
Validity evidence of the Brazilian version Cotter Preceptor Selection Instrument

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

Received: 2023-10-20 | Accepted: 2023-11-25 | Published: 2023-11-28

Lilian Aparecida Sousa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2120-0760>

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

E-mail: lilika_ap@yahoo.com.br

Flávio Rebastini

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

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

E-mail: frebustini@usp.br

Elizabeth Cotter

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

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

E-mail: ecotter@molloy.edu

Eduarda Ribeiro dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9169-695X>

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

E-mail: eduarda.santos@einstein.br

ABSTRACT

Objective: Carry out cross-cultural adaptation and analyze evidence of the scale's validity *Cotter Preceptor Selection Instrument - CPSI*, Brazilian version. **Methods:** Validity evidence study of the Brazilian version of the CPSI instrument. The translation and synthesis process was carried out by two translators (T1 and T2). When generating items, the assembly level was used with experts. To provide evidence of validity, the instrument was submitted to a panel of multidisciplinary judges from different regions of Brazil. **Results:** The translation showed differences between the translations, in the synthesis the most appropriate and predominant option was T2. The cross-cultural translation process resulted in 10 domains and 34 attributes. When generating items, the instrument now has 12 domains and 57 attributes, with the content validation coefficient (CVR) which revealed values between 0.55 and 0.96. In the panel of 31 judges, two attributes presented insufficient CVR, indicating the need for adjustment. **Conclusion:** The cross-cultural adaptation of the CPSI to Brazilian Portuguese revealed relevant linguistic and cultural nuances, resulting in an instrument with 12 domains and 52 attributes.

Keywords: Validation study; Professional Competence; Preceptorship; Cultural Competence

RESUMO

Objetivos: Realizar a adaptação transcultural e analisar as evidências da validade da escala *Cotter Preceptor Selection Instrument - CPSI*, versão brasileira. **Métodos:** Estudo de evidência de validade da versão brasileira do instrumento *CPSI*. O processo de tradução e síntese foi realizado por dois tradutores (T1 e T2). Na geração de itens, utilizou-se o nível *assembly* com especialistas. Para a evidências de validade, o instrumento foi submetido ao painel de juízes multidisciplinares de diferentes regiões do Brasil. **Resultados:** A tradução apresentou diferenças entre as traduções, na síntese a opção mais adequada e predominante foi do T2. O processo de tradução cross-cultural resultou em 10 domínios e 34 atributos. Na geração de itens, o instrumento passou a ter 12 domínios e 57 atributos, com o coeficiente de validação de conteúdo (CVR) que revelou valores entre 0,55 e 0,96. O painel de 31 juízes, dois atributos apresentaram CVR insuficientes, indicando necessidade de ajuste. **Conclusão:** A adaptação transcultural do CPSI para o português brasileiro revelou nuances linguísticas e culturais relevantes, resultando em um instrumento com 12 domínios e 52 atributos.

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 (LEMES, 2015; BOTTI; REGO, 2008).

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 (MARTINS, 2020; LIAO; YANG; LI; CHENG; HUANG, 2019; BARBA; VALDEZ; VAN; CALDWELL; BOYER; ROBBINS, 2019).

Não basta apenas expressar o desejo de ser preceptor; é necessário desenvolver as competências, habilidades e atitudes necessárias para desempenhar essa função (COTTER; ECKARDT; MOYLAN, 2018). 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 (COFEN, 2001; SILVA, 2017; BEHLAU; MADAZIO; PACHECO; VAIANO; BADARÓ; BARBARA, 2022).

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 (MCKINNEY, AGUILAR, 2020; WU; et al., 2020).

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 (BARBA; VALDEZ; VAN; CALDWELL; BOYER; ROBBINS, 2019).

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 (COTTER; ECKARDT; MOYLAN, 2018).

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 (COTTER; ECKARDT; MOYLAN, 2018).

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

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* (ILIESCU, 2017).

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. 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. Para este trabalho, usamos o *assembly*, considerando-se que a simples tradução muitas vezes não se adaptou ao contexto cultural (ILIESCU, 2017).

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 (OHRBACH; BJORNER; JEZEWSKI; JOHN; LOBBEZOO, 2013).

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 (ILIESCU, 2017).

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 (EPSTEIN; OSBORNE; ELWORTH; BEATON; GUILLEMIN, 2015; SOUZA; et al, 2023; MENDONÇA; SOUSA; ESHRIQU, 2003).

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 (EPSTEIN; OSBORNE; ELWORTH; BEATON; GUILLEMIN, 2015).

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 (PALACIO; et al., 2020; BEGHESTANI; AHMADI; MESHKAT, 2017; AYRES; SCALLY, 2014)

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 (EPSTEIN; OSBORNE; ELWORTH; BEATON; GUILLEMIN, 2015).

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 (WILSON, et al., 2012).

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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

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

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.

Outro ponto importante é que o estudo seguiu os conceitos do *assembly*. Conseqüentemente, 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.

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. Foram 84 enfermeiros, quatro fisioterapeutas, um fonoaudiólogo, cinco médicos e seis psicólogos.

Tabela 1: Cálculo do coeficiente de validação de conteúdo (CVR) dos atributos avaliados pelos especialistas

Itens avaliados pelos especialistas	Respostas (SIM)	Número de juízes	CVR
Fornecer 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

Fonte: autores

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. Na Tabela 2 apresentamos os cálculos do CRV relacionado aos atributos e da escala.

Tabela 2: 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

Fonte: autores

- 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, conseqüentemente, 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 30 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 03: 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

Fonte: autores

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 clínicas 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, conseqüentemente 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. Conseqüentemente, 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 (VEIGA; PICHA; REBUSTINI, 2023).

