

Validação para a língua portuguesa da *Debriefing Experience Scale*

Validation to Portuguese of the Debriefing Experience Scale

Validación para la lengua portuguesa de la Debriefing Experience Scale

Rodrigo Guimarães dos Santos Almeida¹, Alessandra Mazzo¹, José Carlos Amado Martins^{II},
Verónica Rita Dias Coutinho^{II}, Beatriz Maria Jorge¹, Isabel Amélia Costa Mendes¹

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

^{II} Escola Superior de Enfermagem de Coimbra,
Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Coimbra, Portugal.

Como citar este artigo:

Almeida RGS, Mazzo A, Martins JCA, Coutinho VRD, Jorge BM, Mendes IAC. Validation to Portuguese of the Debriefing Experience Scale. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(4):658-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690413i>

Submissão: 16-02-2015

Aprovação: 01-11-2015

RESUMO

Objetivo: traduzir e validar para língua portuguesa a *Debriefing Experience Scale* junto a indivíduos que utilizaram a simulação de alta fidelidade na sua formação. **Método:** estudo do tipo metodológico, exploratório de tradução e validação de instrumento. Para o processo de validação criou-se o evento: III *Workshop* Brasil – Portugal: Atendimento ao Paciente Crítico. **Resultados:** participaram 103 enfermeiros. A validade e fidelidade da escala, o padrão de correlação entre as variáveis, o teste de adequação amostral e o teste de esfericidade apresentaram bons resultados. Por não haver nexo entre os agrupamentos estabelecidos na análise fatorial exploratória optou-se por seguir a divisão estabelecida pela versão original. **Conclusão:** o instrumento foi denominado: Escala de Experiência com o *Debriefing*. Os resultados constataram boas propriedades psicométricas e um bom potencial de utilização, porém futuros trabalhos contribuirão para consolidar a validade da escala e reforçar o seu potencial de utilização.

Descritores: Simulação; Ensino; Educação em Enfermagem; Simulação de Paciente; Debriefing.

ABSTRACT

Objective: to translate and validate to Portuguese the *Debriefing Experience Scale* jointly with individuals that used high-fidelity simulation in learning. **Method:** methodological and exploratory study for an instrument translation and validation. For the validation process, the event “III *Workshop* Brazil – Portugal: Care Delivery to Critical Patients” was created. **Results:** 103 nurses attended. Validity and reliability of the scale, the correlation pattern among variables, the sampling adequacy test, and the sphericity test showed good results. Since there was no relationship among the groups established in the exploratory factor analysis, the option was to follow the division established by the original version. **Conclusion:** the version of the instrument was called *Escala de Experiência com o Debriefing*. The results showed good psychometric properties and a good potential for use. However, further studies will contribute to consolidate the validity of the scale and strengthen its potential use.

Descriptors: Simulation; Teaching; Nursing Education; Patient Simulation; Debriefing.

RESUMEN

Objetivo: traducir y validar para el portugués la *Debriefing Experience Scale* con individuos que utilizaron la simulación de alta fidelidad en su formación. **Método:** estudio metodológico, exploratorio de traducción y validación de instrumento. Para el proceso de validación, se organizó el evento III *Workshop* Brasil – Portugal: Atención del Paciente Crítico. **Resultados:** Participaron 103 enfermeros. La validez y fidelidad de la escala, el estándar de correlación entre las variables, el test de adecuación muestral y el test de esfericidad expresaron buenos resultados. Por no existir nexo entre los agrupamientos establecidos en el análisis factorial exploratorio, se optó por seguir la división determinada por la versión original. **Conclusión:** el instrumento fue retitulado como Escala de Experiencia con el *Debriefing*. Los resultados constataron buenas propiedades psicométricas y buen potencial de utilización, aunque trabajos futuros contribuirán a consolidar la validez de la escala y reforzarán su potencial de utilización.

Descriptorios: Simulación; Enseñanza; Educación en Enfermería; Simulación de Paciente; Debriefing.

