diretamente, como atitudes, saúde mental, conhecimentos, traços de personalidade, competências profissionais, culturas e tendências cognitivas. Desta forma, não se limita há décadas ao campo da psicologia.^(25,26)

O conceito de validade, especificamente, é um ponto de extrema relevância na psicometria. Ele é usado para avaliações de medidas, isto é, sugere o que é importante sobre os testes psicológicos. Por isso, será preciso aprofundar-se nos conceitos de validade e prática da validação. O processo de validação envolve a coleta, síntese e avaliação de dados, os quais normalmente incluem evidências de confirmação e aplicação de valores.^(27,28)

A palavra validação também teve sua evolução no decorrer da história. O termo evoluiu de categorias de validade para tipos de validade e, finalmente, para fontes de evidência de validade. As evidências de validade atualmente residem em cinco fontes, a saber: conteúdo, processo de resposta, estrutura interna (ex-constructo), relação com outras variáveis (ex-critério) e consequência do teste. Elas substituíram o modelo dominante por décadas por validade: conteúdo, critério e constructo.^(29,30)

Ainda sobre o processo de validação, o acúmulo de evidências relevantes proporciona uma sólida base científica. Esse processo é constituído por cinco categorias, integrando o máximo possível de evidências e análises: no conteúdo do teste, evidências baseadas em processos de resposta, evidências baseadas na estrutura interna, relações com outras variáveis e consequências do teste. Desta forma, será possível garantir mais informação e permitir que o instrumento desenvolvido seja capaz de mensurar a variável latente. Nesse cenário, os estudos de validade deixam de ser um sistema binário (válido/não válido) e tornam-se um sistema de evidências, desde evidências mínimas até modelos robustos e consistentes de evidências, abrangendo inclusive a inexistência de evidências de validade de um instrumento.⁽³¹⁾

As cinco categorias de evidência, inicia-se pela evidência baseada no conteúdo do teste, a qual avalia o grau em que o conteúdo de um teste representa a variável latente do instrumento. Essa etapa predominantemente qualitativa reside no campo dos significados, isto é, determina se os itens redigidos são capazes, *a priori*, de mensurar a variável latente.⁽³⁰⁾

As evidências baseadas em processos de resposta, as quais surgem no Standards de 1999, representam um desdobramento do conteúdo, tendo como uma das etapas fundamentais o pré-teste do instrumento. Elas buscam o ajuste entre o constructo e a natureza detalhada do desempenho ou resposta fornecida pelos examinandos. Essa etapa pode ser compreendida pelas entrevistas com os participantes.⁽³⁰⁾

Evidências baseadas na estrutura interna, até 1999 denominadas constructo, visam testar a hipótese de que os itens redigidos e que passaram pelo conteúdo e processo de resposta efetivamente têm a propriedade de mensurar a variável do instrumento. Portanto, consistem na busca de evidências de que o item de um instrumento mensura aquilo para o qual foi desenvolvido. Deve-se ter claro, que nessa etapa o item mensura a variável e como o conjunto de itens se relacionam entre si e a variável latente. Muitas vezes, confunde-se com a confirmação de uma teoria. De fato, a confirmação da teoria só é realizada com a comprovação de que a interpretação do escore do instrumento pode ser feita à luz de uma teoria.⁽³⁰⁾

As evidências baseadas em relações com outras variáveis (ex-critério) estão associadas a formas das relações entre pontuações de testes e outras variáveis.

Por fim, as evidências de validade de consequências do teste referem-se a estudos das consequências intencionais e não intencionais, associadas a um programa de testes. São, portanto, os efeitos da aplicação do instrumento sobre o ambiente.⁽³⁰⁾

Outro fator importante é o processo de adaptação de instrumentos psicológicos, o qual requer um rigor metodológico na validação. Existem diretrizes padronizadas para a tradução e adaptação de instrumentos psicológicos entre culturas. O primeiro passo é a tradução, a qual deve levar em consideração os aspectos culturais, idiomáticos, linguísticos e contextuais concernentes ao idioma de origem.⁽²⁴⁾

O presente estudo tem como principal objetivo adaptar uma escala americana para o contexto brasileiro e evidenciar as validades da escala. Por isso, é de

extrema importância utilizar os conceitos da psicometria contemporânea, uma vez que, para aplicação de teses e escalas que definem e/ou classificam um indivíduo, é preciso haver evidências sólidas. De outro modo, podem proporcionar danos consideráveis aos participantes, como classificar o indivíduo em uma categoria errada para executar uma tarefa, não ter competência para exercer uma função – ou o contrário. As variáveis latentes da escala utilizada não estão ligadas diretamente e podem ser influenciadas por ações externas, como uma tradução errônea.⁽²⁹⁾

3 MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de evidência de validade da versão brasileira do instrumento CPSI.⁽²⁹⁾

3.1.1 Adaptação transcultural

Cada vez mais, a enfermagem vem realizando adaptações de instrumentos de pesquisa, visando o desenvolvimento da prática e da ciência na área.⁽³²⁾

O processo de tradução e adaptação de um idioma para outro precisa de critérios rigorosos. Desta forma, é preciso dispor de uma metodologia, um caminho gradativo para resultar em uma versão adequada, de maneira que todos os princípios e os objetivos do instrumento, que está sendo traduzido e adaptado, tenha o mesmo entendimento.

A adaptação transcultural do instrumento CPSI, consiste em não somente no instrumento em si, mas todas as interpretações. Com isso, o objetivo é resultar em um instrumento que permita ser utilizado no contexto cultural brasileiro, sem danos.⁽³³⁾

É preciso que a ferramenta em estudo passe pelo processo de adaptação transcultural, para que se tenha o resultado mais adequado para uma determinada cultura. Neste estudo, a adaptação transcultural e a evidência de estrutura interna precisam caminhar juntos.⁽³²⁾

Como o estudo busca adaptar e validar um teste comportamental, trata-se de um processo complexo. Mais do que desenvolver o próprio teste, é preciso dispor dos domínios da psicometria para a adaptação do teste. Para os estudos transculturais, é utilizada uma classificação, especialmente sobre os conceitos de adaptação: adoção, adaptação e *assembly*.⁽³⁴⁾

A adoção refere-se à tradução e retrotradução, ou seja, os itens são simplesmente traduzidos e adotados no idioma de destino, sem nenhuma modificação.

Na adaptação, são necessários ajustes de redação durante o processo de tradução e retrotradução.⁽³⁴⁾

O último nível, *assembly*, requer que itens sejam reescritos, adicionados, ou mesmo, que as instruções do instrumento e o formato da escala sejam alterados.⁽³⁴⁾

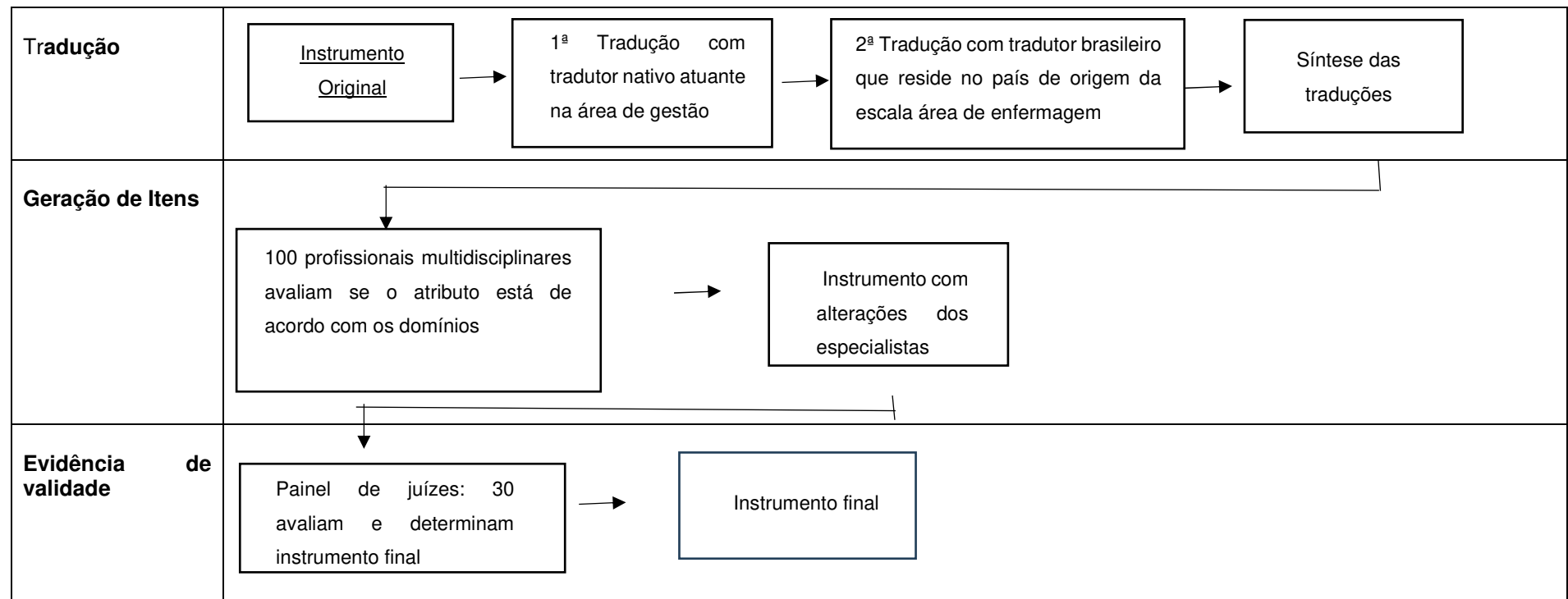
Realizar a construção de um teste é extremamente complexo. O trabalho que foi desenvolvido seguiu com o nível *assembly*. Assim sendo, novos itens serão desenvolvidos para substituir aqueles que não são adequados para a cultura de destino. O instrumento original será valorizado, porém haverá construções e adequação de novos itens. Esses novos itens poderão ser completamente novos, uma vez que apenas a tradução muitas vezes não se adapta ao contexto cultural.⁽³⁴⁾

O estudo ainda passou pela tradução e seguirá por mais dois estágios. O primeiro trata-se de avaliar, por meio de especialistas, se os fatores associados à variável latente do instrumento são suficientes ou será necessária a incorporação de novos itens. Essa etapa pode ser denominada de qualitativa exploratória. O segundo estágio abrange, efetivamente, a busca de evidências de validade de conteúdo.⁽³⁵⁾

3.1.2 Etapas da metodologia do projeto

Abaixo, está descrito as etapas de tradução, geração de itens e evidência de validade:

Quadro 1. Metodologia do projeto



Fonte: Sousa, LA. Passo a passo da metodologia do projeto. São Paulo, 2023.

3.2 Permissão dos autores para a adaptação transcultural e uso do instrumento

A permissão para a tradução e validação do instrumento CPSI (Anexo 1) foi solicitada à pesquisadora e autora Elizabeth Cotter via correio eletrônico.

Por meio de correio eletrônico, realizou-se troca de mensagens, para agradecer e explicar o objetivo do trabalho, logo a autora enviou uma carta, aceitando e autorizando a tradução e adaptação do instrumento (Anexo 2).

No decorrer do projeto, foi enviada mais uma solicitação de autorização de modificação do documento original, para inclusão e exclusão de itens. A autora respondeu autorizando a adaptação transcultural, consistindo na inclusão e exclusão de itens.

3.3 Processo de tradução

O processo de tradução e adaptação transcultural adotado para o instrumento CPSI ocorreu conforme proposto pelas *Guidelines for Establishing Cultural Equivalency of Instruments – RDC/TMD* (Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders) Consortium *Network*.⁽³⁶⁾

Tendo em vista as etapas propostas pelo RDC/TMD (2013), este estudo foi conduzido da seguinte forma: (1) tradução, (2) síntese e resolução das discrepâncias de duas traduções. Esses passos estão esquematizados na Figura 1 e serão descritos a seguir.⁽³⁶⁾

As etapas de avaliação externa e publicação da tradução no RDC/TMD não foram realizadas, uma vez que as pesquisadoras não possuem a intenção de publicar no consórcio. O pré-teste que faz parte de uma segunda fase proposta pelo consórcio, que consiste na avaliação da tradução e documentação, será adiantado.

3.3.1 Tradução

O instrumento foi traduzido do idioma de origem, o inglês, para o português por dois tradutores bilíngues que têm o idioma-alvo como língua nativa e o idioma de origem como segunda língua, gerando traduções independentes.

Um dos tradutores reside no país de origem do instrumento e o outro no país do idioma-alvo. Ambos têm o conhecimento das expressões idiomáticas e de seu uso cultural. Um tradutor possui o conhecimento do conteúdo do instrumento, e o outro não terá familiarização com o assunto de que trata o conteúdo traduzido.

Escolheu-se um dos tradutores da área da saúde pelo fato de o instrumento ser destinado aos enfermeiros e não à população em geral. Já o segundo tradutor provém de outra área, como a de gestão.

3.3.2 Síntese e resolução das discrepâncias das duas traduções

Uma única versão traduzida foi produzida (Apêndice 1), considerando a equivalência conceitual, o uso da linguagem coloquial e clareza de ambas as traduções.

Nessa fase, o pesquisador permaneceu presente como facilitador para a unificação das versões, bem como para o preparo do registro da tradução.

3.4 Gerações de itens

Em razão de diferenças culturais, foi avaliado há necessidade da inclusão de mais itens além daqueles da escala inicial.

Para complementar o instrumento, utilizou uma amostra de conveniência, em que buscou a participação de 100 profissionais, das cinco regiões brasileiras, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, podendo ser de diversas formações: psicólogo, enfermeiro, médico, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, professor de educação física, assistente social e farmacêutico.

Vale ressaltar que, como existem preceptores em diversas áreas, é de extrema importância contar com a participação dos membros da equipe multidisciplinar com o objetivo de obter contribuições mais assertivas. Isso é especialmente relevante porque os modelos de cuidados assistenciais estão centrados no cuidado ao paciente e à família, onde se destacam os cuidados multidisciplinares e transdisciplinares. Portanto, as ações comportamentais devem estar alinhadas entre

todas as áreas. Naturalmente, questões técnicas, como procedimentos, são específicas de cada área.

A escolha inicial dos participantes foi pelo currículo Lattes e para os profissionais das instituições de ensino e saúde que atuam ou já atuaram como preceptores. Também consultou o Conselho Regional de Enfermagem (COREN). A *snowball sampling* (técnica bola de neve), é uma técnica de amostragem não probabilística que ao convidar e/ou indicar os participantes, os mesmo podem indicar outros, e esses mais outros. Para Bockorni et al., a *snowball sampling* essa técnica de amostragem, está sendo bem utilizada nos estudos qualitativos, principalmente por permitir alcançar diferentes pessoas e em diferentes lugares.⁽³⁷⁾

Os participantes receberam o convite por meio de uma plataforma de coleta de dados eletrônica denominada *Research Eletronic Data Capture* (REDCap). Também receberam um questionário contendo dados referentes à caracterização dos participantes (Apêndice 2), tais como tipo de pós-graduação, tempo de formação, sexo, idade em anos, tempo de experiência, setor de atuação: educação e/ou gestão e tipo de instituição em que atua. A participação foi voluntária. O questionário foi preenchido pelo participante por meio digital, por meio de link com acesso aos objetivos do estudo, além de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 3) para devida leitura.

