

Autoconfiança para intervenção em emergências: adaptação e validação cultural da *Self-confidence Scale* em estudantes de Enfermagem

José Carlos Amado Martins¹
Rui Carlos Negrão Baptista²
Verónica Rita Dias Coutinho²
Alessandra Mazzo³
Manuel Alves Rodrigues⁴
Isabel Amélia Costa Mendes⁵

Objetivo: realizar a adaptação cultural e validação de uma versão portuguesa da *Self-confidence Scale*. Método: estudo descritivo, exploratório, de investigação metodológica, de adaptação e validação de instrumento de medida. Foram cumpridas as etapas de tradução, síntese, retrotradução, revisão, pré-teste e avaliação semântica. A avaliação foi desenvolvida com 178 estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Foram respeitados os princípios éticos. Resultados: a análise de consistência interna da escala revela bons valores de alpha (0,92 no global e superiores a 0,83 para as diferentes dimensões). A análise fatorial apresenta uma solução com três fatores, tendo esses significado racional. Conclusão: a escala é de fácil resposta e compreensão. Pelos resultados obtidos, pode-se afirmar que a escala revela boas propriedades psicométricas, apresentando elevado potencial para utilização em investigações futuras.

Descritores: Autoconfiança; Simulação de Paciente; Enfermagem em Emergência.

¹ Pós-doutorando, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Bolsista da Fundação para a Ciência e Tecnologia, Portugal. Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

² Doutorando, Instituto de Ciências Biomédicas, Universidade do Porto, Porto, Portugal e Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal. Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

³ PhD, Professor Doutor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ PhD, Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

⁵ PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:

José Carlos Amado Martins
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Av. Bissaya Barreto, Apartado 7001
3046-851, Coimbra, Portugal
E-mail: jmartins@esenfc.pt

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

Diante de uma situação de emergência, um dos fatores que pode influenciar o início rápido e adequado da intervenção de enfermagem é a autoconfiança do profissional presente no momento em que ela ocorre. A organização dos cuidados torna o enfermeiro o elemento central nesse processo.

Quando um enfermeiro termina o seu curso de graduação, deve ter adquirido os conhecimentos e competências, entre outros, para a identificação dos sinais e sintomas, a avaliação do doente de forma rápida e sistematizada, implementação das intervenções considerando-as por prioridades, bem como a avaliação do resultado das intervenções. Só assim, se conseguirá elevada qualidade na resposta das intervenções, em situações complexas como uma parada cardiorrespiratória, o que pode duplicar ou triplicar a sobrevida do doente⁽¹⁾.

Para tal, a formação dos estudantes não depende apenas da casuística encontrada durante os vários períodos de ensino clínico. As escolas devem reinventar-se, utilizando estratégias pedagógicas inovadoras, que desenvolvam competências nos estudantes, que lhes permitam a atuação em ambientes de elevada complexidade, onde a tomada de decisão surja sustentada em evidências científicas e decorrentes de um juízo clínico fácil, estruturado e fluido, com elevados níveis de autoconfiança. As estratégias pedagógicas deverão facilitar a construção integradora do conhecimento, a observação reflexiva e a experimentação pela imersão na realidade⁽²⁾, de forma que transmitam segurança aos vários atores⁽³⁾.

O ensino por simulação, quando incluído nos planos de estudos de escolas de Enfermagem, é uma forma utilizada para conseguir o desenvolvimento dessas competências. Um bom plano de estudos, que inclui a simulação, pode contribuir para a formação de melhores enfermeiros, capazes de intervir em situações complexas, de tomar decisões acertadas centradas em cada pessoa e baseadas em evidências científicas, de trabalhar em equipe e de procurar ativamente a atualização dos seus conhecimentos e competências, entre outros. Ou seja, prepara pessoas que sabem (entenda-se aqui o saber nas suas diferentes dimensões), que sabem o que sabem e que sabem tudo o que ainda podem aprender.

Note-se que não se defende a substituição da experiência clínica pela experiência clínica simulada. O contato com pessoas reais permite aprendizagens inigualáveis. A prática simulada tem, sobretudo, a vantagem de oferecer, no processo de ensino e

aprendizagem, um ambiente seguro para o estudante, o docente e o doente, acrescido do seu poder antecipatório de situações raras e/ou complexas⁽³⁾.