AUTOR CORRESPONDENTE

Rodrigo Guimarães dos Santos Almeida

E-mail: rodrigoguimaraes@usp.br

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o ensino superior – principalmente nas profissões da área da saúde – tem sofrido inúmeras modificações conceituais e metodológicas, visando ao aprimoramento das técnicas de ensino e aprendizagem. Dentre essas mudanças, a utilização da simulação como estratégia pedagógica tem ganhado notoriedade, tanto na formação de profissionais, quanto no aprimoramento daqueles já inseridos no mercado de trabalho⁽¹⁾.

Nesse sentido, as Instituições de Ensino Superior (IES) têm procurado, gradativamente, utilizar a simulação como recurso educacional, na tentativa de melhor preparar o estudante para o ingresso no campo de estágio e mercado de trabalho, respeitando os aspectos bioéticos e de humanização dos cuidados⁽²⁾. Na enfermagem, as IES têm papel fundamental na formação dos seus futuros profissionais, sendo de suma importância investimentos no desenvolvimento de competências, que favoreçam a criatividade e capacidade de transformação das realidades de saúde local e global, desempenhando sua atuação nos diversos níveis de complexidade de atenção à saúde, com responsabilidade e compromisso⁽³⁾.

No cenário atual, o professor tem sido constantemente desafiado a transformar os espaços de aprendizagem em experiências significativas, capazes de aguçar a capacidade de percepção, sensibilidade, intuição, imaginação e criatividade de estudantes, auxiliando-os a não serem apenas executores de tarefas⁽⁴⁾.

A simulação na área do ensino tem sua fundamentação teórica na perspectiva da aprendizagem significativa, proposta por David Ausubel nos anos de 1960. Nesse aspecto construtivista, os processos cognitivos humanos de edificação do conhecimento se dão com a assimilação de novos significados, valorizando experiências prévias do indivíduo⁽⁵⁻⁶⁾.

A enfermagem utiliza essa estratégia de ensino há anos, porém com advento da ciência e da tecnologia por meio da utilização de simuladores cada vez mais realísticos, essa estratégia tem se fortalecido por colaborar na construção do conhecimento de forma substancial⁽⁷⁾. Principalmente a simulação de alta fidelidade, por proporcionar realismo, satisfação, autoconfiança, motivação, habilidades técnicas, reflexão sobre a ação e transferência de competências aos participantes⁽⁸⁾.

A escolha da simulação como estratégia pedagógica exige preparação criteriosa quanto seu planejamento, estruturação e capacitação profissional, para que alcance seus objetivos estabelecidos, uma vez que a existência de recursos tecnológicos não são a garantia, por si só, de bons resultados⁽⁹⁾.

Segundo Jeffries⁽¹⁰⁾, a estratégia de simulação deve seguir um *design*, ou seja, parâmetros bem deliberados, no intuito de projetar, implementar e avaliar suas características. Segundo a autora, uma estratégia de simulação deve ser estruturada com o seguinte *design*:

- **Objetivos:** características do cenário a ser simulado, descrito com as finalidades a serem alcançadas. Neste item o professor estabelece o que espera que os participantes realizem durante a situação simulada;

- **Fidelidade:** veracidade do cenário a ser simulado, que deve ser cuidadosamente compatível com o conteúdo já estudado e os materiais disponíveis para sua realização. Devem-se listar todos os materiais e equipamentos necessários para a realização do cenário proposto;
- **Resolução de problemas:** envolve a complexidade do cenário, que deve ser em consonância com o grau de competências desenvolvidas em sala de aula;
- **Apoio ao estudante:** são as pistas fornecidas ao indivíduo para que possa melhor assimilar o cenário. São fornecidas verbalmente pelo professor e ou facilitador, visíveis em monitores ou até mesmo observadas e verbalizadas pelo próprio simulador;
- **Debriefing:** sessão de discussão reflexiva, em que os participantes e o professor retomam os fatos positivos e as áreas de melhoria transcorridas no cenário, sempre estabelecendo a relação entre a teoria e a prática.