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 (HE; VAN, 2012). 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 (SILVA; FELIPINI, 2008).

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 (EPSTEIN; OSBORNE; ELWORTH; BEATON; GUILLEMIN, 2015).

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 (ILIESCU, 2017).

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 (QUEK; SHOREY, 2018).

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 (QUEK; SHOREY, 2018).

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 (BLOOMINGDALE, 2019).

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 (ALONSO; PORTER; GRAVES; GORDON, 2022)

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 (CANTUS; PLAZAS; NAVAS; RIOJA.; ROS, 2023)

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 (MOREIRA; MOURA; FERNANDES; FARIAS, 2022). 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 (DYK; NYONI; WILLIANMS; BOTHA, 2022).

Conclusão

A adaptação transcultural do instrumento *Cotter Preceptor Selection Instrument - CPSI* 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 57 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

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. 115p.

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. 2014, v. 47, n. 1, 79-86 p.

BAGHESTANI, A.R; AHMADI, F.; TANHA, A.; MESHKAt, M. **Valores Bayesianos Críticos para Índice de Validade de Conteúdo de Lawshe.** Taylor & Francis Online. 2017, v. 52, nº. 1, 69-73 p.

BARBA, M.; VALDEZ, D. K., VAN, F.C.A.; CALDWELL, N.W, BOYER, S.; ROBBINS, J., et al. **An Evidence-Based Approach to Precepting New Nurses.** Am J Nurs. 2019, v. 119, n. 3, 62-7 p.

BEHLAU, M.; MADAZIO, G.; PACHECO, C.; VAIANO, T.; BADARÓ, F.; BARBARA, M. **Coaching profissional versus coaching vocal: similaridades e diferenças.** Comunicações Breves. 2022, v. 34, n.4, 1-5 p.

BLOOMINGDALE, R. **Protocolo Preceptor Especialista em Enfermeira Clínica.** Enfermeira Clínica Especialista. 2019, v. 33, n. 5, 228-236 p.

BOTTI, S.H.O; REGO; S. **Preceptor, supervisor, tutor and mentor: what are their roles?** Rev. Bras. educ. med. 2008, v. 32, n.3, 363 – 373 p.

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.

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, v. 20, n. 6, 4901 p.

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.

COTTER E., ECKARDT P., MOYLAN, L. **Instrument Development and Testing for Selection of Nursing Preceptors.** J Nurses Prof Dev. 2018, v. 34, n.4, 185–93 p.

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, v. 45, n.1, 1-10 p.

EPSTEIN J.; OSBORNE, R.H.; ELSWORTH, G.R.; BEATON, D.E.; 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, v. 68, n. 4, 360-9 p. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.07.013>.

HE, J.; VAN, V. F. **Bias and equivalence in cross-cultural research.** J Psychol. 2012, v. 2, n. 2, 2307-0919 p. DOI: <https://doi.org/10.1108/09504120910935093>

ILIESCU, D. **Adapting tests in linguistic and cultural situations.** Cambridge University Press, 2017.

LEMES, K.C. **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.

LIAO, H.C.; YANG, Y.M.; LI, T.C.; CHENG, J.F.; HUANG, L.C. **The effectiveness of a clinical reasoning teaching workshop on clinical teaching ability in nurse preceptors.** J Nurs Manag. 2019, v. 27, n. 5, 1047–54 p.

MARTINS, L.S.; SILVEIRA, M.F. **Elaboração de projeto pedagógico para preceptoria de enfermeiros em terapia intensiva cardiológica.** Nursing. 2020, v. 23, n. 269, 4695–702 p.

MCKINNEY, S., AGUILAR, M. **Implementing a Comprehensive Preceptor Development Program Through Professional Governance.** J Nurses Prof Dev. 2020, v. 36, n.2, 111–3 p.

MENDONÇA, J.M.T.; SOUSA, A. A. F.; ESHRIQU, I., et al. **Brazilian Scale for Evaluation of Mental Health Care Needs: Development and evidence of validity.** 2003.

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, v 43.

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.

PALACIO, D., et al. **Development and validation of the dental vulnerability scale in the primary health care setting.** European Journal of Public Health. 2020, v. 30, n. _5, 1026 p.

QUEK, G. J. H.; SHOREY, S. **Percepções, vivências e necessidades de preceptores de enfermagem e seus preceptores na preceptoría: uma revisão integrativa.** Journal of Professional Nursing. 2018, v. 34, n.5, 417-428 p.

SILVA, V.C. **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.

SILVA, N. R.; FELIPINI, L. M.G. **Translation and cross-cultural adaptation of Speech-Language Pathology assessment instruments to Brazilian Portuguese: guidelines analysis.** 2008, v. 20, n.3, 207-10 p.

SOUZA, E. L.; et al. **Family Vulnerability Scale: evidence of content and internal structure validity.** medRxiv. 2023.

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. 2023, v. 31, n. 1, 73954, 2023 p.

WILSON, F. R., et. al. **Recalculation of the critical values for Lawshe's content validity ratio.** Measurement and Evaluation in Counseling and Development. 2012, v. 45, n. 3, 197-210p. DOI: <https://doi.org/10.1177/0748175612440286>.

WU, X.V.; CHI, Y.; PANNEER, S.U.; DEVI, M.K.; WANG, W.; CHAN, Y.S.; et al. **A Clinical Teaching Blended Learning Program to Enhance Registered Nurse Preceptors' Teaching Competencies: Pretest and Posttest Study.** J Med Internet Res. 2020, v. 22, n. 4, 18604 p.