É nesse contexto, que a avaliação da autoconfiança para a intervenção numa situação de urgência é algo com elevado potencial de utilidade. Diante do exposto, este estudo teve como objetivo realizar a adaptação cultural e validação de uma versão portuguesa da *Self-confidence Scale* (SCE).

A autoconfiança, também descrita como autoeficácia, é sempre relativa a um comportamento ou tarefa⁽⁴⁾. A confiança é uma atitude frequentemente relacionada com experiências repetidas e com a percepção realista das fraquezas e potencialidades individuais.

A confiança é uma importante variável na formação de enfermeiros⁽⁵⁾. Estudantes com maiores níveis de autoconfiança têm maiores probabilidades de serem bem-sucedidos nas suas intervenções, pois conseguem mais facilmente testar e utilizar as suas competências⁽⁵⁾. Mesmo com adequados conhecimentos e habilidades, os enfermeiros são geralmente relutantes em iniciar determinadas intervenções, a não ser que se sintam confiantes para tal⁽⁶⁾.

De acordo com a teoria de autoeficácia⁽⁴⁾, os indivíduos com maior sentido de autoeficácia ou autoconfiança estão mais disponíveis para aceitar desafios e se recuperam mais rapidamente do insucesso⁽⁵⁾.

O desenvolvimento de autoconfiança é o componente principal para a tomada de decisões acertadas em contexto clínico e para os processos de julgamento que estão associados a esse contexto⁽⁷⁾. Vários estudos mostram que a autoconfiança para resposta em emergências aumenta quando estão presentes fatores como a prática repetida⁽⁵⁾ e a formação por simulação^(3,5,8-15).

De fato, a utilização da simulação como estratégia de ensino/aprendizagem revela diferentes ganhos para os formandos, destacando-se o desenvolvimento de conhecimentos e competências para o juízo clínico, o estabelecimento de prioridades, a tomada de decisão, a realização de ações corretas, o trabalho em equipe e a correção de erros sem prejuízo aos doentes e, associados a todos esses, os ganhos nos níveis da autoconfiança⁽³⁾. Outros estudos⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, centrados em resultados relacionados à utilização de simulação de alta fidelidade, referem também ganhos no nível da autoconfiança.

No caso da intervenção em emergência, também há estudos que demonstram a importância da autoconfiança, por exemplo, no que se refere à relação entre a autoconfiança e a capacidade de os enfermeiros reconhecerem e responderem adequadamente a uma situação de emergência⁽⁷⁾ ou em relação à intervenção de

emergência em trauma, os melhores resultados nos níveis da autoconfiança dos estudantes submetidos à formação com simulação, quando comparados com a de outros que apenas participam em formação do tipo seminário⁽⁸⁾. Ou, ainda, como um programa estruturado de formação por simulação melhora a confiança dos formandos para identificar sinais de deterioração num doente⁽¹⁸⁾.

Quando se analisam os erros mais comuns que ocorrem durante a reanimação cardiorrespiratória de um doente e suas causas, percebe-se, ao se observar vários enfermeiros, que o erro surge relacionado aos elevados níveis de ansiedade e baixa autoconfiança⁽¹⁹⁾.

Estudo mostrou que existe transferibilidade para a prática, no que se refere à relação entre a autoconfiança e os resultados da intervenção em emergências⁽¹¹⁾.

Ainda não existe, no entanto, evidência científica da eficácia da prática simulada. Sabe-se que contribui para aumentar a autoconfiança, quando comparada com uma formação apenas teórica, mas não existem diferenças estatisticamente significativas quando comparada com a prática clínica⁽⁵⁾. No mesmo estudo⁽⁵⁾, a prática simulada não contribuiu significativamente para maior retenção de conhecimento e, no que se refere à *performance* clínica, a combinação de prática clínica e simulação obteve melhores resultados que qualquer um dos dois individualmente.

Objetivo

Realizar a adaptação cultural e validação de uma versão portuguesa da *Self-confidence Scale*.