Um cenário pode ser considerado bem elaborado e realístico quando possibilita ao sujeito avaliação física, treino de habilidades técnicas e pensamento crítico com relação ao papel do enfermeiro frente à situação simulada⁽¹¹⁻¹²⁾.

O *debriefing* é o componente mais importante dentro da simulação, e tem sido alvo de muitas pesquisas a respeito de sua realização. Há estudos que apontam a sua origem desde o período de guerra, em que soldados, quando retornavam de missões, expunham suas experiências positivas objetivando formular novas estratégias de batalha⁽¹³⁾. Trata-se de uma discussão sobre o ocorrido dentro do cenário realizado, com a finalidade de levar o aprendiz à reflexão sobre as experiências, percepções, tomada de decisão e competência clínica. Os participantes são convidados a relatar o que aconteceu, o que fizeram e como atuaram para a resolução da situação proposta; a gravação em áudio e vídeo do cenário pode ser utilizada pelo professor durante o *debriefing*, com o objetivo de fortalecer o recordatório da atividade⁽¹⁴⁾.

Existem várias formas de realização do *debriefing*, porém segundo Lederman⁽¹⁵⁾ este componente deve seguir 7 elementos: 1. *Debriefe*; 2. Questionar os participantes; 3. Experiência com cenário simulado; 4. Impacto da experiência; 5. Recordação dos fatos; 6. Relatos de melhorias; 7. Tempo. O primeiro e o segundo item estão relacionados ao questionamento colocado aos participantes acerca da atuação no cenário, o terceiro refere-se ao conhecimento do cenário proposto; o quarto faz menção aos sentimentos experimentados frente à atuação, o quinto aborda a recordação dos fatos positivos e negativos realizados, o sexto faz referência às melhorias que podem ser implementadas em cenários futuros, e o sétimo está relacionado ao seu tempo, que pode ser empreendido logo após a realização da atividade – ou posteriormente – sem, contudo, ter um período de duração muito extenso.

Compete ao professor, na sua condução, ter sensibilidade para compreender e orientar a discussão, para que o participante possa consolidar seus conhecimentos. É fundamental que todos os erros cometidos durante a atividade sejam pontuados, mesmo que não façam parte dos objetivos da estratégia, intentando-se demonstrar e exigir a fidelidade do cenário.

Também é necessário que todos os erros que prejudicaram o alcance dos objetivos sejam definidos, para garantir a aquisição do conhecimento exato. É importante que o *debriefing* aconteça em um ambiente de aprendizagem solidária e respeitosa, que incentive o relato dos sentimentos experimentados na situação e que proporcione a preservação da confiança e autoestima do indivíduo⁽¹⁶⁾.

Sendo a estratégia de ensino ainda em expansão, estudos que avaliem suas características e suas especificidades até o momento são escassos e restritos. Assim, o presente artigo apresenta a validação de um instrumento específico para avaliação de experiência com o *debriefing*.

A *Debriefing Experience Scale* é uma escala americana desenvolvida por Reed⁽¹⁷⁾ que objetiva mensurar a experiência de estudantes de enfermagem junto ao *debriefing*. É uma escala composta por 20 itens. É dividida em duas subescalas, a primeira diz respeito à avaliação da experiência com o *debriefing*, respondida numa escala do tipo Likert de 5 pontos e não aplicável quando a declaração não diz respeito à atividade simulada; a segunda é chamada de importância do item, também respondida numa escala do tipo Likert de 5 pontos. A *Debriefing Experience Scale* é, ainda, dividida em quatro domínios: Analisando os pensamentos e sentimentos; aprendendo e fazendo conexões; habilidade do professor em conduzir o *debriefing*; orientação apropriada do professor. O estudo de validação deste instrumento foi realizado com 130 estudantes de enfermagem, sendo 125 do sexo feminino e 5 do sexo masculino com média de idade de 22,2 anos. Os resultados apresentaram um alfa de Cronbach de 0,93 para os itens de experiência com o *debriefing* e 0,91 para a escala de importância do item.