Para analisar o material obtido, foi realizado uma abordagem qualitativa por meio da análise de conteúdo, que possibilitará a categorização que subsidiará a inclusão e/ou exclusão dos itens dos instrumentos.

3.5 Evidências de validade de conteúdo

A busca de evidência de validade inicia-se na base do conteúdo e em pesquisas que busquem assuntos com visibilidades relacionadas a itens de um exame/teste, e tudo o que se propõe a mensurar. Essas evidências podem ser análises lógicas ou empíricas, isto é, deve ser analisado se o conteúdo do teste/exame está alinhado com o domínio e a relação com a literatura, e se os resultados são significativos e se estão relacionados com as respostas propostas pelos teste/exame. A evidencia com base no conteúdo, pode também ser obtida através de profissionais especialistas, que analisam e determinam todo o contexto dos testes/exames.⁽³⁸⁾

3.5.1 Painel de juízes

Para compor o painel de juízes, foi utilizado a plataforma Lattes e técnica Bola de Neve. Nessa etapa, o objetivo foi buscar 30 profissionais e acadêmicos que estão relacionados com o tema do estudo, provenientes das diversas regiões do Brasil com diferentes formações, incluindo psicometrista.

A busca foi realizada pela plataforma Lattes, buscando profissionais da equipe multidisciplinar de diferentes regiões do Brasil e de diversos níveis acadêmicos, que estivessem relacionados ao tema central do trabalho: preceptoria. Foi criada uma planilha com mais de 100 contatos, diferentes da primeira fase, e de forma individual foram enviados convites e links da pesquisa por meio de endereços eletrônicos e/ou números de telefone. Caso o profissional também indicasse outros colegas, eles eram adicionados à lista de painel de juízes e também recebiam o convite e o link da pesquisa.

Para a avaliação e revisão do Comitê de Juízes, foi disponibilizado uma Carta Convite (Apêndice 4) e o instrumento original (Anexo 1). Encaminhado também formulário contendo dados referentes à caracterização dos juízes (Apêndice 5). Todos os formulários foram enviados por meio de um link da plataforma REDCap. A participação foi voluntária. Também encaminhado o TCLE para aceite (Apêndice 6), que era preenchido pelos participantes, pois os dados coletados foram utilizados na pesquisa.

Para análise quantitativa do material obtido, as respostas dos juízes foram avaliadas com o método com coeficiente de validação de conteúdo (CVR - *content validity ratio*), desenvolvido por Lawshe.⁽³⁹⁾ O escore mínimo da aderência do item à variável latente será baseado nos valores críticos do CVR a partir do número final de juízes. Dessa forma, haverá evidência de que o significado do item está associado à variável latente.⁽⁴⁰⁾

3.6 Análise descritiva

Os dados do instrumento passaram por uma extensiva análise descritiva exploratória, com análises de distribuição de resposta aos itens e do escore

gerado pelo instrumento. Feitas análises de tendência central com média, desvio padrão, mediana, média aparada, intervalos de confiança (IC) e intervalo interquartil (IQ).

O teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) e o teste de normalidade multivariada de Mardia serão utilizados para avaliar os achatamentos e a assimetria. Como os dados psicossociais em geral não possuem distribuições de dados normais, há alta probabilidade de adotar análises baseadas em técnicas não paramétricas.

Apesar de eventualmente ver utilização de metodologias estatísticas mais avançadas, não se deve deixar de investigar resultados que detalham o instrumento, como: as medidas de tendência central, dispersão, assimetria entre outros.⁽⁴¹⁾

3.7 Evidência de validade de associação com outras variáveis

No estágio de validação, as evidências devem apontar para a interpretação pretendida para um determinado uso. Deve-se estar atento se a construção do instrumento tem outras variáveis além do constructo, relacionadas às análises das pontuações do teste, pois muitas vezes o teste também fornece variáveis externas, trazendo outra fonte importante de validade externa.⁽²¹⁾

O questionário sociodemográfico dos participantes foi o material utilizado para a análise dessa etapa, por intermédio da caracterização do participante.

3.8 Aspectos éticos-legais

Os dados foram coletados pela autora após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Sistema de Gestão de Projetos de Pesquisa (SGPP) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Israelita Albert Einstein.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein-SP, data da aprovação: 17 de fevereiro de 2023, CAAE: 58666622.0.0000.0071, nº do parecer: 5.903.051.

As pesquisadoras comprometeram-se a utilizar todos os dados coletados unicamente para a pesquisa, bem como manter sob sigilo a identificação dos participantes, além de seguir a Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde

referente às recomendações para pesquisas envolvendo a participação de seres humanos.

4 RESULTADOS

Artigo foi submetido para publicação no periódico científico Revista Concilium, ISSN: 0010-5236. Classificação Qualis – CAPES: A2.

Título do Artigo:

Evidências de validade da versão brasileira *Cotter Preceptor Selection Instrument*

Subtítulo:

Adaptação transcultural e evidência de validade do *Cotter Preceptor Selection Instrument*

Lilian Aparecida Sousa¹; Flavio Rebusini²; Elizabeth Cotter³, Eduarda Ribeiro dos Santos⁴

Lilian Aparecida Sousa - <https://orcid.org/0000-0002-2120-0760>

E-mail: lilika_ap@yahoo.com.br

Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo – SP, Brasil.

Av. Albert Einstein, 627 - Morumbi - São Paulo - SP - 05652-000

Fone: +55 (11) 979902617

Flávio Rebusini - <https://orcid.org/0000-0002-3746-3266>

E-mail: frebusini@usp.br

Universidade de São Paulo – USP. Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – UNESP, São Paulo – SP, Brasil.

Fone: +55 (11) 963127702

Elizabeth Cotter - <https://orcid.org/0000-0003-0754-2411>

E-mail: ecotter@molloy.edu

Professor of Nursing Barbara H. Hagan School of Nursing and Health Sciences Molloy University. 1000 Hempstead Ave Rockville Centre, New York 11570

Eduarda Ribeiro dos Santos - <https://orcid.org/0000-0002-9169-695X>

E-mail: eduarda.santos@einstein.br

Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo – SP, Brasil.

Fone: +55 (11) 996186014

Resumo

Objetivos: Realizar a adaptação transcultural e analisar as evidências da validade da escala *Cotter Preceptor Selection Instrument - CPSI*, versão brasileira. **Métodos:** Trata-se de um estudo de evidência de validade da versão brasileira do instrumento *CPSI*. O processo de tradução e síntese das traduções foi realizado por dois profissionais (T1 e T2). Para a geração de itens, utilizou-se o nível *assembly*. Nas etapas de evidência de validade, o instrumento foi submetido ao painel de juízes multidisciplinares de diferentes regiões do Brasil. **Resultados:** Na tradução, observou-se diferença entre as traduções de três domínios. Na síntese das traduções, a opção mais adequada foi do T2. Três dos atributos tiveram as mesmas traduções; nos demais, foram necessários ajustes, predominando a opção do T2. O processo de tradução cross-cultural resultou em 10 domínios e 34 atributos. Na geração de itens, o instrumento foi analisado por 166 participantes, passando a ter 12 domínios e 57 atributos, com o coeficiente de validação de conteúdo (CVR) que revelou valores entre 0,55 e 0,96. De acordo com o painel de 31 juízes, predominantemente enfermeiros, dois atributos apresentaram CVR insuficientes, indicando necessidade de ajuste. Esses processos permitiram a criação e adaptação de um instrumento voltado para a prática da preceptoria no contexto brasileiro. **Conclusão:** A adaptação transcultural do CPSI para o português brasileiro revelou nuances linguísticas e culturais relevantes. Após análises de especialistas e juízes, o instrumento final foi ajustado e passou a conter 12 domínios e 52 atributos, refletindo melhor a realidade brasileira da preceptoria.

Descritores: Estudo de validação; Competência profissional; Preceptoria; Competência Cultural.

Introdução

Dentre as diversas funções desempenhadas pelo enfermeiro, é importante destacar a de preceptor, que tem como objetivo direcionar o profissional recém-admitido à integração da prática clínica e ao ambiente profissional. Essa função é crucial tanto para profissionais com muita experiência quanto para aqueles com pouca experiência. ⁽¹⁻²⁾

O processo de preceptoria requer uma metodologia específica e, para assumir essa função, o profissional precisa atender a critérios estabelecidos, além de receber apoio e suporte constante. O preceptor desempenha um papel importante ao direcionar o processo de ensino-aprendizagem; portanto, é necessário um plano de desenvolvimento que inclua treinamentos, acompanhamento, validações e avaliações. ⁽³⁻⁵⁾

Não basta apenas expressar o desejo de ser preceptor; é necessário desenvolver as competências, habilidades e atitudes necessárias para desempenhar essa função. ⁽⁶⁾ Embora o preceptor possa ser considerado um professor, coach ou consultor, sua principal responsabilidade é estabelecer a conexão entre teoria e prática, garantindo que o aprendizado seja significativo e gere resultados positivos para os pacientes e para o profissional que está sendo orientado. ⁽⁷⁻⁹⁾

Essa atividade também exige que o preceptor tenha competências técnicas e comportamentais, pois ele será responsável por realizar diversas atividades importantes. Portanto, é crucial reconhecer a importância da responsabilidade associada a essa função e analisar as competências dos profissionais antes de atribuí-la. ⁽¹⁰⁻¹¹⁾

Ao buscar na literatura científica informações sobre essa temática, observou-se que instituições as quais adotam a função de preceptor para os profissionais elegíveis apresentam baixa rotatividade no quadro de funcionários e uma diminuição de eventos adversos. ⁽⁵⁾

Esses fatos motivaram a busca por um instrumento, tanto na literatura nacional quanto internacional, que auxiliasse na seleção de preceptores. Durante essa busca, encontrou-se a descrição de um instrumento chamado *Proficiency Profile Self-Appraisal* (PPSA), desenvolvido por Hilligweg (1993), que consiste em 91 itens. ⁽⁶⁾

Continuando as buscas, encontrou-se o *Cotter Preceptor Selection Instrument* (CPSI), uma escala Likert de três pontos com 14 itens elaborados após uma revisão bibliográfica de competências positivas de preceptores. As 14 perguntas estão divididas em grupos e domínios. ⁽⁶⁾

O instrumento CPSI inspirou este estudo. Num primeiro momento, foi considerado realizar a adaptação transcultural utilizando os conceitos da psicometria. Durante o processo *assembly*, no entanto, o instrumento sofreu importantes modificações para atender às necessidades da cultura brasileira. Foi gerado, assim, um novo instrumento.

Contudo, o objetivo deste trabalho foi realizar a adaptação transcultural do instrumento *Cotter Preceptor Selection Instrument* para o português do Brasil e analisar as evidências de validade do conteúdo da escala *Cotter Preceptor Selection Instrument* - versão brasileira.

Método

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de evidência de validade da versão brasileira do instrumento *Cotter Preceptor Selection Instrument* (CPSI).

Permissão dos autores do instrumento CPSI

A permissão para a tradução e validação do instrumento CPSI foi solicitada à pesquisadora e autora Elizabeth Cotter via correio eletrônico.

Processo de adaptação

O estudo buscou evidências de validade de conteúdo de um instrumento de preceptoria. Os estudos cross-culturais com instrumentos apresentam três níveis no processo de adaptação: adoção, adaptação e *assembly*.⁽¹²⁾

A adoção refere-se à tradução e retrotradução. Neste caso, a tradução e retrotradução são suficientes, sem que haja necessidade de alterações nos itens. Na adaptação, são necessários ajustes de redação durante o processo de tradução e retrotradução.⁽¹²⁾ O último nível, *assembly*, requer que itens sejam reescritos, adicionados, ou mesmo que as instruções do instrumento e o formato da escala sejam alterados, principalmente para serem adequados à cultura de destino.⁽¹²⁾ Para este trabalho, usamos o *assembly*, considerando-se que a simples tradução muitas vezes não se adaptou ao contexto cultural.⁽¹²⁾

Tradução

Seguimos o *Guidelines for Establishing Cultural Equivalency of Instruments* – RDC/TMD (Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders) Consortium Network (2013) para o processo de tradução. Na fase 1, as traduções foram realizadas pelo tradutor

T1 e o tradutor T2. Na sequência, procedeu-se à fase 2, síntese das traduções, quando foi abordada a resolução das discrepâncias entre as duas traduções.⁽¹³⁾

Na fase da tradução, entramos em contato, por telefone, com dois profissionais tradutores. O primeiro, com a língua nativa do instrumento, reside no Brasil e não atua na área da saúde. O segundo reside na língua de origem do instrumento, mas é brasileiro e atua na área da saúde.

Já na síntese das traduções, foi avaliada a equivalência gramatical, ou seja, uma única versão traduzida foi produzida, considerando a equivalência conceitual, o uso da linguagem coloquial e clareza de ambas as traduções. Nessa fase, o pesquisador permaneceu presente como facilitador para a unificação das versões, bem como para o preparo do registro da tradução.

Gerações de itens

Após as duas traduções, chegou-se à síntese. A versão sintetizada foi a que se aplicou aos especialistas para realizar as avaliações.

Em razão de diferenças culturais, e utilizando os conceitos do *assembly*, essa etapa era necessária para avaliar a necessidade da inclusão de mais itens, além daqueles da escala inicial.⁽¹²⁾

A variável latente observada no instrumento, competências profissionais, ocorre em diversas áreas, assim como o processo de preceptoria. Optou-se por disponibilizar o instrumento a outros profissionais, não só enfermeiros, para que tivéssemos contribuições multidisciplinares de psicólogos, enfermeiros, médicos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, professores de educação física, assistentes sociais e farmacêuticos. Seguindo a recomendação de painéis multiprofissionais e tendo em vista a necessidade de adequação às questões culturais brasileiras mais amplas, adotou-se procedimento similar a outros estudos realizados com a população brasileira, buscando representação no painel de especialistas.⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

Para inclusão, exclusão e análise dos itens, foi encaminhado um link para profissionais de ambos os sexos, maiores de 18 anos, pelo currículo Lattes e pelas instituições de ensino e saúde, os quais poderiam atuar ou não como preceptores. Utilizamos a técnica Bola de Neve.⁽¹⁴⁾

Os profissionais que aceitaram participar dessa etapa receberam uma carta explicando os objetivos do estudo e o modo como o instrumento original funcionava. Em seguida, preencheram um questionário sociodemográfico. Posteriormente, avaliaram os itens e indicaram a que domínio ele pertencia. Por fim, as duas últimas questões eram campos abertos: uma para indicar possíveis fatores (itens) que pudessem ser incorporados ao instrumento e outra para a sugestão de domínios os quais deveriam compor o instrumento.

Painel de juízes

Após a atuação dos especialistas para avaliação dos itens e domínio e a possível inclusão de novos itens, as sugestões foram incorporadas e constituíram novos itens. A nova versão foi encaminhada a um painel de juízes, novamente utilizando a currículo Lattes e a técnica Bola de Neve.