Método

Estudo metodológico, de adaptação e validação de instrumento de medida. Para o estudo, estimou-se um número mínimo de participantes de 120, cumprindo a meta de 10 participantes por cada item da escala⁽²⁰⁾. A amostra foi constituída por 178 estudantes (56% da população) que antenderam os critérios de inclusão: ter participado nas aulas práticas de Enfermagem em Emergências e aceitar participar voluntariamente da pesquisa. Mais de três quartos (76,8%) dos participantes eram mulheres. A média e a mediana das idades foi de 22 anos, sendo a moda de 21 anos, com variação entre 20 e 32 anos. O desvio-padrão é de 1,9 anos. A maioria (59,1%) dos estudantes participou ativamente da experiência clínica simulada com cenário desenvolvido em simulador de alta fidelidade. Os restantes participaram em duas (19,9%), três (5,5%) ou mais (5,1%) experiências clínicas simuladas (19 estudantes não responderam a essa questão).

De acordo com as respostas dos estudantes, o tempo médio para resposta à *SCSvp* (*SCSvp* versão portuguesa) foi de três minutos e meio.

A *Self-confidence Scale* foi desenvolvida por Frank Hicks, em 2006, e a sua versão publicada surge no trabalho de Hicks, Coke e Li, em 2009⁽⁵⁾. O desenvolvimento da *SCS* teve como objetivo central avaliar a variável autoconfiança, subdividida em quatro dimensões. A escala consiste numa lista de doze itens com respostas tipo Likert com cinco possibilidades: "nada confiante", "pouco confiante", "confiante", "muito confiante" e "extremamente confiante". Os diferentes itens identificam a capacidade do formando para: (1) reconhecer sinais e sintomas de alterações nas referidas áreas, (2) avaliar com precisão o doente, (3) intervir apropriadamente e (4) avaliar a eficácia das intervenções implementadas, nas áreas respiratória, cardíaca e neurológica.

Para a adaptação do instrumento, realizaram-se as seguintes etapas⁽²¹⁾:

- tradução do instrumento para português por três dos autores, com fluência na língua inglesa, tendo um deles profundo conhecimento teórico e clínico relativamente à intervenção em emergências;
- síntese das traduções para um único documento;
- revisão por dois peritos em inglês/português que não introduziram alterações;
- retroversão por peritos em inglês/português (verificou-se concordância conceitual e semântica próxima dos 100,0%);
- revisão das traduções por painel de peritos (os investigadores e quatro enfermeiros que exercem atividades na área da emergência de um hospital universitário português, com experiência em formação e projetos universitários). Dada a simplicidade do instrumento e a clareza das sentenças, a concordância conceitual, cultural, semântica e idiomática foi de praticamente 100,0%;
- formatação para o aspeto gráfico original, mantendo as cinco hipóteses de resposta;
- pré-teste. O pré-teste foi realizado com 45 estudantes, em janeiro de 2011, para verificar a compreensão do questionário pelos participantes, não tendo sido necessárias modificações. O tempo referido como necessário para resposta ao questionário foi, em média, de quatro minutos. À versão portuguesa acrescentaram-se as iniciais *vp* (versão portuguesa).

Para o estudo, estimou-se um número mínimo de participantes de 120, cumprindo a meta de 10 participantes por cada item da escala⁽²¹⁾.

Os dados foram obtidos através de questionário, aplicado no mês de abril de 2011 a estudantes do quarto

ano do curso de licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), após 18 horas de práticas laboratoriais, por simulação, na unidade curricular de Enfermagem em Emergências.

As aulas práticas foram realizadas no Centro de Simulação, em períodos de três horas por semana e utilizaram-se como estratégia a resolução de cenários completos em ambiente realista, com grau de dificuldade crescente. Em cada período, os estudantes participavam, em média (ativamente ou como observadores), em seis cenários: dois cenários de pediatria (um com simulador de alta fidelidade e outro com simulador de média fidelidade) e quatro cenários de adulto (dois com simulador de alta fidelidade e dois com simulador de média fidelidade). Para a resolução dos cenários, os estudantes tiveram à disposição materiais e equipamentos realistas. Foram utilizados simuladores de paciente de média fidelidade (manequins de suporte avançado de vida Megacod® adulto e júnior, com VitalSim®, da Laerdal®) e de alta fidelidade (iStan® [adulto] e PediaSim® [júnior] da Meti®).