Diante do contexto apresentado, o presente estudo se propõe a traduzir e validar para língua portuguesa um instrumento capaz de mensurar a experiência do *debriefing* em indivíduos que utilizam a simulação de alta fidelidade na sua formação, com a finalidade de compreender melhor esse componente da simulação como estratégia pedagógica.

MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico, de tradução e validação de instrumento para a língua portuguesa dentro do acordo na nova ortografia, que, após permissão dos autores, foi submetido à avaliação de um comitê de ética em pesquisa, sendo aprovado. A realização desse estudo se deu em duas fases, ambas com participação de pesquisadores brasileiros e portugueses. A primeira fase constituiu-se na tradução do instrumento, em que o critério adotado seguiu o proposto por Ferrer e colaboradores⁽¹⁸⁾. Realizada a tradução do instrumento para a língua portuguesa por dois professores juramentados, obteve-se o consenso da primeira versão em português. Essa versão foi submetida a um comitê de juízes, em que foram convidadas a participar sete enfermeiras especialistas da área de enfermagem fundamental, todas conhecedoras da simulação como estratégia pedagógica, no entanto, dessas, apenas quatro compareceram à reunião. Esclarecido o objetivo da pesquisa, os juízes formalizaram sua participação por

meio da anuência do termo de consentimento livre esclarecido. Os itens do instrumento foram classificados como válidos ou não válidos, calculado o *content validity index* (CVI)⁽¹⁹⁾, itens com CVI iguais a 100% tiveram sua tradução mantida no instrumento definitivo, itens com CVI menores que 80% sofreram passivas modificações na linguagem. Realizado esse processo, o instrumento sofreu retrotradução por dois professores, sendo um juramentado e outro nativo de língua inglesa para comparação com versão original. Após a constatação de que não houve mudanças quanto ao sentido do instrumento, foi realizada a validação semântica e um pré-teste com dez indivíduos graduados que já haviam experimentado a simulação como estratégia de ensino. Esse pré-teste indicou uma boa compreensão do instrumento por todos.

A segunda fase do estudo constituiu-se na validação do instrumento. Para essa fase do estudo criou-se o evento: “III *Workshop* Brasil – Portugal: o atendimento ao paciente crítico”, promovido por uma instituição de ensino do Brasil em parceria com uma instituição de ensino de Portugal.

Foram convidados a participar deste *workshop* enfermeiros, inseridos ou não no mercado de trabalho, sem ou com qualquer título de pós-graduação, que houvessem ou não experimentado a simulação no ensino. Evento totalmente gratuito, divulgado na forma impressa e eletrônica, sendo disponibilizadas 180 vagas para inscrição na web site da instituição. Foi dada aos participantes a possibilidade de escolha quanto ao melhor dia para realização do evento, cada dia contou com 60 participantes. Todas as vagas foram preenchidas antecipadamente. Posteriormente, foram enviados – por via eletrônica – a todos inscritos, materiais de leitura prévia.

Dos 180 inscritos 103 compareceram ao evento. O *workshop* foi replicado em três dias consecutivos, com igual programa entre às 08h30min e às 18h. Contou com um primeiro momento teórico a respeito do atendimento ao paciente crítico e simulação, sendo todo o conteúdo ministrado por docentes do Brasil e de Portugal com expertise na área.

Os participantes desse evento foram convidados a participar da pesquisa e manifestaram sua aceitação por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Para caracterização do sujeito, foi desenvolvido um instrumento com as variáveis: idade, sexo, ano de conclusão da graduação, anos de atuação, formação, vínculo empregatício e experiência com o ensino simulado. Após a apresentação do conteúdo teórico, – ainda no período da manhã – os participantes foram divididos em três grupos, sendo que cada grupo passou por três oficinas de treino de habilidades. Foi utilizada como metodologia de ensino-aprendizagem, em todo o *workshop*, a simulação de baixa, média, alta fidelidade e paciente simulado. No período da tarde, cada grupo passou por três situações simuladas diferentes, relativas ao atendimento ao paciente crítico em determinada situação.