Buscou-se, nas cinco Regiões brasileiras, 30 profissionais e acadêmicos que estivessem relacionados com o tema do estudo. Vale ressaltar que o número de juízes foi baseado no teste unilateral, em que é necessário um número mínimo de juízes para concordar com um item essencial, de modo que o nível de concordância fique acima do esperado. ⁽¹⁷⁻¹⁹⁾

As formações dos especialistas foram configuradas por uma equipe multidisciplinar para as contribuições de psicólogo, enfermeiro, médico, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, professor de educação física, assistente social, farmacêutico e incluindo psicometrista. Assim como no painel de especialista, enfatizamos que é importante, no processo de validações de questionários, a participação da equipe multidisciplinar para garantir a qualidade do processo. ⁽¹⁴⁾

As respostas dos juízes foram avaliadas com o método *Content Validity Ratio* (CVR). O escore mínimo da aderência do item é denominado valor crítico. Dessa forma, haverá evidência de que o significado do item está associado à variável latente. ⁽²⁰⁾

O link da pesquisa foi enviado por meio de contato telefônico e/ou endereço eletrônico (e-mail), individualmente para cada participante.

Aos juízes, foi realizado dois grupos de perguntas: um sobre atributos e outro sobre a escala. Em relação aos atributos, perguntamos: o item mede a variável latente? O item está tecnicamente redigido? A linguagem adotada no item é adequada à população? É possível responder adequadamente no formato da escala? A amplitude da escala é adequada para responder ao item? Deixamos um campo aberto para sugestões para cada atributo, além de deixar livre para vincular os atributos aos domínios.

No segundo grupo de questões, perguntamos se a escala apresenta todos os rótulos e números; se é coerente com a proposta do instrumento; se é ascendente; se os rótulos e números são coerentes; se os rótulos e números estão no sentido crescente; se o instrumento mede a variável latente; e se o instrumento mede apenas o que se propôs. Também foi deixado campo aberto para sugestões.

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein-SP, data da aprovação: 17 de fevereiro de 2023, CAAE: 58666622.0.0000.0071, nº do parecer: 5.903.051.

A pesquisa seguiu as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde referente às recomendações para estudos que envolvem a participação de seres humanos.⁽²¹⁾

Todos os participantes do estudo, das duas fases – especialista na geração de itens e o painel de juízes –, receberam um link da plataforma RedCap, onde concordaram em participar da pesquisa concordando com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participarem da pesquisa.

Resultados

Os resultados seguiram as etapas descritas no método.

Processo de tradução

No processo de tradução, participou dois tradutores, o tradutor 1 (T1) e o tradutor 2 (T2). Com relação aos domínios, dos 10, sete tiveram a mesma tradução, o que facilitou a síntese desses itens.

Os outros três domínios que apresentaram discrepâncias foram: Habilidades de Colaboração/Comunicação, realizado pelo T1, e Colaboração e Habilidade de Comunicação, traduzido pelo T2. A opção do T2 se apresentava mais adequada para a síntese. Outro domínio foi Compromisso (T1) e Comprometimento (T2); na síntese, também se optou pela tradução do T2. O último domínio com traduções diferentes foi Fortalecimento (T1) e Empoderamento (T2); na versão final, prevaleceu a tradução do T2.

Dos 14 atributos, três também apresentaram igualdade nas traduções. Para os demais atributos, ocorreram alguns ajustes.

No atributo da primeira competência, a síntese das traduções ficou a tradução do T1: *“Fornece cuidados de enfermagem de acordo com os padrões de enfermagem estabelecidos”*. No segundo domínio, no atributo três, optou-se pela tradução do T2: *“Estabelece prioridades e demonstra habilidade no gerenciamento do tempo”*. No terceiro domínio, nos atributos quatro e cinco, também prevaleceu a tradução do T2: *“Estabelece prioridades e demonstra habilidade no*

pensamento crítico e Delega responsabilidades de forma apropriada e efetiva à equipe de Enfermagem”.

Com relação ao quarto domínio, ficamos com a tradução do atributo seis do T1 e do atributo sete do T2: *“Promove a comunicação eficaz/qualificada por meio do uso de interação diplomática, direta e sensível e explica o plano de cuidado aos envolvidos e a razão de cada ação aplicada”.* No quinto domínio, nono atributo, mais uma vez o T2 apresentou uma tradução mais adequada: *“Promove momentos de aprendizado para desenvolvimento dos membros da equipe”.*

Já no atributo 10, que pertence ao sexto domínio, o T2 foi quem apresentou a melhor tradução, porém ainda foi preciso fazer um ajuste: *“Demonstra habilidade na resolução de problemas e minimiza situações de escalamento para assegurar a segurança do paciente”.* Na síntese, ficou: *“Demonstra habilidades de resolução de problemas e minimiza o aumento de situações de risco para garantir atendimento seguro ao paciente”.*

O mesmo ocorreu com o 11º atributo do 7º domínio; a melhor tradução foi do T1, mas foi necessário adequá-la para a síntese das traduções: *“Trabalha para fornecer feedback aos novos funcionários. Acolhe e fornece feedback aos novos funcionários”.* Versão final: *“Trabalha para acolher e fornecer feedback aos novos funcionários”.* No atributo 12 do oitavo domínio, prevaleceu a tradução do T2 na síntese das traduções: *“Demonstra flexibilidade em variar atribuições / horário de trabalho para acomodar as necessidades do setor que atua e de novos empregados”.*

No último atributo do último domínio, prevaleceu a tradução do T2: *“Projeta atitudes positivas em relação ao ambiente de trabalho”.*

O T2 teve maior prevalência no resultado da síntese das traduções em relação ao T1, nos domínios e atributos. Contudo, na síntese das traduções, o instrumento manteve a mesma quantidade de domínios (10) e atributos (14).

Processo de geração de itens

No processo cross-cultural, o instrumento ficou com mais de um fator a ser avaliado em cada item, o que não é recomendado. Sendo assim, após as traduções, o instrumento original e o resultado apresentaram 10 domínios e 14 atributos. Ao separarmos os fatores que estavam mesmo item, havia mais de um atributo no item, o que não é recomendado e é considerado um erro técnico (Bandalos, 2018 e Johnson, 2016). O instrumento submetido aos especialistas passou a ter 10 domínios e 34 atributos.

Tivemos 166 participantes que acessaram o link da pesquisa, porém 100 elegíveis, segundo os critérios estabelecidos. Destes, 97 responderam completamente o questionário e três de maneira incompleta. As respostas foram obtidas entre 19 de março e 4 de abril de 2023.

Tabela 1: Caracterização dos especialistas:

Gênero	
Masculino	22
Feminino	78
Não declarar	0
Idade	
Mínima	21 anos
Máxima	72 anos
Tempo de formação	
Mínimo	01 ano
Máximo	49 anos
Área de Atuação	
Administrativa	05
Assistencial	46
Educação	29
Gestão	11
Outros	09
Instituição	
Pública	38
Privada	62
Profissão	
Enfermeiro	84
Fisioterapeuta	04
Fonoaudiólogo	01
Médico	05
Psicólogo	06
Formação Acadêmica	
Especialização	84
Residencia	14
Mestrado	38
Doutorado	12

Outro ponto importante é que o estudo seguiu os conceitos do *assembly*. Consequentemente, foi preciso criar, reescrever e excluir itens, pois queríamos adequá-lo à realidade brasileira não só nas questões da tradução, mas principalmente no que se refere ao processo de preceptoria em relação às competências necessárias no ambiente brasileiro.

Tabela 2: Cálculo do coeficiente de validação de conteúdo (CVR) dos atributos avaliados pelos especialistas

Itens avaliados pelos especialistas	Respostas (SIM)	Número de juízes	CVR
Fornece cuidados de enfermagem de acordo com os padrões de enfermagem estabelecidos (faz parte do domínio Competência Clínica)	96	100	0,92
Documentação* é completa (faz parte do domínio Processos de Enfermagem)	93	100	0,86
Documentação* é apropriada (faz parte do domínio Processos de Enfermagem)	93	100	0,86
Estabelece prioridades (faz parte do domínio Processos de Enfermagem)	96	100	0,92
Demonstra habilidade no gerenciamento do tempo (faz parte do domínio Processos de Enfermagem)	92	100	0,84
Estabelece prioridades (faz parte do domínio Liderança Transformacional)	93	100	0,88
Demonstra habilidade no pensamento crítico (faz parte do domínio Liderança Transformacional)	96	99	0,94
Delega responsabilidade de forma apropriada à equipe de enfermagem (faz parte do domínio Liderança Transformacional)	90	99	0,82
Delega de forma efetiva à equipe de enfermagem (faz parte do domínio Liderança Transformacional)	90	99	0,82
Promove uma comunicação eficaz por meio do uso de interação diplomática (faz parte do domínio Colaboração e Habilidade de Comunicação)	87	99	0,76
Promove uma comunicação eficaz por meio do uso de interação direta (faz parte do domínio Colaboração e Habilidade de Comunicação)	93	98	0,90
Promove uma comunicação eficaz por meio do uso de interação sensível (faz parte do domínio Colaboração e Habilidade de Comunicação)	86	98	0,76
Promove uma comunicação qualificada por meio do uso de interação diplomática (faz parte do domínio Colaboração e Habilidade de Comunicação)	90	98	0,84
Promove uma comunicação qualificada por meio do uso de interação direta (faz parte do domínio Colaboração e Habilidade de Comunicação)	91	98	0,86
Promove uma comunicação qualificada por meio do uso de interação sensível (faz parte do domínio Colaboração e Habilidade de Comunicação)	83	98	0,69
Explica o plano de cuidados aos envolvidos (faz parte do domínio Colaboração e Habilidade de Comunicação)	96	98	0,96
Explica a razão de cada ação aplicada (faz parte do domínio Colaboração e Habilidade de Comunicação)	94	98	0,92
Participa de atividades de aprendizagem (faz parte do domínio Desenvolvimento Profissional)	95	98	0,94

Participa de comitês (faz parte do domínio Desenvolvimento Profissional)	76	98	0,55
Participa de reuniões de equipe (faz parte do domínio Desenvolvimento Profissional)	87	98	0,78
Promove momentos de aprendizado para desenvolvimento dos membros da equipe (faz parte do domínio Desenvolvimento Profissional)	94	98	0,92
Demonstra habilidade de resolução de problemas (faz parte do domínio Resolução de Conflito)	95	98	0,94
Minimiza o aumento de situações de risco para garantir atendimento seguro ao paciente (faz parte do domínio Resolução de Conflito)	84	98	0,71
Trabalha para acolher aos novos funcionários (faz parte do domínio Comprometimento)	86	98	0,76
Trabalha para fornecer feedback aos novos funcionários (faz parte do domínio Comprometimento)	85	98	0,73
Demonstra flexibilidade em variar atribuições para acomodar as necessidades do setor em que atua (faz parte do domínio Flexibilidade)	95	98	0,94
Demonstra flexibilidade em variar atribuições a novos empregados (faz parte do domínio Flexibilidade)	84	98	0,71
Identifica objetivamente os pontos fortes de si mesmo (faz parte do domínio Empoderamento)	88	98	0,80
Identifica objetivamente os pontos fortes de outros (faz parte do domínio Empoderamento)	91	98	0,86
Identifica objetivamente os pontos fracos de si mesmo (faz parte do domínio Empoderamento)	90	98	0,84
Identifica objetivamente os pontos fracos de outros (faz parte do domínio Empoderamento)	84	98	0,71
Promove feedback construtivo de forma que permite a progressão (faz parte do domínio Empoderamento)	86	98	0,76
Promove feedback construtivo de forma que permite o crescimento (faz parte do domínio Empoderamento)	91	98	0,86
Projete atitudes positivas em relação ao ambiente de trabalho (faz parte do domínio Valores)	93	98	0,90

Os especialistas não excluíram nenhum item; no entanto, foram feitos 13 comentários sobre atributos, porém dois estavam falando sobre domínios. Os comentários estavam sugerindo clareza nos termos e acréscimo de algumas competências. Além disso, todos os itens avaliados foram submetidos à análise do coeficiente de validação de conteúdo (CVR), que variou entre 0,55 e 0,96. Com base nisso, o instrumento passou a abranger 12 domínios e 57 atributos.

Nas perguntas sobre os domínios, apresentou-se oito comentários. Quatro deles sugeriram novos domínios: ética, empreendedorismo e inovação, clima e cultura organizacional, e relacionamento interpessoal. Os outros quatro comentários trouxeram uma reflexão sobre as

palavras comunicação e empoderamento, sobre o conceito e a aplicação na frase, ou seja, sobre a tradução dos termos e a utilização no instrumento.

Na última pergunta com campo aberto, sobre os atributos, foram feitos 10 comentários que nos levaram a analisar e adequar o instrumento: três comentários sobre a clareza dos tipos de comunicação; um comentário que sugere especificar o que é comitê; um especialista solicitou o acréscimo do tema segurança do paciente; um questionou o significado do termo documentação de enfermagem; um registro solicitou o atributo de crença e/ou relações de poder; houve o registro de um participante solicitando competência relacionada à paciente, família e comunidade; um solicitando atributo de planejamento e organização; e um sugerindo o atributo de inovação.

Já em relação aos domínios, apresentou-se dois comentários: um solicitando melhorar a definição do domínio de valor, outro questionando o que é o domínio de liderança transformadora.

Após analisar os questionamentos e sugestões, realizou-se a adequação do instrumento, que tinha 10 domínios e 14 atributos e passou a ter 12 domínios e 57 atributos. Isso indicou que inúmeros atributos considerados pelos especialistas brasileiros quanto à preceptoria não estavam contemplados no instrumento original.

Processo do painel de juízes

Assim como na primeira fase, tivemos um questionário sociodemográfico do qual participaram 31 juízes participantes – um da Região Centro-Oeste, um da Região Nordeste e 29 da Região Sudeste –, sendo 28 profissionais enfermeiros, um nutricionista e dois psicólogos.

Dos 31 profissionais que realizaram o acesso à pesquisa, seis responderam completamente o questionário, 22 responderam a maioria das perguntas e três responderam de uma a duas perguntas.

A participação dos juízes ocorreu em 12 dias (29 de maio a 9 de junho de 2023). Nesse período, o questionário recebeu 104 acessos, porém 31 profissionais responderam ao questionário.

Tabela 3: Caracterização dos juízes

Gênero	
Masculino	03
Feminino	28
Não declarar	0
Idade	
Mínima	25 anos
Máxima	67 anos
Tempo de formação	

Mínimo	02 anos
Máximo	40 anos
Área de Atuação	
Administrativa	01
Assistencial	02
Educação	12
Gestão	08
Outros	05
Instituição	
Pública	11
Privada	20
Profissão	
Enfermeiro	28
Nutricionista	01
Psicólogo	02
Formação Acadêmica	
Especialização	30
Residencia	11
Mestrado	24
Doutorado	13

Na Tabela 4 apresentamos os cálculos do CRV relacionado aos atributos e da escala.

Tabela 4: Índice de validade de conteúdo (CVR) para os atributos (n = 31).