Participaram das aulas todos os estudantes inscritos na unidade curricular, num total de 318. Nessa fase do curso, os estudantes não haviam ainda realizado estágio em serviço de urgência, podendo, no entanto, ter tido algum tipo de contato com doentes em situação crítica, nas demais clínicas utilizadas nas práticas de ensino.

Foi obtida autorização do autor da versão original da SCS, Dr. Frank Hicks.

A investigação surge no âmbito do Projeto "Simulação no Ensino de Enfermagem", sediado na Unidade de

Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem, da ESEnfC, tendo esse projeto sido avaliado pela Comissão de Ética da mesma Unidade de Investigação, com parecer positivo (P 01-09/2010) e autorizado pela Presidente da Escola.

Foram explicados aos estudantes, pessoalmente, os objetivos da investigação e o caráter voluntário da sua participação. As respostas aconteceram após os momentos formais de avaliação da unidade curricular, garantindo-se a não relação das respostas dos questionários com a avaliação dos estudantes. Foi utilizado formulário de consentimento escrito.

Análise dos dados

Os dados foram analisados através do programa SPSS (versão 19, para Windows). Para todos os testes foi assumido o valor de $p < 0,05$ como valor crítico de significância.

As respostas aos diferentes itens foram pontuadas de 1 ("nada confiante") a 5 ("extremamente confiante").

Resultados

A matriz revelou valores de correlação variáveis entre 0,35 e 0,80, com valores de $p < 0,001$. Obteve-se elevada correlação de praticamente todos os itens com o total da escala, o que mostra o seu bom funcionamento como um todo e contribui para o elevado valor de alpha (0,918). Pode-se, ainda, constatar que todos os itens contribuem para o bom valor de alpha, saindo a escala prejudicada se qualquer um deles fosse eliminado.

Tabela 1 - Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna de Cronbach da SCSvp (N=178). Coimbra, Portugal, 2011

Itens	Média	Desvio-Padrão	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
1	3,34	0,55	0,56	0,915
2	3,56	0,54	0,58	0,914
3	3,02	0,67	0,63	0,912
4	3,32	0,67	0,69	0,909
5	3,63	0,62	0,69	0,910
6	3,23	0,76	0,64	0,913
7	3,17	0,68	0,70	0,909
8	3,56	0,63	0,69	0,910
9	3,06	0,69	0,70	0,909
10	3,24	0,61	0,67	0,910
11	3,48	0,63	0,70	0,909
12	4,19	0,65	0,71	0,909

Alpha de Cronbach (32 itens): 0,964

Os elevados valores de consistência interna serviram de estímulo à análise do construto. Apesar de na versão original a escala estar dividida, de forma racional, em quatro dimensões, procurou-se analisar a adequação dessa divisão à população portuguesa, pelo que se procedeu à análise fatorial com rotação ortogonal *varimax* com normalização de Kaiser⁽²²⁻²³⁾.

Como critério de adequabilidade da análise fatorial, utilizaram-se os testes de *Kaiser-Meyer Olkin*

(KMO) (0,867), cujo valor recomenda a análise fatorial e o teste de esfericidade de *Bartlett* ($\chi^2=1390,084$ com $p<0,001$), cujo valor mostra que as variáveis são relacionáveis⁽²²⁾. A solução apresentada propôs a divisão dos itens em três fatores que explicam, na totalidade, 71,4% da variância. As cargas fatoriais pelos três fatores podem ser observadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Matriz de saturação dos itens nos fatores para a solução rodada ortogonal de tipo *varimax* com normalização de Keiser (N=178). Coimbra, Portugal, 2011