Cumpridas todas as fases do evento, os participantes foram novamente reunidos em um auditório e preencheram o instrumento de recolha de dados. Os dados foram codificados em planilhas do Excel e analisados por meio do *software Statistical Package for Social Sciences* (versão 22 para *Windows*).

RESULTADOS

Na primeira fase do estudo, as questões 2, 18, 19 e 20 tiveram seu CVI menores que 80% e sofreram modificações na linguagem. A palavra *facilitador* foi substituída por *professor*, uma vez que nos Estados Unidos as atividades de simulação são desenvolvidas por professores, instrutores e facilitadores (todos com funções distintas), porém tanto no Brasil quanto em Portugal, o professor tem assumido todas essas funções dentro do próprio cenário, o que justifica a substituição. Realizada essa adaptação, todo o processo transcorreu da forma devida.

A versão final da escala está descrita no Quadro 1.

Na segunda fase, dos 103 enfermeiros integrantes do *workshop*, 100% concordaram em participar da pesquisa, compondo a amostra do estudo.

Entre os participantes 90 (87,4%) eram do sexo feminino, sendo a média de idade de 32,1 anos, com uma variação entre 20 e 57 anos.

Quanto à escolaridade, a média do ano de conclusão do curso de graduação foi o ano de 2005, sendo que 64 (62,1%) tinham especialização *Latu Sensu* ou estavam em curso, 47 (45,7%) possuíam ou estavam cursando o Mestrado, 20 (19,4%) possuíam ou estavam cursando o Doutorado e 20 (19,4%) não haviam cursado nenhum tipo de especialização.

Referente à atividade laboral, 77 (74,8%) possuíam vínculo empregatício, desses, 48 (46,6%) tinham como área de atuação a enfermagem assistencial, 23 (22,3%) eram docentes e 6 (5,8%) eram gerentes de serviços. Quanto à experiência com ensino simulado, 52 (50,5%) relataram que não conheciam a simulação como estratégia pedagógica e 51 (49,5%) disseram que já a conheciam.

Quanto à validade e fidelidade da escala, o padrão de correlação entre as variáveis verificado por meio da matriz de correlação apresentou 44% de correlações superiores a 0,30. O teste de adequação amostral verificado por meio da medida de *Kaiser-Meyer-Olkin* apresentou resultado de 0,83 com teste de esfericidade de *Bartlett* $< 0,001$ e os valores na sua matriz antiimagem permaneceram entre 0,81 e 0,95.

Quanto à extração de fatores, a variância total explicada apresentou três autovalores superiores a 1,00 com uma porcentagem cumulativa que explicava mais de 68,0% do total da variância, sugerindo que a escala poderia ser dividida em três fatores.

Quanto à rotação dos fatores, o teste de comunalidades manifestou que apenas o item dois possuía um

Quadro 1 - Descrição dos itens da Escala de Experiência com o *Debriefing*, Brasil, 2014

Item
Fator 1) Analisando os pensamentos e sentimentos
1. O <i>debriefing</i> me ajudou a analisar meus pensamentos.
2. O professor reforçou aspectos do comportamento da equipe de saúde.
3. O ambiente de <i>debriefing</i> foi fisicamente confortável.
4. Sentimentos incorretos foram resolvidos por meio do <i>debriefing</i> .
Fator 2) Aprendendo e fazendo conexões
5. O <i>debriefing</i> ajudou-me a fazer conexões na minha aprendizagem.
6. O <i>debriefing</i> foi útil para processar a experiência de simulação.
7. O <i>debriefing</i> proporcionou-me oportunidades de aprendizagem.
8. O <i>debriefing</i> ajudou-me a encontrar um significado na simulação.
9. As minhas dúvidas da simulação foram respondidas pelo <i>debriefing</i> .
10. Tornei-me mais consciente de mim mesmo durante a sessão de <i>debriefing</i> .
11. O <i>debriefing</i> ajudou-me a esclarecer problemas.
12. O <i>debriefing</i> ajudou-me a fazer conexões entre teoria e situações da vida real.
Fator 3) Habilidade do professor em conduzir o <i>debriefing</i>
13. O professor permitiu-me tempo suficiente para verbalizar meus sentimentos antes dos comentários.
14. Na sessão de <i>debriefing</i> o professor fez os esclarecimentos corretos.
15. O <i>debriefing</i> forneceu um meio para eu refletir sobre minhas ações durante a simulação.
16. Eu tive tempo suficiente para esclarecer meus questionamentos.
17. Na sessão de <i>debriefing</i> o professor foi um especialista na temática desenvolvida na simulação.
Fator 4) Orientação apropriada do professor
18. O professor ensinou a quantidade certa durante a sessão de <i>debriefing</i> .
19. O professor realizou uma avaliação construtiva da simulação durante o <i>debriefing</i> .
20. O professor forneceu orientação adequada durante o <i>debriefing</i> .