Item	Medida ^a	Redação ^b	Linguagem ^c	Formato de escala ^d	Amplitude da escala ^e
Fornece cuidados de enfermagem em conformidade com os padrões de atendimento	0,72	0,72	1,00	0,93	1,00
Aplica as metas internacionais de segurança do paciente, com o objetivo de mitigar possíveis erros em relação aos pacientes.	0,79	0,72	0,86	0,93	0,66
Realiza os protocolos da instituição com o objetivo de evitar infecções	0,79	0,72	0,79	0,86	0,86
Demonstra raciocínio clínico no planejamento e tratamento do paciente	0,79	0,86	0,86	0,86	0,66
Desenvolve uma abordagem centrada no indivíduo, família e comunidade	0,72	0,72	0,72	0,72	0,72
Registro de enfermagem é completo, apropriado e suficiente para a continuidade do processo de cuidar	0,66	0,72	0,72	0,72	0,72

Estabelece prioridades no processo de cuidar	0,79	0,72	0,79	0,72	0,72
Demonstra habilidade no gerenciamento do tempo	0,59	0,59	0,72	0,72	0,72
Estabelece prioridades	0,66	0,45	0,72	0,66	0,72
Demonstra habilidade no pensamento crítico	0,59	0,59	0,66	0,59	0,66
Delega responsabilidade de forma apropriada à equipe de enfermagem	0,59	0,79	0,79	0,79	0,72
Delega ações de forma efetiva à equipe de enfermagem	0,72	0,72	0,72	0,86	0,72
Promove comunicação com respeito pelo próximo, sabendo lidar de modo pacífico perante diferentes situações e comportamentos	0,72	0,66	0,86	0,79	0,79
Promove uma comunicação eficaz por meio do uso de interação direta	0,66	0,59	0,66	0,72	0,66
Promove uma comunicação eficaz por meio do uso de interação que tenha gestos e ações acolhedoras	0,52	0,59	0,66	0,66	0,66
Promove uma comunicação com escuta ativa e com ações pacíficas	0,59	0,52	0,72	0,72	0,66
Promove uma comunicação com escuta ativa por meio do uso de interação direta	0,52	0,52	0,31	0,66	0,59
Promove uma comunicação com escuta ativa por meio do uso de interação, gestos e ações acolhedoras	0,45	0,45	0,52	0,52	0,59
Explica o plano de cuidados aos envolvidos	0,59	0,66	0,66	0,66	0,66
Explica a razão de cada ação aplicada	0,72	0,52	0,66	0,59	0,72
Participa de atividades de aprendizagem	0,66	0,66	0,72	0,72	0,72
Participa de comitês e grupos que envolvem assuntos como: ética, clínica, melhoria contínua da qualidade, gestão de equipamentos e segurança, entre outros	0,66	0,59	0,66	0,66	0,66
Participa de reuniões de equipe	0,52	0,52	0,66	0,66	0,66

Promove oportunidades de aprendizado que visam ao desenvolvimento contínuo dos membros da equipe	0,66	0,66	0,59	0,79	0,72
Adota metodologia de trabalho para organizar e otimizar ações e tempo, buscando qualidade e eficiência	0,66	0,45	0,66	0,66	0,72
Promove o desenvolvimento de relações interpessoais em equipes de trabalho	0,52	0,52	0,66	0,59	0,59
Demonstra habilidade para resolução de problemas	0,66	0,66	0,79	0,79	0,72
Minimiza o aumento de situações de risco para garantir atendimento seguro ao paciente	0,52	0,24	0,66	0,66	0,59
Consegue se colocar no lugar da outra pessoa e compreender seus sentimentos e necessidades	0,52	0,52	0,52	0,66	0,59
Possui habilidade para buscar um acordo que atenda às necessidades e interesses de todas as partes envolvidas	0,72	0,66	0,79	0,72	0,72
Reconhece que todas as pessoas têm direito a sua própria opinião e que devem ter respeito pelas diferenças individuais	0,66	0,52	0,66	0,66	0,59
Habilidade de lidar com emoções intensas e manter a calma e o equilíbrio emocional durante a resolução do conflito	0,66	0,72	0,79	0,86	0,79
Trabalha para acolher aos novos funcionários	0,38	0,59	0,59	0,52	0,66
Trabalha para fornecer feedback aos novos funcionários	0,66	0,59	0,72	0,66	0,72
Demonstra flexibilidade em variar atribuições para acomodar as necessidades do setor em que atua	0,59	0,52	0,59	0,66	0,66
Demonstra flexibilidade ao adaptar as tarefas dos novos colaboradores	0,59	0,45	0,66	0,66	0,72
Consegue saber seus pontos fortes e as oportunidades de melhorias	0,52	0,66	0,66	0,52	0,59
Identifica objetivamente os pontos fortes de outros profissionais	0,66	0,72	0,66	0,79	0,72
Identifica objetivamente as oportunidades de melhorias de si mesmo	0,59	0,66	0,66	0,66	0,59

Identifica objetivamente as oportunidades de melhorias de outros	0,45	0,45	0,59	0,66	0,66
Promove feedback construtivo que permite o crescimento e desenvolvimento	0,59	0,59	0,66	0,72	0,72
Promove atitudes positivas em relação ao ambiente de trabalho	0,59	0,66	0,66	0,66	0,52
Compreende e se coloca no lugar dos outros	0,59	0,59	0,66	0,52	0,59
Respeita a diferença e trata os outros com respeito e dignidade	0,72	0,45	0,72	0,52	0,66
Responsabiliza-se por suas atitudes e escolhas	0,45	0,59	0,66	0,72	0,59
Atua com todos os seres humanos com ética, independentemente de sua cultura, religião ou origem	0,59	0,59	0,66	0,66	0,66
Proporciona um ambiente seguro psicologicamente, proporcionando confiança entre seus pares	0,59	0,59	0,79	0,59	0,72
Divulga a missão, visão e valores da instituição que atua	0,52	0,59	0,66	0,72	0,66
Apresenta a cultura da organização aos novos membros da equipe	0,66	0,66	0,66	0,59	0,59
Demonstra-se engajado e motivado mesmo em situações de difícil manejo	0,66	0,66	0,79	0,66	0,72
Dá voz aos pares, para expressarem suas ideias e opiniões	0,59	0,66	0,66	0,52	0,59
Busca-se solucionar problemas por meio da identificação de oportunidades	0,59	0,45	0,59	0,59	0,59
Proporciona ambiente e estratégias para gerar novas soluções de resoluções de problemas	0,59	0,45	0,72	0,66	0,66
Demonstra habilidade de inspirar e motivar equipes em direção a um objetivo comum	0,52	0,59	0,72	0,59	0,66
Busca entender e atender às necessidades e desejos dos clientes	0,59	0,59	0,66	0,59	0,66
Tem disposição para explorar e experimentar novas possibilidades	0,52	0,72	0,72	0,72	0,52
Dispõe de habilidade para trabalhar em equipe e colaborar com outras pessoas para gerar ideias e soluções inovadoras	0,59	0,52	0,79	0,66	0,66

- a. O item mede a variável latente? b. O item está tecnicamente redigido (sem dupla negação, redundâncias, palavras reversas, etc.)? c. A linguagem adotada no item é adequada à população? d. É possível responder adequadamente o item no formato de escala? e. A amplitude da escala é adequada para responder ao item?

Em relação aos atributos, dois deles chamaram atenção: o atributo que envolveu comunicação com escuta ativa (CVR de 0,31) e o relacionado à minimização de situações de risco (CVR de 0,24), os quais necessitaram de ajustes.

No atributo: *minimiza o aumento de situações de risco para garantir atendimento seguro ao paciente*, que apresentou CVR de 0,24. Na pergunta aos juízes se o item está tecnicamente redigido (sem dupla negação, redundâncias, palavras reversas, etc.), 18 profissionais responderam, o que, mais uma vez, gerou uma reflexão quanto à clareza para que o profissional conseguisse responder de maneira objetiva.

Explorando mais esses valores do CVR, no atributo *promove uma comunicação com escuta ativa por meio do uso de interação direta* (CVR 0,31), quando se perguntou aos juízes se a linguagem adotada no item era adequada à população, dos 31 juízes participantes, 15 responderam. Ao analisarmos a adequação da linguagem, abriu-se um precedente para adequar o item, pois possivelmente alguns termos não ficaram claros, o que, consequentemente, poderia dificultar o preenchimento e entendimento do profissional ao responder o instrumento.

Outra abordagem que os juízes precisavam realizar, eram a revisão e análise de uma tradução consensual. Dos 31 juízes, 15 juízes contribuíram principalmente para a clareza dos campos abertos e a adequação dos termos para uma melhor aplicação na prática de preceptoria, com um total de 141 sugestões. Destaca-se que o instrumento foi analisado por diversos níveis de formação e campos de atuação, garantindo sua adaptação à realidade da preceptoria. No entanto, a falta de contribuição de duas regiões pode introduzir um viés, limitando a abrangência geográfica do instrumento.

Tabela 05: Cálculo do CVR da escala geral realizada pelos Juízes

O que está sendo avaliado	A escala apresenta todos os rótulos?	A escala apresenta todos os números?	A escala é coerente com a proposta do instrumento?	A escala é ascendente? (do menor para o maior número)	Os rótulos e números são coerentes?	Os rótulos e números estão no sentido crescente?	O instrumento mede a variável latente?	O instrumento mede APENAS o que se propôs?
Avaliação Escala	0,52	0,52	0,66	0,59	0,38	0,45	0,79	0,03

Um comentário estava relacionado ao atributo: *promova uma comunicação com escuta ativa por meio do uso de interação direta*, questionando se a linguagem adotada no item é adequada à população. Outro comentário referiu-se ao atributo: *minimiza o aumento de situações de risco para garantir atendimento seguro ao paciente*, no item que abordava se o atributo estava tecnicamente redigido (sem dupla negação, redundâncias, palavras reversas, etc.).

Durante a análise, destacou-se o cálculo do índice de validade de conteúdo (CVR) em diferentes contextos. Ao se questionar sobre a escala no geral, no item que abordava se o instrumento media apenas o que se propunha, obteve-se o valor de CVR de 0,03.

Ainda nessa etapa, encaminhamos os atributos sem vinculá-los aos domínios, possibilitando que os juízes também pudessem analisar e julgar a qual domínio pertence o atributo.

Dois atributos ficaram divididos entre dois domínios, para essa tomada de decisão, no atributo: *Atua de forma a minimizar o aumento de situações de risco para garantir o atendimento seguro ao paciente*, no domínio de Competência Clínica e Comprometimento tiveram a mesma porcentagem.

Na Competência Clínica, que aborda a habilidade técnica e conhecimento clínico necessário para prestar cuidados seguros e eficazes aos pacientes. O item em questão destaca a capacidade do preceptor de reconhecer e agir de forma a evitar situações de risco, que é um elemento crucial do cuidado clínico seguro. Isso sugere que o item pode ser classificado sob a competência clínica, pois está diretamente relacionado à garantia de que os procedimentos e ações clínicos são realizados de forma segura e eficaz.

Já no domínio de comprometimento, esse aborda o nível de dedicação e compromisso do preceptor com sua função e com o atendimento seguro e de qualidade ao paciente. O ato de trabalhar para minimizar situações de risco também pode ser visto como uma manifestação de comprometimento com o bem-estar do paciente.

A decisão sobre em qual domínio classificar este item pode depender do contexto mais amplo do instrumento de avaliação e dos critérios estabelecidos para cada domínio. No entanto, com base apenas na descrição fornecida o foco foi avaliar a habilidade técnica e a capacidade de garantir o atendimento clínico seguro, então o item seria mais apropriado sob o domínio competência clínica.

Se o foco é avaliar a dedicação e o compromisso em evitar danos e garantir o bem-estar do paciente, o item poderia ser enquadrado no domínio comprometimento.

Ambos os domínios têm relevância neste contexto, mas o enquadramento mais preciso depende dos objetivos e definições detalhadas de cada domínio no instrumento de avaliação em questão.

De maneira geral, ao considerar a descrição do item "atua de forma a minimizar o aumento de situações de risco para garantir o atendimento seguro ao paciente", ele parece se alinhar mais diretamente com a competência clínica. Isso porque o item destaca a capacidade de ponderar e agir proativamente para evitar situações de risco, que é uma habilidade técnica e clínica fundamental.

Já no atributo: *explica a razão de cada ação aplicada*, os domínios de Colaboração e Habilidade de Comunicação e Processos de Enfermagem tiveram a mesma porcentagem, foi selecionado a opção de Colaboração e Habilidade de Comunicação, pois o processo de enfermagem está diretamente relacionado à sistematização da assistência da enfermagem, como ações e registro. Além disso, comunicação por definição é a transmissão de uma informação entre um locutor e um receptor, consequentemente explicar envolve comunicação.

Após todas essas análises de sugestões do painel de especialistas e juízes, foi possível montar um instrumento com 52 atributos e 12 domínios.

Discussão

O objetivo do estudo é buscar evidências de validade da versão brasileira do *Cotter Preceptor Selection Instrument* para o português do Brasil, bem como analisar as evidências de validade do conteúdo da escala. Durante o processo metodológico orientado pelas recomendações contemporâneas de evidências, observamos extensivos apontamentos dos especialistas e juízes, visando ao aperfeiçoamento do instrumento e sua adequação à realidade brasileira. Consequentemente, surgiu o desafio de elaborar, de fato, um novo instrumento o qual se adequasse às questões culturais e às necessidades práticas, o que dificultou a obtenção da equivalência. Isso desencadeou um processo de *assembly*, que permite alterações substanciais no instrumento, como a inclusão, reforma e exclusão de itens mais adaptados à cultura brasileira, inclusive com a alteração do formato de escala e instruções. ⁽²²⁾

Devemos ter claro que a equivalência é desejável, mas não obrigatória. O processo de estudo cross-cultural deve atentar, primariamente, ao desenvolvimento da acurácia e precisão do instrumento para a população, contexto e tempo. ⁽²³⁾ Usualmente, há uma resistência na realização do *assembly* em função das alterações realizadas no instrumento. Essa resistência é justificada por dois argumentos centrais: a perda da comparabilidade com o original – embora essa comparabilidade não seja direta, pois são fundamentais a normatização e a validação da equivalência na interpretação dos escores – e a tendência dos autores originais de resistirem a

mudanças nos instrumentos. Os dois argumentos podem resultar em uma inadequação do instrumento para a cultura alvo.

No processo de tradução, dos 10 domínios originais, três apresentaram diferenças substanciais: Colaboração e Habilidade de Comunicação, Comprometimento e Empoderamento. A síntese das traduções resultou na versão fornecida pelo T2, mais próxima à realidade da cultura brasileira. Durante a tradução dos atributos, houve concordância em três termos entre os dois tradutores, ao passo que os demais atributos apresentaram divergências. O T2 selecionou termos mais adequados à aplicação do instrumento no país em tradução, visando manter a equivalência com o original e evitar imprecisões. ⁽²⁴⁾

Os domínios nos quais foram observadas diferenças entre as traduções evidenciaram a maior relevância das traduções feitas pelo T2. Vale ressaltar as características desse profissional, sendo a principal delas o fato de que seu idioma de origem pertence à área da saúde e reside no país de origem do instrumento. Pode-se compreender que isso facilitou a compreensão e tradução mais precisa dos termos, contribuindo, conseqüentemente, para um melhor entendimento do instrumento.