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3
1. Quanto confiante está de ser capaz de reconhecer sinais e sintomas de um evento cardíaco?		0,322	0,594
2. Quanto confiante está de ser capaz de reconhecer sinais e sintomas de um evento respiratório?	0,428	0,575	
3. Quanto confiante está de ser capaz de reconhecer sinais e sintomas de um evento neurológico?	0,817		
4. Quanto confiante está de ser capaz de avaliar com precisão um indivíduo com dor torácica?			0,746
5. Quanto confiante está de ser capaz de avaliar com precisão um indivíduo com dispneia?		0,833	
6. Quanto confiante está de ser capaz de avaliar com precisão um indivíduo com alteração do estado mental?	0,759		
7. Quanto confiante está de ser capaz de intervir apropriadamente num indivíduo com dor torácica?			0,845
8. Quanto confiante está de ser capaz de intervir apropriadamente num indivíduo com dispneia?		0,834	0,307
9. Quanto confiante está de ser capaz de intervir apropriadamente num indivíduo com alteração do estado mental?	0,763		
10. Quanto confiante está de ser capaz de avaliar a eficácia das suas intervenções num indivíduo com dor torácica?			0,870
11. Quanto confiante está de ser capaz de avaliar a eficácia das suas intervenções num indivíduo com dispneia?		0,732	0,383
12. Quanto confiante está de ser capaz de avaliar a eficácia das suas intervenções num indivíduo com alteração do estado mental?	0,705		

Nota: omitidos os *eigenvalues* inferiores a 0,30

Ao analisar a distribuição dos itens, verificou-se que o agrupamento proposto matematicamente divide a escala em três dimensões, com itens dirigidos para a respiração, a circulação e a disfunção neurológica. Apesar de a solução proposta não ir ao encontro da estabelecida na versão original pelo autor da escala, tem também significado racional, ao dividir os itens nas áreas respiratória, cardíaca e neurológica e agrupando em cada uma dessas dimensões a identificação de sinais e sintomas de gravidade, a avaliação do paciente, a intervenção e a avaliação dos resultados associados à intervenção implementada.

A SCSvp fica assim com três fatores. O fator 1, que inclui os itens relacionados com a dimensão "disfunção neurológica" da escala; o fator 2, que inclui os itens relacionados com a dimensão "respiração" da escala; e o fator 3, que inclui os itens relacionados com a dimensão "circulação" da escala. A Tabela 3 apresenta os valores de alpha para cada uma das dimensões, verificando-se que, apesar do reduzido número de itens, os valores de alpha são elevados.

Tabela 3 - Valores de alpha para cada uma dos fatores e para o global da SCSvp (N=178). Coimbra, Portugal, 2011

Fator (dimensão)	Nº de itens	Alpha de Cronbach
Fator 1 (disfunção neurológica)	4	0,866
Fator 2 (respiratória)	4	0,858
Fator 3 (cardíaca)	4	0,836
Global SCSvp	12	0,918

A variância explicada pelos três fatores é de, respectivamente, 26,8, 23,1 e 21,4%.

A correlação desses três fatores uns com os outros e com o global é elevada e estatisticamente muito significativa, conforme se pode observar nos resultados apresentados na Tabela 4.

Na Tabela 5, pode-se observar os valores estatísticos descritivos relativos à globalidade da escala e a cada um dos seus fatores. Globalmente, verifica-se que os estudantes estão autoconfiantes, ainda que de forma modesta, relativamente a suas capacidades para intervenção numa situação de emergência. Podendo

variar entre um e cinco, a média situa-se nos 3,32 pontos e a mediana ligeiramente acima o que, conjugado com os percentis, significa que as respostas variaram maioritariamente entre a apreciação de “confiante” e “muito confiante”. A dimensão que mereceu as melhores

apreciações foi aquela relativa aos cuidados relacionados à respiração do doente em situação de urgência e a dimensão menos pontuada foi a dos cuidados relacionados à disfunção neurológica numa situação de urgência.