valor menor que 0,50 (0,46). No entanto, devido a sua proximidade com o valor ideal, este item foi mantido na escala. Para verificação dos fatores da escala, procedeu-se conforme os autores originais e realizou-se análise fatorial exploratória com rotação oblíqua. A análise apresentou o seguinte agrupamento de itens entre os fatores: *Fator 1*: itens 1, 2, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 17; *Fator 2*: itens 8, 13, 14, 15, 16, 18, 19 e 20; *Fator 3*: itens 3, 4 e 9. Os resultados desta análise apresentaram-se muito diferentes dos achados da versão americana, sem aparentenexo entre os agrupamentos, isto é, sem que a proposta matemática revelasse sentido racional. Considerando-se o tamanho e as características da amostra tanto no estudo original (estudantes de enfermagem), como no presente estudo (enfermeiros), optou-se por seguir a divisão estabelecida pela versão original.

A consistência interna foi verificada por meio do alfa de Cronbach e está descrita na Tabela 1.

Tabela 1 - Consistência interna da Escala de Experiência com o *Debriefing* (N = 103), Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2014

	Experiência com o <i>debriefing</i>	Importância do item
Fator 1	0,68	0,84
Fator 2	0,91	0,92
Fator 3	0,85	0,92
Fator 4	0,83	0,86
Escala Geral	0,94	0,96

As Tabelas 2 e 3 trazem valores estatísticos descritivos relativos à Escala de Experiência com o *Debriefing* e a importância do item.

O coeficiente de correlação de Pearson da Escala de Experiência com o *Debriefing* e a Escala de Importância do Item estão descritos na Tabela 4.

Tabela 2 - Estatísticas descritivas dos fatores da Escala de Experiência com o *Debriefing* (N = 103), Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2014

	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Média	4,53	4,74	4,65	4,66
Mediana	4,75	5,00	4,80	5,00
Desvio Padrão	0,52	0,37	0,46	0,49
Variância	0,27	0,14	0,22	0,24
Mínimo	3,00	3,00	3,00	3,00
Máximo	5,00	5,00	5,00	5,00
Percentis	25	4,25	4,62	4,40
	50	4,75	5,00	4,80
	75	5,00	5,00	5,00

Tabela 3 - Estatísticas descritivas dos fatores da Escala de Importância do Item (N = 103), Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2014

	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Média	4,76	4,84	4,86	4,86
Mediana	5,00	5,00	5,00	5,00
Desvio Padrão	0,38	0,31	0,30	0,32
Variância	0,14	0,09	0,09	0,10
Mínimo	3,00	3,88	4,00	3,67
Máximo	5,00	5,00	5,00	5,00
Percentis	25	4,50	4,87	5,00
	50	5,00	5,00	5,00
	75	5,00	5,00	5,00

Tabela 4 - Matriz de correlações de Pearson entre os fatores da Escala de Experiência com o *Debriefing* e da Escala de Importância do Item (N = 103), Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2014

Escala de Experiência com o Debriefing					
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Escala Geral
Fator 1		0,63*	0,60*	0,52*	0,80*
Fator 2	0,63*		0,81*	0,72*	0,89*
Fator 3	0,60*	0,81*		0,82*	0,92*
Fator 4	0,52*	0,72*	0,82*		0,88*
Escala Geral	0,80*	0,89*	0,92*	0,88*	

Escala de Importância do Item					
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Escala Geral
Fator 1		0,78*	0,51*	0,45*	0,84*
Fator 2	0,78*		0,71*	0,59*	0,90*
Fator 3	0,51*	0,71*		0,83*	0,85*
Fator 4	0,45*	0,59*	0,83*		0,80*
Escala Geral	0,84*	0,90*	0,85*	0,80*	

Nota: Correlação significativa no nível 0,01.