A submissão ao painel de especialistas, cujas contribuições foram essenciais para a adaptação cultural, resultou em 26 comentários, abordando questões de clareza, adequação de itens, termos e inclusão de atributos e domínios. A participação de especialistas é considerada crucial, dada a natureza multidimensional e as propriedades psicométricas da escala. ⁽¹⁴⁾

Conseqüentemente, o instrumento foi expandido para incluir 10 domínios e 34 atributos, necessitando de inclusão e reescrita de itens para se adaptar à cultura-alvo, como definido no processo de *assembly*. As sugestões recebidas ressaltaram a importância de uma escala mais abrangente, melhorando a adequação e precisão dos itens para avaliar a prática de preceptoria no Brasil. ⁽¹²⁾

Com o uso desse processo de validação, podemos ver que o instrumento foi totalmente adaptado à realidade brasileira e passou por uma transformação, mas sempre tendo como inspiração o instrumento original. Um importante ponto que precisou ser considerado foi o fato de o instrumento original, ao ser traduzido, ter mais de um fator de avaliação no item. Durante o processo de tradução, os fatores foram desmembrados em novos itens. Assim sendo, o instrumento se tornou diferente e com mais itens: de 14 atributos, 11 foram desmembrados, resultando em 34 atributos.

As intervenções dos especialistas deixaram clara a ausência de atributos para avaliar o profissional na realidade brasileira, o que desencadeou um aumento substancial de itens no instrumento, assim como a inclusão de mais domínios. Também foi perceptível que não apenas a

tradução, em sua integridade, estava correta, mas o principal comentário tratava da necessidade de clareza nos termos para tornar o texto mais assertivo.

Na fase de análise conduzida pelos juízes, foi possível constatar que as sugestões apresentadas eram pertinentes, destacando-se efetivamente a necessidade de inclusão de novos fatores (itens). Foi observada uma relevante divergência em relação à associação dos atributos com os domínios estabelecidos, o que gerou um contraponto em relação ao instrumento original. Dessa forma, é perceptível que o processo resultou, essencialmente, na elaboração de um instrumento inovador.

Cabe destacar que essa transformação não decorreu exclusivamente do acréscimo de itens, mas sobretudo das competências identificadas pelos especialistas e, posteriormente, corroboradas pelos juízes. Não obstante, manteve-se a finalidade primordial do instrumento, de avaliar a capacidade do profissional enfermeiro em assumir o papel de preceptor com as competências requeridas, enfatizando, contudo, uma perspectiva mais alinhada à prática da enfermagem no contexto brasileiro. Um aspecto fundamental complementar foi a anuência e a colaboração da autora original nas mudanças realizadas no instrumento.

Em um artigo de Quek e Shorey, de 2018, observou-se uma reflexão sobre as percepções do preceptor, apresentando as suas funções e ressaltando a importância de ensiná-lo e fornecer-lhe suporte psicossocial. Por isso, faz-se necessário que o profissional que desempenhará a função de preceptor receba um direcionador em seu desenvolvimento. Também é preciso apoio de sua liderança para facilitar o processo de preceptoria, a fim de minimizar o processo estressante do profissional que está passando por essa etapa de adaptação em seu novo ambiente profissional. ⁽²⁵⁾

Ante essa reflexão, podemos entender que o processo de elegibilidade para se tornar preceptor é necessário e obrigatório, porque não basta apenas querer: é preciso um trabalho de desenvolvimento. Contudo, o instrumento que está sendo traduzido e adaptado mostra o quanto é importante e necessário avaliar se o profissional tem as competências necessárias. ⁽²⁵⁾

A maior parte dos profissionais que se tornam preceptores não recebe uma capacitação que tenha um plano de aprendizado com validações, desenvolvendo competências técnicas e comportamentais, garantindo que poderão atuar no aperfeiçoamento de outro profissional com segurança e qualidade. Isso mostra, mais uma vez, o quanto a ausência de uma metodologia e/ou instrumento para determinar se o profissional pode ser ou não preceptor pode tornar a aprendizagem do novo profissional insegura, envolvendo riscos assistenciais, além de comprometer o trabalho em equipe e impor dificuldades de adaptação aos novos colaboradores.

Outro ponto relevante o qual justifica que o instrumento é um ganho é que o preceptor que tem as competências necessárias influenciará positivamente as ações de qualidade e segurança nos processos que realizará. Além disso, irá melhorar o relacionamento com a equipe, gerando um ambiente de segurança psicológica não só com seu preceptor, mas também no meio em que está inserido, com o paciente, família e equipe. ⁽²⁷⁾

Considerando-se a natureza comportamental do instrumento, abrangendo habilidades *hard* e *soft*, destaca-se o valor de gerar itens comportamentais, permitindo a formação e capacitação de preceptores de forma abrangente. ⁽²⁸⁾

No entanto, é importante reconhecer os desafios futuros, incluindo a aplicação integral do instrumento, seu tamanho ampliado em comparação ao original e a necessidade de manter as competências atualizadas de acordo com as demandas do mercado de trabalho e as tendências tecnológicas. ⁽²⁹⁾ Além disso, considerando as lições aprendidas com a pandemia de Covid-19, é crucial avaliar como o instrumento pode abordar competências relacionadas ao gerenciamento de situações inusitadas, estresse elevado, esgotamento e saúde mental, garantindo sua relevância contínua e não obsolescência. ⁽³⁰⁾

Conclusão

No processo de tradução, evidenciou-se uma prevalência da síntese proposta pelo T2, demonstrando uma adaptação linguística e cultural mais precisa para o contexto brasileiro. Ao longo da fase de geração de itens, a revisão pelo painel cross-cultural indicou a necessidade de diversificar e detalhar os domínios e atributos, o que resultou em um instrumento mais extenso, com 12 domínios e 52 atributos. Essa ampliação sugere que aspectos fundamentais da preceptoria no cenário brasileiro não estavam completamente representados no instrumento original.

O envolvimento de especialistas e juízes de diferentes áreas de atuação e formação garantiu uma análise abrangente e criteriosa do instrumento. O coeficiente de validação de conteúdo (CVR) apontou atributos que necessitavam de refinamento, e as sugestões dos juízes ajudaram a aperfeiçoar a clareza e aplicabilidade do instrumento. A análise destacou, especialmente, atributos relacionados à comunicação e gestão de riscos, ressaltando a importância desses aspectos na prática da preceptoria. No entanto, a ausência de contribuições de certas regiões brasileiras sugere uma limitação geográfica que deve ser considerada em futuras implementações e avaliações do instrumento. Em suma, o esforço colaborativo e multidisciplinar levou à criação de uma versão adaptada do CPSI que está alinhada com as peculiaridades e necessidades da prática de preceptoria no contexto brasileiro.

Superado o processo de transformação do instrumento para a realidade brasileira, novas fontes de evidências devem ser investigadas em estudos futuros (processo de resposta, estrutura interna e relação com outras variáveis). O processo de resposta completaria a análise dos significados dos itens; a estrutura interna apontaria a capacidade dos itens medirem a variável latente e a consequente configuração do escore do instrumento; e a relação com outras variáveis permitirá trabalharmos os escores do instrumento com as características dos participantes, contexto, além de possibilitar estudos preditivos.

Contudo, pode-se dizer que resultou em um instrumento que passou por um processo de adaptação e de evidências de validade, cuja meta é validar o enfermeiro como preceptor, analisando todas as competências necessárias para que esse profissional possa desempenhar esse papel.

Referências

1. Lemes KC. Modelo lógico para avaliação de desempenho de preceptores da residência de enfermagem do complexo hospitalar da universidade de Pernambuco - UPE. Recife: Faculdade Pernambucana de Saúde; 2015.
2. Botti SHO; Rego S. Preceptor, supervisor, tutor and mentor: what are their roles? Rev. Bras. educ. med. 2008; 32(3): 363 – 373.
3. Martins LS, Silveira MF. Elaboração de projeto pedagógico para preceptoria de enfermeiros em terapia intensiva cardiológica. Nursing. 2020; 23(269), 4695–702.
4. Liao HC, Yang YM, Li TC, Cheng JF, Huang LC. The effectiveness of a clinical reasoning teaching workshop on clinical teaching ability in nurse preceptors. J Nurs Manag. 2019;27(5):1047–54.
5. Barba M, Valdez-Delgado K, VanFosson CA, Caldwell NW, Boyer S, Robbins J, et al. An Evidence-Based Approach to Precepting New Nurses. Am J Nurs. 2019;119(3):62–7.
6. Cotter E, Eckardt P, Moylan L. Instrument Development and Testing for Selection of Nursing Preceptors. J Nurses Prof Dev. 2018;34(4):185–93.

7. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Resolução n. 259/ 2001. Estabelece padrões mínimos para registro de enfermeiro especialista, na modalidade de residência em enfermagem Conselho Federal de Enfermagem. Diário Oficial da União. 20 abril 2001. Seção 1.

8. Silva VC. Os saberes que emergem da prática social do enfermeiro preceptor na residência multiprofissional em saúde [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2017. 198 f.

9. Behlau M; Madazio G; Pacheco C; Vaiano T; Badaró F; Barbara M. Coaching profissional versus coaching vocal: similaridades e diferenças. *Comunicações Breves*. 2022; 34 (4): 1-5.

10. McKinney S, Aguilar M. Implementing a Comprehensive Preceptor Development Program Through Professional Governance. *J Nurses Prof Dev*. 2020;36(2):111–3.

11. Wu XV, Chi Y, Panneer SU, Devi MK, Wang W, Chan YS, et al. A Clinical Teaching Blended Learning Program to Enhance Registered Nurse Preceptors' Teaching Competencies: Pretest and Posttest Study. *J Med Internet Res*. 2020;22(4): e18604.

12. Iliescu, D. Adapting tests in linguistic and cultural situations. Cambridge University Press, 2017.

13. Ohrbach R, Bjorner J, Jezewski M A, John M T, Lobbezoo F. Guidelines for Establishing Cultural Equivalency of Instruments. Developed for the Committee for Translations and Protocols International RDC/TMD Consortium Network Updated May 11, 2013

14. Epstein J, Osborne RH, Elsworth GR, Beaton DE, Guillemin F. Cross-cultural adaptation of the Health Education Impact Questionnaire: experimental study showed expert committee, not back-translation, added value. *J Clin Epidemiol*. 2015 [cited 2021 jun 15]; 68(4):360-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.07.013>.

15. Souza, Evelyn Lima de et al. Family Vulnerability Scale: evidence of content and internal structure validity. *medRxiv*, p. 2023.01. 12.23284419, 2023.

16. De Mendonça, Joana Moscoso Teixeira et al. Brazilian Scale for Evaluation of Mental Health Care Needs: Development and evidence of validity. 2023.
17. Palacio, Danielle et al. Development and validation of the dental vulnerability scale in the primary health care setting. *European Journal of Public Health*, v. 30, n. Supplement_5, p. ckaa165. 1026, 2020.
18. Baghestani, AR; Ahmadi, F; Tanha, A; Meshkat, M. Valores Bayesianos Críticos para Índice de Validade de Conteúdo de Lawshe Taylor & Francis Online, v. 52, nº. 1, 69–73, 2017.
19. Ayre, C.; Scally, A.J. Critical values for Lawshe’s content validity ratio: revisiting the original methods of calculation. *Measurement and evaluation in counseling and development*, v. 47, n. 1, p. 79-86, 2014.
20. Wilson FR, et. al. Recalculation of the critical values for Lawshe’s content validity ratio. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 2012; 45 (3): 197-210. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0748175612440286> Acesso em: 08 jul.2022.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*; 12 dez 2012; Seção 1.
22. Veiga, D R; Picha, K J; Rebustini, F. Versão brasileira da Self-efficacy for home exercise programs scale para a população idosa. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 31, n. 1, p. 73954, 2023.
23. He J, van de Vijver F. Bias and equivalence in cross-cultural research. *J Psychol*. 2012 [cited 2023 feb 22]; 2(2):2307-0919. DOI: <https://doi.org/10.1108/09504120910935093>
24. Silva, N R; Felipini, L MG. Translation and cross-cultural adaptation of Speech-Language Pathology assessment instruments to Brazilian Portuguese: guidelines analysis. 2008, 20 (3): 207-10.

25. Quek, G J H; Shorey, S. Percepções, vivências e necessidades de preceptores de enfermagem e seus preceptores na preceptoria: uma revisão integrativa. *Journal of Professional Nursing*. 2018, 34 (5): 417-428.
26. Bloomingdale, R. Protocolo Preceptor Especialista em Enfermeira Clínica. *Enfermeira Clínica Especialista*. 2019, 33 (5): 228-236.
27. Alonso, N A; Porter, C M; Graves, K; Gordon, M. How nurse preceptors provide help to new nurses influences perceived relationship quality. *Nurse Education Today*. 2022, 115.
28. Cantus, D S; Plazas, L C; Navas, M B M; Rioja, E C; Ros, M C. Importance of Soft Skills in Health Sciences Students and Their Repercussion after the COVID-19 Epidemic: Scoping Review. *Int J Environ Res Saúde Pública*. 2023 10 de março;20(6):4901
29. Moreira, K F A; Moura, C O; Fernandes, D E R; Farias, E S; Pinheiro, A S; Junior, A G B. Percepções de preceptores sobre o processo ensino-aprendizagem e práticas colaborativas na atenção primária à saúde. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2022, 43.
30. Dyk, L H V; Nyoni, C N; Williams, M; Botha, B S. Preceptor support during the COVID-19 pandemic: Recommendations for continuing development. *National Library of Medicine*. 2022, 45 (1): 1-10.

5 DISCUSSÃO

O objetivo do estudo é buscar evidências de validade da versão brasileira do *Cotter Preceptor Selection Instrument* para o português do Brasil, bem como analisar as evidências de validade do conteúdo da escala. Durante o processo metodológico orientado pelas recomendações contemporâneas de evidências, observamos extensivos apontamentos dos especialistas e juízes, visando ao aperfeiçoamento do instrumento e sua adequação à realidade brasileira. Consequentemente, surgiu o desafio de elaborar, de fato, um novo instrumento o qual se adequasse às questões culturais e às necessidades práticas, o que dificultou a obtenção da equivalência. Isso desencadeou um processo de *assembly*, que permite alterações substanciais no instrumento, como a inclusão, reforma e exclusão de itens mais adaptados à cultura brasileira, inclusive com a alteração do formato de escala e instruções.⁽⁴²⁾

Devemos ter claro que a equivalência é desejável, mas não obrigatória. O processo de estudo cross-cultural deve atentar, primariamente, ao desenvolvimento da acurácia e precisão do instrumento para a população, contexto e tempo.⁽⁴³⁾

Usualmente, há uma resistência na realização do *assembly* em função das alterações realizadas no instrumento. Essa resistência é justificada por dois argumentos centrais: a perda da comparabilidade com o original – embora essa comparabilidade não seja direta, pois são fundamentais a normatização e a validação da equivalência na interpretação dos escores – e a tendência dos autores originais de resistirem a mudanças nos instrumentos. Os dois argumentos podem resultar em uma inadequação do instrumento para a cultura alvo.