Tabela 4 - Matriz de correlações de Pearson entre os fatores e global da SCSvp (N=178). Coimbra, Portugal, 2011

	Fator 1		Fator 2		Fator 3		Fator 4	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Fator 1 (disfunção neurológica)			0,602	0,000	0,627	0,000	0,868	0,000
Fator 2 (respiratória)	0,602	0,000			0,679	0,000	0,863	0,000
Fator 3 (cardíaca)	0,627	0,000	0,679	0,000			0,877	0,000
Global SCSvp	0,868	0,000	0,863	0,000	0,877	0,000		

Tabela 5 - Estatísticas descritivas dos fatores e global da SCSvp (N=178). Coimbra, Portugal, 2011

SCSvp Estatísticas	Fator 1 (disfunção neurológica)	Fator 2 (respiratório)	Fator 3 (cardíaco)	SCSvp Global
Média	3,12	3,55	3,26	3,32
Mediana	3,00	3,50	3,25	3,33
Moda	3,00	4,00	3,00	3,00
Desvio-Padrão	0,59	0,51	5,28	0,47
Variância	0,34	0,26	0,28	0,22
Mínimo	1,50	2,00	2,00	2,00
Máximo	5,00	5,00	4,75	4,50
Percentis				
25	2,75	3,00	3,00	3,00
50	3,00	3,50	3,25	3,33
75	3,50	4,00	3,75	3,67

Discussão

Os resultados encontrados são promissores no que se refere ao potencial de utilização da SCSvp. Um dos pontos fortes é a simplicidade e clareza dos itens e a sua relação com as principais prioridades para a intervenção em situação de urgência. A escala é de resposta simples e rápida, e seus itens abarcam os principais aspectos para uma intervenção de qualidade numa situação de urgência. Essa simplicidade facilitou o processo de tradução e de validade de conteúdo e semântica.

Os elevados valores de consistência interna são um bom indicador do comportamento da escala como um todo. Os valores aqui encontrados estão próximos do estudo original⁽⁵⁾ onde foram obtidos valores de alpha de 0,93 e 0,96 no pré e pós-teste, respectivamente.

Na escala original, a divisão por dimensões foi efetuada de forma racional, tendo o autor dividido em quatro dimensões, relativas à identificação de sinais e sintomas, à avaliação do doente, à intervenção e à avaliação da eficácia das intervenções implementadas.

Quando se tenta a divisão matemática da escala, através de análise fatorial, a solução proposta divide a escala em três dimensões que explicam 71,9% da variância. O significado racional da solução proposta pela análise fatorial é um bom indicador⁽²¹⁾, que reforça a validade de construto da escala. A saturação dos itens de forma evidente num dos fatores é um bom indicador de validade convergente/discriminante, na medida em que sugere que o item mede o mesmo construto da dimensão a que pertence e não a outro⁽²¹⁾.

Os elevados valores de alpha em cada uma das dimensões (superiores a 0,83) e a elevada correlação das dimensões umas com as outras e de cada uma com o global são também indicadores que confirmam a robustez de construto.

Os valores obtidos pela análise descritiva mostram valores de autoconfiança acima do ponto médio nas diferentes dimensões e no global, com valores mais elevados de autoconfiança na dimensão “respiração” e mais baixos na dimensão “disfunção neurológica”. Essas diferenças explicam-se pelo próprio grau de dificuldade da

avaliação e intervenção em cada uma das dimensões e são também um indicador positivo do caráter discriminador das dimensões.

Conclusões

A autoconfiança para a intervenção em uma situação de urgência é um indicador da proatividade dos enfermeiros. Para intervir numa situação de urgência, em que cada segundo é importante, é fundamental o enfermeiro sentir-se confiante de que é capaz de atuar de forma adequada, sob pena de baixa autoconfiança se traduzir em atrasos no socorro, maiores níveis de ansiedade e maior número de erros.

A prática simulada é uma estratégia que pode aumentar a autoconfiança para intervir numa situação de urgência.

A *Self-confidence Scale* apresentou boas propriedades psicométricas, o que revela o elevado potencial de utilização da *SCSvp*, seja em investigação, seja como ferramenta de avaliação da qualidade do trabalho desenvolvido pelos formadores em contexto de formação por simulação.

As limitações, tais como a especificidade da amostra, e o contexto (também específico) devem ser considerados em estudos futuros, bem como a falta de estudo de validade concorrente e de teste-reteste, para consolidar a validade da *SCSvp*, assim como para reforçar o seu potencial de utilização.