DISCUSSÃO

A versão portuguesa da *Debriefing Experience Scale* ficou denominada: Escala de Experiência com o *Debriefing*.

Os testes psicométricos apontaram uma alta correlação entre as variáveis e uma boa adequação amostral para a realização do estudo. A variância total explicada nesse estudo apontou que a escala poderia ser dividida em três fatores, divergente da escala original.

Ao se realizar a análise fatorial exploratória com rotação oblíqua, os itens se agruparam de forma bastante inesperada; no entanto, não havendo uma explicação entre os estudos da

área, optou-se por seguir os achados da versão original. Uma justificativa para este agrupamento inesperado pode ser quanto às características da amostra estudada, pois o estudo de validação da versão original foi realizado com estudantes de graduação em enfermagem, enquanto esse foi realizado com profissionais enfermeiros. Assim, devido à divergência entre os grupos estudados futuros estudos desenvolvidos, junto a estudantes ou profissionais, poderão melhor elucidar a divisão desses fatores.

Outra influência que pode ser questionada é quanto ao tamanho amostral. Apesar do número da amostra em estudo ser muito parecido ao estudo de validação da versão original, existem várias discussões em torno desse item, não havendo um consenso. Gorsuch⁽²⁰⁾ sugere que, para realização de análise fatorial, a amostra deve conter pelo menos 5 participantes por variável e um total de pelo menos 200 sujeitos. Crocker e Algina⁽²¹⁾ recomendam o uso de 10 sujeitos por variável, com o mínimo de 100 sujeitos no total. Guadagnoli e Velicer⁽²²⁾ afirmam que o tamanho desejado de uma amostra depende do tamanho das cargas fatoriais obtidas. Comrey e Lee⁽²³⁾ estabelecem como classificação que: amostras de 50 indivíduos como muito pequenas, de 100 como pequenas, de 200 como razoáveis, de 300 como boas, de 500 como muito boas e de 1.000 ou mais como excelentes. Pasquali⁽²⁴⁾ adota como necessário 10 sujeitos por cada item do instrumento, uma vez que qualquer análise fatorial com menos de 200 sujeitos dificilmente pode ser considerada adequada.

Quanto à consistência interna, os resultados encontrados são superiores aos achados da versão original, tanto para escala de experiência com o *debriefing*, quanto para a escala de importância do item, reafirmando a coerência das escalas. A consistência interna dos fatores também apresentou bons resultados, com exceção do fator 1 que teve valor menor (0,68),

porém trata-se de um valor aceitável para pesquisas exploratórias⁽²⁵⁾. Com relação ao teste de correlação de Pearson⁽²⁶⁾, todos os fatores apresentaram forte correlação, tanto para a escala de experiência do *debriefing*, quanto à escala de importância do item.

Com relação à estatística descritiva, os participantes apresentaram melhores médias no fator 2, seguido do fator 4, 3 e 1, e julgaram com maior grau de maior importância o fator 3 posterior o fator 4, 2 e 1. Tais resultados, porém, devem ser mais bem explorados em estudos de outra abordagem.

CONCLUSÃO

Sendo a simulação uma estratégia pedagógica que tem se fortalecido entre as metodologias de ensino, tentar compreender seus vários componentes e torná-los mensuráveis podem nos ajudar a avançar em campos específicos como o *debriefing*, considerado o componente central da simulação.

Nesse estudo foi traduzida e validada para a língua portuguesa a *Debriefing Experience Scale*, agora designada Escala de Experiência com o *Debriefing*. Os achados encontrados neste grupo estudado apresentaram bons resultados psicométricos, exceto quanto à análise fatorial que necessita de maiores investigações.