No processo de tradução, dos 10 domínios originais, três apresentaram diferenças substanciais: Colaboração e Habilidade de Comunicação, Comprometimento e Empoderamento. A síntese das traduções resultou na versão fornecida pelo T2, mais próxima à realidade da cultura brasileira. Durante a tradução dos atributos, houve concordância em três termos entre os dois tradutores, ao passo que os demais atributos apresentaram divergências. O T2 selecionou termos mais adequados à aplicação do instrumento no país em tradução, visando manter a equivalência com o original e evitar imprecisões.⁽⁴⁴⁾

Os domínios nos quais foram observadas diferenças entre as traduções evidenciaram a maior relevância das traduções feitas pelo T2. Vale ressaltar as características desse profissional, sendo a principal delas o fato de que seu idioma de origem pertence à área da saúde e reside no país de origem do instrumento. Podemos compreender que isso facilitou a compreensão e tradução mais precisa dos termos, contribuindo, consequentemente, para um melhor entendimento do instrumento.

A submissão ao painel de especialistas, cujas contribuições foram essenciais para a adaptação cultural, resultou em 26 comentários, abordando questões de clareza, adequação de itens, termos e inclusão de atributos e domínios. A participação de especialistas é considerada crucial, dada a natureza multidimensional e as propriedades psicométricas da escala.⁽⁴⁵⁾

Consequentemente, o instrumento foi expandido para incluir 10 domínios e 34 atributos, necessitando de inclusão e reescrita de itens para se adaptar à cultura-alvo, como definido no processo de *assembly*. As sugestões recebidas ressaltaram a importância de uma escala mais abrangente, melhorando a adequação e precisão dos itens para avaliar a prática de preceptoria no Brasil.⁽³⁴⁾

Com o uso desse processo de validação, podemos ver que o instrumento foi totalmente adaptado à realidade brasileira e passou por uma transformação, mas sempre tendo como inspiração o instrumento original. Um importante ponto que precisou ser considerado foi o fato de o instrumento original, ao ser traduzido, ter mais de um fator de avaliação no item. Durante o processo de tradução, os fatores foram desmembrados em novos itens. Assim sendo, o instrumento se tornou diferente e com mais itens: de 14 atributos, 11 foram desmembrados, resultando em 34 atributos.

As intervenções dos especialistas deixaram clara a ausência de atributos para avaliar o profissional na realidade brasileira, o que desencadeou um aumento substancial de itens no instrumento, assim como a inclusão de mais domínios. Também foi perceptível que não apenas a tradução, em sua integridade, estava correta, mas o principal comentário tratava da necessidade de clareza nos termos para tornar o texto mais assertivo.

Na fase de análise conduzida pelos juízes, foi possível constatar que as sugestões apresentadas eram pertinentes, destacando-se efetivamente a necessidade de inclusão de novos fatores (itens). Foi observada uma relevante divergência em relação à associação dos atributos com os domínios estabelecidos, o

que gerou um contraponto em relação ao instrumento original. Dessa forma, é perceptível que o processo resultou, essencialmente, na elaboração de um instrumento inovador

Cabe destacar que essa transformação não decorreu exclusivamente do acréscimo de itens, mas sobretudo das competências identificadas pelos especialistas e, posteriormente, corroboradas pelos juízes, resultando em 12 domínios e 52 atributos (Apêndice 7). Não obstante, manteve-se a finalidade primordial do instrumento, de avaliar a capacidade do profissional enfermeiro em assumir o papel de preceptor com as competências requeridas, enfatizando, contudo, uma perspectiva mais alinhada à prática da enfermagem no contexto brasileiro. Um aspecto fundamental complementar foi a anuência e a colaboração da autora original nas mudanças realizadas no instrumento.

Em um artigo de Quek e Shorey, de 2018, observou-se uma reflexão sobre as percepções do preceptor, apresentando as suas funções e ressaltando a importância de ensiná-lo e fornecer-lhe suporte psicossocial. Por isso, faz-se necessário que o profissional que desempenhará a função de preceptor receba um direcionador em seu desenvolvimento. Também é preciso apoio de sua liderança para facilitar o processo de preceptoria, a fim de minimizar o processo estressante do profissional que está passando por essa etapa de adaptação em seu novo ambiente profissional.⁽⁴⁶⁾

Ante essa reflexão, podemos entender que o processo de elegibilidade para se tornar preceptor é necessário e obrigatório, porque não basta apenas querer: é preciso um trabalho de desenvolvimento. Contudo, o instrumento que está sendo traduzido e adaptado mostra o quanto é importante e necessário avaliar se o profissional tem as competências necessárias.⁽⁴⁶⁾

A maior parte dos profissionais que se tornam preceptores não recebe uma capacitação que tenha um plano de aprendizado com validações, desenvolvendo competências técnicas e comportamentais, garantindo que poderão atuar no aperfeiçoamento de outro profissional com segurança e qualidade. Isso mostra, mais uma vez, o quanto a ausência de uma metodologia e/ou instrumento para determinar se o profissional pode ser ou não preceptor pode tornar a aprendizagem do novo profissional insegura, envolvendo riscos assistenciais, além de comprometer o trabalho em equipe e impor dificuldades de adaptação aos novos colaboradores.⁽⁴⁷⁾

Outro ponto relevante o qual justifica que o instrumento é um ganho é que o preceptor que tem as competências necessárias influenciará positivamente as

ações de qualidade e segurança nos processos que realizará. Além disso, irá melhorar o relacionamento com a equipe, gerando um ambiente de segurança psicológica não só com seu preceptor, mas também no meio em que está inserido, com o paciente, família e equipe.⁽⁴⁸⁾

Considerando-se a natureza comportamental do instrumento, abrangendo habilidades *hard* e *soft*, destaca-se o valor de gerar itens comportamentais, permitindo a formação e capacitação de preceptores de forma abrangente.⁽⁴⁹⁾

No entanto, é importante reconhecer os desafios futuros, incluindo a aplicação integral do instrumento, seu tamanho ampliado em comparação ao original e a necessidade de manter as competências atualizadas de acordo com as demandas do mercado de trabalho e as tendências tecnológicas.⁽⁵⁰⁾ Além disso, considerando as lições aprendidas com a pandemia de Covid-19, é crucial avaliar como o instrumento pode abordar competências relacionadas ao gerenciamento de situações inusitadas, estresse elevado, esgotamento e saúde mental, garantindo sua relevância contínua e não obsolescência.⁽⁵¹⁾

6 CONCLUSÃO

1. A adaptação transcultural do instrumento *Cotter Preceptor Selection Instrument* para a língua portuguesa do Brasil envolveu etapas meticulosas de tradução e avaliação de validade. No processo de tradução, evidenciou-se uma prevalência da síntese proposta pelo T2, demonstrando uma adaptação linguística e cultural mais precisa para o contexto brasileiro. Ao longo da fase de geração de itens, a revisão pelo painel cross-cultural indicou a necessidade de diversificar e detalhar os domínios e atributos, o que resultou em um instrumento mais extenso, com 12 domínios e 52 atributos. Essa ampliação sugere que aspectos fundamentais da preceptoria no cenário brasileiro não estavam completamente representados no instrumento original.

2. O envolvimento de especialistas e juízes de diferentes áreas de atuação e formação garantiu uma análise abrangente e criteriosa do instrumento. O coeficiente de validação de conteúdo apontou atributos que necessitavam de refinamento, e as sugestões dos juízes ajudaram a aperfeiçoar a clareza e aplicabilidade do instrumento. A análise destacou, especialmente, atributos relacionados à comunicação e gestão de riscos, ressaltando a importância desses aspectos na prática da preceptoria. No entanto, a ausência de contribuições de certas regiões brasileiras sugere uma limitação geográfica que deve ser considerada em futuras implementações e avaliações do instrumento. Em suma, o esforço colaborativo e multidisciplinar levou à criação de uma versão adaptada do *Cotter Preceptor Selection Instrument* que está alinhada com as peculiaridades e necessidades da prática de preceptoria no contexto brasileiro.

3. Superado o processo de transformação do instrumento para a realidade brasileira, novas fontes de evidências devem ser investigadas em estudos futuros (processo de resposta, estrutura interna e relação com outras variáveis). O processo de resposta completaria a análise dos significados dos itens; a estrutura interna apontaria a capacidade dos itens medirem a variável latente e a consequente configuração do escore do instrumento; e a relação com outras variáveis permitirá trabalhar os escores do instrumento com as características dos participantes, contexto, além de possibilitar estudos preditivos.

4. Contudo, pode concluir que obteve-se um instrumento que passou por um processo de adaptação e de evidências de validade, cuja meta é validar o

enfermeiro como preceptor, analisando todas as competências necessárias para que esse profissional possa desempenhar esse papel.

7 ANEXOS

Anexo 1. Instrumento original - *Cotter Preceptor Selection Instrument***Cotter Preceptor Selection Instrument**

Please rate _____ who is a candidate for Preceptor on the attributes listed below. Each attribute is worth up to three (3) points: **A score of 35 or higher is needed.**

1 = Needs Improvement 2 = Meets Expectations 3 = Exceeds Expectations

Score:	Attribute:
Clinical Competence:	
	1. Provides nursing care according to established nursing standards.
Nursing Process:	
	2. Documentation is appropriate and complete
	3. Set priorities and demonstrates time management skills
Transformational Leadership:	
	4. Sets priorities and demonstrates critical thinking skills
	5. Delegates appropriately and effectively to nursing support staff
Collaboration/Communication Skills:	
	6. Promotes effective/skilled communication through the use of tactful, direct and sensitive interaction
	7. Narrates patient care and explains the purpose behind his/her actions to others
Professional Development:	
	8. Participates in learning activities, committees and/or staff meetings
	9. Provides "learning moments" to develop peers
Conflict Resolution:	
	10. Demonstrates problem-solving skills and minimizes escalation of situations to assure safe patient care.
Commitment:	
	11. Works to provide feedback to new employees. Welcomes and provides feedback to new employees
Flexibility:	
	12. Demonstrates willingness to vary work assignment/ schedule to meet unit needs and needs of new orientees.
Empowerment:	
	13. Objectively identifies strengths and weaknesses of self and others. Provides constructive feedback in a manner that allows for progression and growth.
Values:	
	14. Projects positive attitudes as it relates to work environment.

Fonte: Cotter E, Eckardt P, Moylan L. Instrument Development and Testing for Selection of Nursing Preceptors. J Nurses Prof Dev. 2018;34(4):185–93.⁽⁶⁾

Anexo 2. Carta de autorização da autora para utilização do *Cotter Preceptor Selection Instrument*



The Barbara H. Hagan School of Nursing
Undergraduate Nursing Program
T: 516.323.4600
F: 516.323.4603

1000 Hempstead Ave., PO Box 5002, Rockville Centre, NY 11571-5002
www.molloy.edu

Lilian Aparecida Sousa
Nurse Educator
Hospital do Coração - HCor
São Paulo, Brazil.

September 1, 2021

Dear Ms. Sousa,

Permission is granted to use the Cotter Preceptor Instrument (CPSI) at your hospital. There is no fee for using the instrument in a non-commercial manner at your hospital. I understand that the instrument will be translated to the Portuguese language and may need to be adapted for interpretation. Please reference the Cotter Preceptor Selection Instrument appropriately citing all three authors. I would appreciate any updates as you implement the instrument and measure outcomes for improvement. Also, if you plan to utilize in other hospitals, please keep me abreast.

Best of luck
Elizabeth Cotter
Elizabeth Cotter PhD, RN-BC
Professor of Nursing
Molloy College
ecotter@molloy.edu

Fonte: Cotter E, Eckardt P, Moylan L. Instrument Development and Testing for Selection of Nursing Preceptors. J Nurses Prof Dev. 2018;34(4):185–93.⁽⁶⁾

8 REFERÊNCIAS

1. Lemes KC. Modelo lógico para avaliação de desempenho de preceptores da residência de enfermagem do complexo hospitalar da universidade de Pernambuco - UPE. Recife: Faculdade Pernambucana de Saúde; 2015.
2. Botti SH, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor and mentor: what are their roles? *Rev Bras Educ Med.* 2008;32(3):363–73.
3. Martins LS, Silveira MF. Elaboração de projeto pedagógico para preceptoria de enfermeiros em terapia intensiva cardiológica. *Nursing.* 2020;23(269):4695–702.
4. Liao HC, Yang YM, Li TC, Cheng JF, Huang LC. The effectiveness of a clinical reasoning teaching workshop on clinical teaching ability in nurse preceptors. *J Nurs Manag.* 2019;27(5):1047–54.
5. Barba M, Valdez-Delgado K, VanFosson CA, Caldwell NW, Boyer S, Robbins J, et al. An Evidence-Based Approach to Precepting New Nurses. *Am J Nurs.* 2019;119(3):62–7.
6. Cotter E, Eckardt P, Moylan L. Instrument Development and Testing for Selection of Nursing Preceptors. *J Nurses Prof Dev.* 2018;34(4):185–93.
7. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Resolução n. 259/ 2001. Estabelece padrões mínimos para registro de enfermeiro especialista, na modalidade de residência em enfermagem Conselho Federal de Enfermagem. Diário Oficial da União. 20 abr 2001. Seção 1.
8. Silva VC. Os saberes que emergem da prática social do enfermeiro preceptor na residencia multiprofissional em saúde [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2017. 198 f.
9. Behlau M, Madazio G, Pacheco C, Vaiano T, Badaró F, Barbara M. Coaching profissional versus coaching vocal: similaridades e diferenças. *CoDAS.* 2022;34(4):1–5.
10. McKinney S, Aguilar M. Implementing a Comprehensive Preceptor Development Program Through Professional Governance. *J Nurses Prof Dev.* 2020;36(2):111–3.
11. Wu XV, Chi Y, Panneer Selvam U, Devi MK, Wang W, Chan YS, et al. A Clinical Teaching Blended Learning Program to Enhance Registered Nurse Preceptors' Teaching Competencies: Pretest and Posttest Study. *J Med Internet Res.* 2020;22(4):e18604.
12. Ferreira RM, Nunes AC. Ongoing training in the development of nursing teacher skills. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40:e20180171.
13. Ferreira, A R; Golher, A M; Melo, B P. Diretrizes para o exercício da preceptoria nos hospitais universitários da rede EBSEERH. 2018.
14. Muir J, Ooms A, Tapping J, Marks-Maran D, Phillips S, Burke L. Preceptors' perceptions of a preceptorship programme for newly qualified nurses. *Nurse Educ Today.* 2013;33(6):633–8.
15. Vieira MA, Souto LE, Souza SM, Lima CA, Oharas CV, Domenicos EB. Diretrizes Curriculares Nacionais para a área da enfermagem: o papel das competências na formação do enfermeiro. *Revista Norte Mineira de Enfermagem.* 2016;5(1):105–21.