Referências

- Almeida A, Araújo I, Dalri M, Araujo S. Theoretical knowledge of nurses working in non-hospital urgent and emergency care units concerning cardiopulmonary arrest and resuscitation. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(2):261-8.
- Paranhos V, Mendes M. Competency-based curriculum and active methodology: perceptions of Nursing students. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(1):109-15.
- Martins J, Mazzo A, Baptista R, Coutinho V, Godoy S, Mendes I. et al. The simulated clinical experience in nursing education: a historical review. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(4):619-25.
- Bandura A. Self-efficacy determinants of anticipated fears and calamities. *J Personal Soc Psychol*. 1983; 45(2):464-9.
- Hicks F, Coke L, Li S. Report of findings from the effect of high-fidelity simulation on Nursing students' knowledge and performance: a pilot study. *Res Brief*. 2009; [acesso 12 dez 2012];40. Disponível em: https://www.ncsbn.org/09_SimulationStudy_Vol40_web_with_cover.pdf
- Maibach E, Schieber R, Carroll M. Self-efficacy in pediatric resuscitation: Implications for education and performance. *Pediatrics*. 1996;97(1):94-9.
- Buckley T, Gordon C. The effectiveness on high fidelity simulation on medical-surgical registered nurses' ability to recognize and respond to clinical emergencies. *Nurse Educ Today*. 2011;31(7):716-21.
- Gordon C, Buckley T. The effect of high-fidelity simulation training on medical-surgical graduate nurses' perceived ability to respond to patient clinical emergencies. *J Contin Educ Nurs*. 2009;40(11):491-8.
- Bambini D, Washburn J, Perkins R. Outcomes of clinical simulation for novice nursing students: communication, confidence, clinical judgment. *Nurs Educ Res*. 2009;30(2):79-82.
- Blum C, Borglund S, Parcels D. High-fidelity nursing simulation: impact on student self-confidence and clinical competence. *Int J Nurs Educ Scholarship*. 2010 [acesso 12 dez 2012]; ;7(1). Disponível em: <http://www.bepress.com/ijnes/vol7/iss1/art18>
- Buykx P, Kinsman L, Cooper S, McConnell-Henry T, Cant R, Endacott R, et al. FIRST2ACT: Educating nurses to identify patient deterioration – a theory-based model for best practice simulation education. *Nurse Educ Today*. 2011;31(7):687-93.
- Griswold S, Ponnuru S, Nishisaki A, Davenport M, Deutsch E, Nadkarni V. The emerging role of simulation education to achieve patient safety: translating deliberate practice and debriefing to save lives. *Pediatric Clin North Am*. 2012;59(6):1329-40.
- Gordon J, Buckley T. The effect of high-fidelity simulation training on medical-surgical graduate nurses' perceived ability to respond to patient clinical emergencies. *J Contin Educ Nurs*. 2009;40(11):491-8.
- Hope A, Garside J, Prescott, S. Rethinking theory and practice: pre-registration student nurses experiences of simulation nteaching and learning in the acquisition of clinical skills in preparation for practice. *Nurse Educ Today*. 2011;31(7):711-5.
- Jeffries P. Simulation in nursing education from conceptualization to evaluation. New York: National League for Nursing; 2007
- Solnick A, Weiss S. High fidelity simulation in nursing education: a review of the literature. *Clin Simulation Nurs Educ*. 2007;3(1):41-5.
- Bland A, Topping A, Wood B. A concept analysis of simulation as a learning strategy in the education of undergraduate nursing students. *Nurse Educ Today*. 2011;31(7):664-70.
- Buylks P, Kinsman L, Cooper S, McConnell-Henry T, Cant R, Endacott R, et al. FIRST2ACT: educating nurses

to identify patient deterioration – a theory-based model for best practice simulation education. *Nurse Educ Today*. 2011;31(7):687-93.

19. Strzyzewski N. Common errors made in resuscitation of respiratory and cardiac arrest. *Plastic Surgical Nurs*. 2006;26(10):10-4.

20. Ribeiro J. *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores; 1999.

21. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz M. Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures. *Am Acad Orthop Surgeons*. 2007;3-13.

22. Maroco J. *Análise estatística com utilização do SPSS*. 2ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2003.

23. Blunch N. *Introduction to structural equation modelling using SPSS and AMOS*. London: Sage; 2008.

Recebido: 1.2.2013

Aceito: 13.2.2014