16. Swiatkiewicz O. Competências transversais, técnicas ou morais: um estudo exploratório sobre as competências dos trabalhadores que as organizações em Portugal mais valorizam. *Cad EBAPE BR*. 2014;12(3):633-87.
17. Smith JH, Sweet L. Becoming a nurse preceptor, the challenges and rewards of novice registered nurses in high acuity hospital environments. *Nurse Educ Pract*. 2019; 36:101–7.
18. Hariti T, Rejeki S, Ernawati. Ernawati. Strengthening soft skills as the character of student nurses through the preceptorship management model. *Enferm Clin*. 2020;30(Suppl 5):64–8.
19. L'Ecuyer KM, Hyde MJ, Shatto BJ. Preceptors' Perception of Role Competency. *J Contin Educ Nurs*. 2018;49(5):233–40.
20. Macedo KD, Acosta BS, Silva EB, Souza NS, Beck CL, Silva KK. Metodologias ativas de aprendizagem: caminhos possíveis para inovação no ensino em saúde. *Esc Anna Nery*. 2018;22(3).
21. Lopes IG, Pire CA, Silva VY, Lopes AG. Heutagogia, aprendizagem baseada em problemas e o desenvolvimento de atitudes humanísticas: uma revisão de literatura. *Rev Teor Prát Educ*. 2021;32(1):5-7.
22. Galton F. Hereditary genius. New York: D. Appleton; 1869.
23. Thorndike EL. An introduction to the theory of mental and social measurements. Teacher's College. 2th ed. New York: Columbia University; 1913.
24. Rachel SZ, Roberto MC. Psychometrics and Neuropsychology: inter-relations in the construction and adaptation of measuring instruments. *PsicolArgum*. 2018;36(91):49–69.
25. Hughes DJ. Psychometric Validity: Establishing the Accuracy and Appropriateness of Psychometric Measures. In: Irwing P, Booth T, Hughes DJ. *The Wiley handbook of psychometric testing: A multidisciplinary reference on survey, scale and test development*. Hoboken: Wiley-Blackwell; 2018. p.751–79.
26. Furr R. Michael. *Psychometrics: an introduction*. SAGE publications; 2021.
27. Borsboom D. The attack of the psychometricians. *Psychometrika*. 2006;71(3):425–40.
28. Cizek GJ. Validating test score meaning and defending test score use: different aims, different methods. *Assess Educ*. 2016;23(2):212–25.
29. American Educational Research Association. *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington: Amer Educational Research Assn; 2014.
30. Sireci SG. De-“constructing” test validation. *J Educ Meas Eval*. 2020;1(1):1-12.
31. Paul EN. Macro- and Micro- and Micro-Validation: Be alidation: Beyond the 'Fiv ond the 'Five Sources' Framework for Classifying Validation Evidence and Analysis. *Pare*. 2016;21(12):1-13.
32. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993;46(12):1417–32.

33. Machado RS, Fernandes AD, Oliveira AL, Soares LS, Goveia MT, Silva GR. Métodos de adaptação transcultural de instrumentos na área da enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39:e2017-0164.
34. Iliescu D. Adapting tests in linguistic and cultural situations. Cambridge University Press. Cambridge: Cambridge University Press; 2017.
35. Avila CW. Adaptação transcultural e validação da self-care of heart failure index versão 6.2 para o uso no Brasil [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012. 81 f.
36. Ohrbach R, Bjorner J, Jezewski M A, John M T, Lobbezoo F. Guidelines for Establishing Cultural Equivalency of Instruments. Developed for the Committee for Translations and Protocols International RDC/TMD Consortium Network Updated May 11, 2013
37. Bockorni BR, Gomes AF. A Amostragem em Snowball (bola de neve) em uma Pesquisa Qualitativa no Campo da Administração. *Rev Ciênc Empresariais UNIPAR.* 2021;22(1):105-17.
38. Primi R, Muniz M, Nunes CH. Definições contemporâneas de validade de testes psicológicos. In: Hutz CS. *Avanços e polêmicas em avaliação psicológica.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2009. p. 243-66.
39. Lawshe C. A quantitative approach to content validity. *Pers Psychol.* 1975;28(4):563-75.
40. Wilson FR, Pan W, Schumsky DA. Recalculation of the critical values for Lawshe's content validity ratio. *Meas Eval Couns Dev.* 2012;45(3):197-210.
41. Ferreira P, Marques FB. Avaliação psicométrica e adaptação cultural e linguística de instrumentos de medição em saúde: princípios metodológicos gerais. Coimbra: Universidade de Coimbra; 1998.
42. Veiga, D R; Picha, K J; Rebustini, F. Versão brasileira da Self-efficacy for home exercise programs scale para a população idosa. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 31, n. 1, p. 73954, 2023.
43. He J, van de Vijver F. Bias and equivalence in cross-cultural research. *J Psychol.* 2012 [cited 2023 feb 22]; 2(2):2307-0919. DOI: <https://doi.org/10.1108/09504120910935093>
44. Silva, N R; Felipini, L MG. Translation and cross-cultural adaptation of Speech-Language Pathology assessment instruments to Brazilian Portuguese: guidelines analysis. 2008, 20 (3): 207-10.
45. Epstein J, Osborne RH, Elsworth GR, Beaton DE, Guillemin F. Cross-cultural adaptation of the Health Education Impact Questionnaire: experimental study showed expert committee, not back-translation, added value. *J Clin Epidemiol.* 2015 [cited 2021 jun 15]; 68(4):360-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.07.013>.
46. Quek, G J H; Shorey, S. Percepções, vivências e necessidades de preceptores de enfermagem e seus preceptores na preceptoria: uma revisão integrativa. *Journal of Professional Nursing.* 2018, 34 (5): 417-428.
47. Bloomingdale, R.; Darmody, J. V. Protocolo Preceptor Especialista em Enfermeira Clínica. *Enfermeira Clínica Especialista.* 2019, 33 (5): 228-236.

48. Alonso, N A; Porter, C M; Graves, K; Gordon, M. How nurse preceptors provide help to new nurses influences perceived relationship quality. *Nurse Education Today*. 2022, 115.
49. Cantus, D S; Plazas, L C; Navas, M B M; Rioja, E C; Ros, M C. Importance of Soft Skills in Health Sciences Students and Their Repercussion after the COVID-19 Epidemic: Scoping Review. *Int J Environ Res Saúde Pública*. 2023 10 de março;20(6):4901
50. Moreira, K F A; Moura, C O; Fernandes, D E R; Farias, E S; Pinheiro, A S; Junior, A G B. Percepções de preceptores sobre o processo ensino-aprendizagem e práticas colaborativas na atenção primária à saúde. *Rev. Gaúcha Enferm.*2022, 43.
51. Dyk, L H V; Nyoni, C N; Willianms, M; Botha, B S. Preceptor support during the COVID-19 pandemic: Recommendations for continuing development. *National Library of Medicine*. 2022, 45 (1): 1-10.

Abstract

Introduction: Nurses in their daily professional lives play several roles, one of which is the role of educator, both for their team and for guiding another newly hired professional colleague. The term for this role is called: preceptor, and for the preceptorship process, which is defined by the period that a professional with more experience spends attending, monitoring individually and providing constructive feedback. A search was carried out for a validated instrument in literature that assists in the selection of preceptors. *CotterPreceptor Selection Tool*. **Purposes:** Carry out cross-cultural adaptation and analyze evidence of the scale's validity *CotterPreceptor Selection Instrument*, Brazilian version. **Methods:** This is a study of evidence of validity of the Brazilian version of the instrument *CotterPreceptor Selection Tool*. The translation and synthesis process of the translations was carried out by two professionals (T1 and T2). For the generation of items, expert participants, where the assembly level was used. In the validity testing stages, the instrument was submitted to a panel of multidisciplinary judges from different regions of Brazil. **Results:** In translation, it proved the difference between the translations of three domains. In the translation summaries, the most appropriate option was T2. Three of the attributes obtained the same translations; in the others, adjustments were necessary, with the T2 option predominating. The cross-cultural translation process resulted in 10 domains and 34 attributes. When generating items, the instrument was analyzed by 166 participants, covering 12 domains and 57 attributes, with the content validation coefficient that revealed CVR values between: 0.55 and 0.96. According to the panel of 31 judges, predominantly nurses, two attributes attributed to the content validation coefficient are insufficient, reducing the need for adjustment. These processes allowed the creation and adaptation of an educational instrument for the practice of preceptorship in the Brazilian context. **Conclusion:** The cross-cultural adaptation of the *CotterPreceptor Selection Tool* for Brazilian Portuguese revealed relevant linguistic and cultural nuances. After analysis by experts and judges, the final instrument was adjusted and now contains 12 domains and 52 attributes, better reflecting the Brazilian reality of preceptorship.

Keywords: Validation Study; Professional Competence; Preceptorship; Cultural Competence.

Apêndices

Apêndice 1 Síntese das traduções

SÍNTESE DAS TRADUÇÕES

INSTRUMENTO COTTER DE SELEÇÃO DE PRECEPTOR

Avalie _____ que é candidato a Preceptor nos atributos listados abaixo cada atributo vale até três (3) pontos: **É necessária uma pontuação de 35 ou mais.**

1 - Requer Melhorias

2 - Atende às Expectativas

3 - Excede às
Expectativas

Pontuação	Atributo
Competência Clínica	
	1. Fornece cuidados de enfermagem de acordo com os padrões de enfermagem estabelecidos.
Processos de Enfermagem	
	2.Documentação é completa e apropriada.
	3. Estabelece prioridades e demonstra habilidade no gerenciamento do tempo.
Liderança Transformacional	
	4.Estabelece prioridades e demonstra habilidade no pensamento crítico.
	5.Delega responsabilidades de forma apropriada e efetiva à equipe de Enfermagem.
Colaboração e Habilidade de Comunicação	
	6. Promove uma comunicação eficaz/qualificada por meio do uso de interação diplomática, direta e sensível.
	7. Explica o plano de cuidado aos envolvidos e a razão de cada ação aplicada.

Desenvolvimento Profissional	
	8. Participa de atividades de aprendizagem, comitês e/ou reuniões de equipe.
	9. Promove momentos de aprendizado para desenvolvimento dos membros da equipe.
Resolução de conflito	
	10. Demonstra habilidades de resolução de problemas e minimiza o aumento de situações de risco para garantir atendimento seguro ao paciente.
Comprometimento	
	11. Trabalha para acolher e fornecer feedback aos novos funcionários.
Flexibilidade	
	12. Demonstra flexibilidade em variar atribuições (horário de trabalho) para acomodar as necessidades do setor em que atua e de novos empregados.
Empoderamento	
	13. Identifica objetivamente os pontos fortes e fracos de si mesmo e de outros. Promove feedback construtivo de forma que permite a progressão e o crescimento.
Valores	
	14. Projeta atitudes positivas em relação ao ambiente de trabalho.

Apêndice 2. Instrumento de coleta de dados dos especialistas – a ser aplicado digitalmente

IDADE	_____Anos
SEXO	☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Não Declarar
Formação Acadêmica	_____
Tempo de Formação	_____
Tempo de Experiência Profissional	_____
Área de Atuação	☐ Gestão ☐ Educação Cargo Atual: _____
Pós-Graduação	☐ Lato Senso. Nome do Curso: _____ ☐ Residência ☐ Stricto Senso ☐ Mestrado ☐ Doutorado ☐ Ainda não possui pós-graduação
Tipo de instituição em que atua	☐ Pública ☐ Privada
Tem experiência como Preceptor	☐ Não ☐ Sim Se sim quanto tempo _____

Apêndice 3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – especialista participante da avaliação da versão brasileira do *Cotter Preceptor Selection Instrument* – a ser aplicado digitalmente.

Página de 1 de 4

PROTOCOLO DE PESQUISA
ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E AVALIAÇÃO DA EVIDÊNCIA DE VALIDADE DA
VERSÃO BRASILEIRA DO *COTTER PRECEPTOR SELECTION INSTRUMENT* -
CPSI

Pesquisadora Responsável: Eduarda Ribeiro dos Santos

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Participantes com idade $\geq$ 18 anos

Introdução

Você está sendo convidado para participar voluntariamente do estudo intitulado: “Adaptação transcultural e avaliação da evidência de Validade da versão brasileira do *Cotter Preceptor Selection Instrument - CPSI*”. Para decidir fazer parte dele, precisará saber no que consiste sua participação, bem como das possibilidades de riscos e benefícios e confirmar sua participação através do aceite a esse termo de consentimento livre e esclarecido.

Se você tiver qualquer pergunta, após ou durante a leitura desse termo, por favor, sinta-se à vontade para entrar em contato com o pesquisador responsável pela condução do estudo ou com algum profissional que participa do estudo e que possa esclarecer suas dúvidas.

A decisão de fazer parte do estudo é voluntária e você pode recusar-se a participar ou retirar-se do estudo a qualquer momento sem nenhum tipo de consequência para a sua relação profissional com a instituição.

O objetivo dessa pesquisa é realizar a adaptação transcultural para o português do Brasil, do instrumento *Cotter Preceptor Selection Instrument* – CPSI, além de avaliar as evidências de validade de constructo e confiabilidade em enfermeiros atuantes.

Procedimentos realizados neste protocolo

Caso aceite participar, sua atuação será avaliar se os atributos correspondem as competências, o instrumento já traduzido e adaptado ao português brasileiro. O instrumento é composto por 14 questões sobre os conhecimentos de: competência clínica, processo de enfermagem, liderança transformadora, colaboração/comunicação, desenvolvimento profissional, resolução de conflito, comprometimento, flexibilidade, empoderamento e valores, além das instruções de preenchimento do instrumento.

Riscos e inconveniências

A participação se restringirá à resposta ao questionário por meio eletrônico. Em relação aos riscos de sua participação nessa pesquisa, o questionário pode conter questões que são sensíveis por natureza. Você pode recusar a responder as 14 e quaisquer questões que façam você se sentir desconfortável. Se tiver alguma preocupação após responder o questionário, você é encorajado a contatar o responsável pelo estudo.

Todos os esforços serão aplicados para que não haja perda de confidencialidade, no entanto há um risco considerado mínimo de perda dessa confidencialidade. Para minimizar o risco de exposição e garantir seu anonimato, os pesquisadores comprometem-se a não utilizar qualquer dado que possa identificá-lo em qualquer fase da pesquisa. Não existem outros riscos relacionados à sua participação no projeto.

Como inconveniência, pontuamos o tempo empregado para a resposta ao instrumento e eventual desconforto na emissão de opinião sobre cada aspecto.

Benefício do Estudo

Não há benefícios diretos para você, caso você complete os procedimentos desta pesquisa, porém, a participação no processo de adaptação do instrumento contribuirá para a seleção de enfermeiros preceptores a longo prazo, além de gerar conhecimento na área.

Alternativa à participação no estudo

Você pode decidir não fazer parte do estudo, sem qualquer prejuízo à sua rotina, sua relação profissional com a instituição ou com os pesquisadores responsáveis pelo estudo.

Direitos do participante

Sua participação é voluntária e você pode retirar seu consentimento ou ainda descontinuar sua participação em qualquer momento, se assim o preferir, sem penalização e/ou prejuízo de qualquer natureza.

Não haverá nenhum custo a você proveniente deste estudo, assim como não haverá qualquer tipo de remuneração pela sua participação. Entretanto, se ocorrer qualquer gasto não previsto nesse termo, você será ressarcido.

Ao aceitar este termo você não renuncia a nenhum direito legal, incluindo o direito de buscar indenização em caso de dano decorrente de sua participação.

Se for de seu interesse, você poderá solicitar, a qualquer momento, informações sobre os resultados das avaliações realizadas nesse estudo. Assim como sobre os achados desse estudo, assim que as análises estiverem terminadas.

Danos

Se uma lesão ou qualquer dano ocorrer como resultado de sua participação nesta pesquisa, assistência integral estará disponível sem que você tenha gastos, pelo tempo que for necessário.

Confidencialidade

A equipe do estudo terá acesso a seus dados, no entanto, seu anonimato é garantido e possíveis publicações científicas resultantes deste estudo não o (a) identificarão em nenhuma circunstância como participante. Os dados obtidos serão tratados sob estritas condições de confidencialidade.

Ética

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), um grupo de pessoas que zela pela proteção dos participantes de pesquisas e avalia os estudos envolvendo seres humanos em nossa instituição.

Para qualquer dúvida ética e/ou relacionada a direitos do participante de pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Albert Einstein pelo telefone (11) 2151-3729, ou pelo e-mail cep@einstein.br. O Comitê funciona de segunda a sexta, das 7h às 17h e está Centro de Ensino e Pesquisa Albert Einstein – Campus Cecília e

Abram Szajman, Rua Comendador Elias Jafet, 755, Piso L4, Sala 407-G /407-F - Morumbi, São Paulo / SP - CEP:05653-000.

Para qualquer dúvida relacionada ao estudo, por favor, sinta-se à vontade para entrar em contato com os responsáveis pela condução do estudo, Lilian Aparecida Sousa pelo telefone (11) 97990-2617 ou Eduarda Ribeiro dos Santos pelo telefone (11) 99618-6014. Reclamações, elogios e sugestões poderão ser encaminhados ao Sistema de Atendimento ao Cliente (SAC) por meio do telefone (11) 2151-0222 ou do formulário identificado como “fale conosco”, disponível na página da pesquisa clínica, ou pessoalmente.

Fui informado de todos os detalhes relacionados ao estudo do qual participarei como profissional especialista, que irá avaliar os atributos em relação as competências da escala traduzida para o português brasileiro *Cotter Preceptor Selection Instrument* – CPSI. Receberei por e-mail uma via datada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o pesquisador responsável ficará com uma cópia deste Termo. Importante ressaltar que a necessidade de que mantenha guardada em seus arquivos uma cópia deste documento eletrônico (TCLE) para a necessidade de consultas futuras.

Nome completo: _____ Data: ____/____/____

e-mail para recebimento da cópia do TCLE: _____

Aceito participar

Não aceito participar

Apêndice 4 Carta convite juízes

São Paulo, 07 de março de 2023.

Prezados (as) senhores (as),

Sou mestranda do Mestrado Profissional em Enfermagem da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein. Estamos desenvolvendo um projeto para área da enfermagem que busca evidências de validade para o Brasil da escala “*Cotter preceptor selection instrument*”.

Como se trata de uma escala norte americana, foi solicitado a autorização por escrito para a autora original, que além de autorizar, está participando da pesquisa. Bem como, a aprovação pelo Comitê de Ética.

O projeto já passou pelas etapas de tradução e retrotradução. Desta forma, avançamos para a etapa de avaliação da escala a partir de um painel de especialistas. Assim, vimos convidá-lo (a) a compor o painel de especialista e contribuir com sua expertise para o aperfeiçoamento do instrumento

Coloco-me a disposição para eventuais esclarecimentos necessários.

Atenciosamente,

Lilian Aparecida Sousa

11 97990 2617

Apêndice 5. Instrumento de coleta de dados dos juízes – a ser aplicado digitalmente

IDADE	_____ Anos
SEXO	☐ Masculino ☐ Feminino
Tempo de Formação	☐ de 1 a 3 anos ☐ de 3 a 5 anos ☐ de 5 a 10 anos ☐ mais de 10 anos
Tempo de Experiência Profissional	☐ de 1 a 3 anos ☐ de 3 a 5 anos ☐ de 5 a 10 anos ☐ mais de 10 anos
Area de Atuação	☐ Assistencial. Qual área? _____ ☐ Administrativo ☐ Gestão ☐ Educação ☐ Outra _____ Cargo Atual: _____
Tem experiência como Preceptor	☐ Sim. Há quanto tempo: _____ anos. ☐ Não
Curso Preparatório para Preceptor	☐ Sim ☐ Não
Pós-Graduação	☐ Sim ☐ Não ☐ Especialização Área: _____ ☐ Residência Área: _____ ☐ Mestrado ☐ Doutorado ☐ Ainda não possui pós-graduação
Tipo de instituição em que atua	☐ Pública ☐ Privado

Apêndice 6. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – juízes participantes da avaliação da versão brasileira do *Cotter Preceptor Selection Instrument* – a ser aplicado digitalmente.

Página de 1 de 4

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E AVALIAÇÃO DA EVIDÊNCIA DE VALIDADE DA
VERSÃO BRASILEIRA DO *COTTER PRECEPTOR SELECTION INSTRUMENT* -
*CPSI***

Pesquisadora Responsável: Eduarda Ribeiro dos Santos

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Participantes com idade $\geq$ 18 anos

Introdução

Você está sendo convidado para participar voluntariamente do estudo intitulado: “Adaptação transcultural e avaliação da evidência de Validade da versão brasileira do *Cotter Preceptor Selection Instrument* - *CPSI*”. Para decidir fazer parte dele, precisará saber no que consiste sua participação, bem como das possibilidades de riscos e benefícios e confirmar sua participação através do aceite a esse termo de consentimento livre e esclarecido.

Se você tiver qualquer pergunta, após ou durante a leitura desse termo, por favor, sinta-se à vontade para entrar em contato com o pesquisador responsável pela condução do estudo ou com algum profissional que participa do estudo e que possa esclarecer suas dúvidas.

A decisão de fazer parte do estudo é voluntária e você pode recusar-se a participar ou retirar-se do estudo a qualquer momento sem nenhum tipo de consequência para a sua relação profissional com a instituição.

O objetivo dessa pesquisa é realizar a adaptação transcultural para o português do Brasil, do instrumento *Cotter Preceptor Selection Instrument* – *CPSI*, além de avaliar as evidências de validade de constructo e confiabilidade em enfermeiros atuantes.

Procedimentos realizados neste protocolo

Caso aceite participar, sua atuação será a avaliação da equivalência do instrumento traduzido e adaptado ao português brasileiro com relação ao instrumento original, quanto aos aspectos semântico, idiomático, experiencial e conceitual, se os atributos correspondem às competências, se há necessidade de incluir e excluir itens. O instrumento é composto por 14 questões sobre os conhecimentos de: competência clínica, processo de enfermagem, liderança transformadora, colaboração/comunicação, desenvolvimento profissional, resolução de conflito, comprometimento, flexibilidade, empoderamento e valores, além das instruções de preenchimento do instrumento.

Riscos e inconveniências

A participação se restringirá à resposta ao questionário por meio eletrônico. Em relação aos riscos de sua participação nessa pesquisa, o questionário pode conter questões que são sensíveis por natureza. Você pode recusar a responder as 14 e quaisquer questões que façam você se sentir desconfortável. Se tiver alguma preocupação após responder o questionário, você é encorajado a contatar o responsável pelo estudo.

Todos os esforços serão aplicados para que não haja perda de confidencialidade, no entanto há um risco considerado mínimo de perda dessa confidencialidade. Para minimizar o risco de exposição e garantir seu anonimato, os pesquisadores comprometem-se a não utilizar qualquer dado que possa identificá-lo em qualquer fase da pesquisa. Não existem outros riscos relacionados à sua participação no projeto.

Como inconveniência, pontuamos o tempo empregado para a resposta ao instrumento e eventual desconforto na emissão de opinião sobre cada aspecto.

Benefício do Estudo

Não há benefícios diretos para você, caso você complete os procedimentos desta pesquisa, porém, a participação no processo de adaptação do instrumento contribuirá para a seleção de enfermeiros preceptores a longo prazo, além de gerar conhecimento na área.

Alternativa à participação no estudo

Você pode decidir não fazer parte do estudo, sem qualquer prejuízo à sua rotina, sua relação profissional com a instituição ou com os pesquisadores responsáveis pelo

estudo.

Direitos do participante

Sua participação é voluntária e você pode retirar seu consentimento ou ainda descontinuar sua participação em qualquer momento, se assim o preferir, sem penalização e/ou prejuízo de qualquer natureza.

Não haverá nenhum custo a você proveniente deste estudo, assim como não haverá qualquer tipo de remuneração pela sua participação. Entretanto, se ocorrer qualquer gasto não previsto nesse termo, você será ressarcido.

Ao aceitar este termo você não renuncia a nenhum direito legal, incluindo o direito de buscar indenização em caso de dano decorrente de sua participação.

Se for de seu interesse, você poderá solicitar, a qualquer momento, informações sobre os resultados das avaliações realizadas nesse estudo. Assim como sobre os achados desse estudo, assim que as análises estiverem terminadas.

Danos

Se uma lesão ou qualquer dano ocorrer como resultado de sua participação nesta pesquisa, assistência integral estará disponível sem que você tenha gastos, pelo tempo que for necessário.

Confidencialidade

A equipe do estudo terá acesso a seus dados, no entanto, seu anonimato é garantido e possíveis publicações científicas resultantes deste estudo não o (a) identificarão em nenhuma circunstância como participante. Os dados obtidos serão tratados sob estritas condições de confidencialidade.

Ética

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), um grupo de pessoas que zela pela proteção dos participantes de pesquisas e avalia os estudos envolvendo seres humanos em nossa instituição.

Para qualquer dúvida ética e/ou relacionada a direitos do participante de pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Albert Einstein pelo telefone

(11) 2151-3729, ou pelo e-mail cep@einstein.br. O Comitê funciona de segunda a sexta, das 7h às 17h e está Centro de Ensino e Pesquisa Albert Einstein – Campus Cecília e Abram Szajman, Rua Comendador Elias Jafet, 755, Piso L4, Sala 407-G /407-F - Morumbi, São Paulo / SP - CEP:05653-000.

Para qualquer dúvida relacionada ao estudo, por favor, sinta-se à vontade para entrar em contato com os responsáveis pela condução do estudo, Lilian Aparecida Sousa pelo telefone (11) 97990-2617 ou Eduarda Ribeiro dos Santos pelo telefone (11) 99618-6014. Reclamações, elogios e sugestões poderão ser encaminhados ao Sistema de Atendimento ao Cliente (SAC) por meio do telefone (11) 2151-0222 ou do formulário identificado como “fale conosco”, disponível na página da pesquisa clínica, ou pessoalmente.

Fui informado de todos os detalhes relacionados ao estudo do qual participarei como juiz, onde irei avaliar a tradução e adaptação do instrumento para língua brasileira, se os atributos correspondem as competências, se há necessidade de incluir e excluir itens. Receberei por e-mail uma via datada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o pesquisador responsável ficará com uma cópia deste Termo. Importante ressaltar que a necessidade de que mantenha guardada em seus arquivos uma cópia deste documento eletrônico (TCLE) para a necessidade de consultas futuras.

Nome completo: _____ Data: ____/____/____

e-mail para recebimento da cópia do TCLE: _____

Aceito participar

Não aceito participar

Apêndice 7. Instrumento após análise dos juízes

1 - Requer Melhorias 2 - Atende às Expectativas 3 - Excede às Expectativas	
DOMÍNIO	ATRIBUTOS
Competência Clínica	Fornece cuidados de enfermagem em conformidade com os padrões de atendimento da instituição
	Aplica as metas internacionais de segurança do paciente, com o objetivo de evitar possíveis falhas na assistência aos pacientes.
	Demonstra raciocínio clínico no planejamento e tratamento do paciente
	Estabelece prioridades no processo de cuidar
	Demonstra habilidade no pensamento crítico
	Atua de forma a minimizar o aumento de situações de risco para garantir o atendimento seguro ao paciente
Processos de Enfermagem	Registro de enfermagem é completo e apropriado para a continuidade do processo de cuidar
	Explica o plano de cuidados aos envolvidos
Liderança Transformacional	Delega responsabilidades de forma apropriada à equipe de enfermagem
	Delega tarefas de forma efetiva à equipe de enfermagem
	Promove oportunidades de aprendizado que visam o desenvolvimento contínuo dos membros da equipe.
	Adota metodologia de trabalho para organizar e otimizar ações e tempo, buscando qualidade e eficiência
	Promove o desenvolvimento de relações interpessoais em equipes de trabalho
	Trabalha para acolher aos novos funcionários
	Identifica objetivamente as oportunidades de melhoria de outros profissionais da enfermagem
	Promove feedback construtivo que permite o crescimento e desenvolvimento.
	Promove atitudes positivas em relação ao ambiente de trabalho
	Identifica objetivamente os pontos fortes de outros profissionais
	Dá voz aos pares, para expressarem suas ideias e opiniões
	Demonstra habilidade de inspirar e motivar equipes em direção a um objetivo comum
Colaboração e Habilidade de Comunicação	Promove comunicação com respeito pelo próximo, sabendo lidar de modo pacífico perante diferentes situações e comportamentos

	Promove comunicação com escuta ativa por meio do uso de interação, gestos e ações acolhedoras
	Explica a razão de cada ação aplicada
Desenvolvimento Profissional	Participa de atividades de aprendizagem
	Participa de comitês que envolvem assuntos como: ética, clínica, melhoria contínua da qualidade, gestão de equipamentos e segurança, entre outros
	Reconhece seus pontos fortes e as oportunidades de melhoria
	Identifica objetivamente as oportunidades de melhorias de si mesmo
Resolução de conflito	Consegue se colocar no lugar da outra pessoa e compreender seus sentimentos e necessidades
	Possui habilidade para buscar um acordo que atenda às necessidades e interesses de todas as partes envolvidas;
	Habilidade de lidar com emoções intensas e manter a calma e o equilíbrio emocional durante a resolução do conflito;
	Demonstra habilidade para resolução de problemas
Comprometimento	Aplica os protocolos da instituição com objetivo de evitar infecções
	Participa de reuniões de equipe
	Demonstra-se engajado e motivado mesmo em situações de difícil manejo
	Busca entender e atender as necessidades e desejos dos clientes
Flexibilidade	Reconhece que todas as pessoas têm direito a sua própria opinião e que devem ter respeito pelas diferenças individuais
	Demonstra flexibilidade em variar atribuições para acomodar as necessidades do setor que atua
	Demonstra flexibilidade ao adaptar as tarefas dos novos colaboradores.
	Compreende e se colocar no lugar dos outros.
Empreendedorismo e Inovação	Busca solucionar problemas por meio da identificação de oportunidades
	Proporciona ambiente e estratégias para gerar novas soluções de resolução de problemas
	Tem disposição para explorar e experimentar novas possibilidades

	Dispõe de habilidade para trabalhar em equipe e colaborar com outras pessoas para gerar ideias e soluções inovadoras
Valores Cultura e clima organizacional	Respeita a diferença e trata os outros com respeito e dignidade.
	Atua com todos as pessoas com ética, independentemente de sua cultura, religião ou origem.
	Proporciona um ambiente seguro psicologicamente, proporcionando confiança entre seus pares
	Divulga a missão, visão e valores da instituição que atua
	Desenvolve uma abordagem centrada no indivíduo, família e comunidade
Autonomia e Responsabilidades	Demonstra habilidade no gerenciamento do tempo
	Prioriza as situações/ações de maior risco assistencial
Autonomia e Responsabilidades	Apresenta a cultura da organização aos novos membros da equipe
	Responsabiliza-se por suas atitudes e escolhas