É considerado como limitação desse estudo o seu tamanho amostral. Futuros trabalhos contribuirão para sua consolidação, além de reforçar o seu potencial de utilização e contribuir para fortalecimento da simulação entre as estratégias de ensino.

FOMENTO

A CAPES pelo financiamento recebido durante a pesquisa e aos participantes.

REFERÊNCIAS

- Lapkin S, Levett-Jones T. A cost-utility analysis of medium vs. high-fidelity human patient simulation manikins in nursing education. *J Clin Nurs* [Internet]. 2011[cited 2015 Feb 12];20(35):43-52. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2011.03843.x/abstract>
- Schiavenato M. Reevaluating simulation in nursing education: beyond the human patient simulator. *J Nurs Educ* [Internet]. 2009[cited 2014 Oct 26];48(7):388-94. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19634264>
- Ventura CAA, Mendes IAC, Wilson LL, Godoy S, Tamí-Mauray I, Zárte-Grajales R, et al. Global health competencies according to nursing faculty from Brazilian higher education institutions. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2014[cited 2014 Oct 26];22(2):179-86. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/0104-1169-rlae-22-02-00179.pdf>
- Terra MG, Goncalves LHT, Santos EKA, Erdmann AL. Sensibility in the relations and interactions of teaching and learning to Be and Do nursing. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2010[cited 2014 Oct 26];18(2):64-71. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/10.pdf>
- Moreira MA. Mapas conceituais e aprendizagem significativa. São Paulo: Centauro Editora; 2010.
- Gomes AP, Rôças G, Dias-Coelho UC, Carvalho PO, Siqueira-Batista R. Ensino de ciências: dialogando com David Ausubel. *Rev Ciênc Ideias* [Internet]. 2010[cited 2014 Oct 26];1(1):23-31. Available from: <http://revistascientificas.ifrj.edu.br:8080/revista/index.php/reci/article/viewFile/28/69>
- Leigh GT. High fidelity patient simulation and nursing students' self-efficacy: a review of the literature. *Int J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2008[cited 2014 Oct 26];5(1):1-17. Available from: <http://www.degruyter.com/view/j/ijnes.2008.5.issue-1/ijnes.2008.5.1.1613/ijnes.2008.5.1.1613.xml>
- Baptista RCN, Martins JCA, Pereira MFCR, Mazzo A. Simulação de Alta-Fidelidade no Curso de Enfermagem: ganhos percebidos pelos estudantes. *Rev Enf Ref* [Internet]. 2014[cited 2014 Oct 26];4(1):135-44. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn1/serIVn1a15.pdf>
- Howard V, Ross C, Mitchell A, Nelson G. Human patient

- simulators and interactive case studies: A comparative analysis of learning outcomes and student perceptions. *Comput Inform Nurs* [Internet]. 2010[cited 2014 Oct 26];28(1):42-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19940620>
10. Jeffries P. Simulation in nursing education: from conceptualization to evaluation. New York: National League for Nursing Editora; 2007.
 11. Bricker DJ, Pardee CJ. Nurse experts jump-start clinical simulation in rehabilitation nursing: supporting new graduate transition to competence. *Nurs Educ Perspect* [Internet]. 2011[cited 2014 Oct 26];32(1):34-46. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21473480>
 12. Liaw SY, Rethans JJ, Scherpbier AJJA, Piyanee KY. Rescuing A Patient In Deteriorating Situations (RAPIDS): a simulation-based educational program on recognizing, responding and reporting of physiological signs of deterioration. *Resuscitation* [Internet]. 2011[cited 2014 Oct 26];82(9):1224-30. Available from: <http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572%2811%2900274-7/abstract>
 13. Pearson M, Smith D. Debriefing in experience-based learning. *Reflection: Turning experience into learning*. 1986, 69-84.
 14. Coutinho VRD, Martins JCA, Pereira MFCR. Construção e Validação da Escala de Avaliação do Debriefing associado à Simulação (EADaS). *Rev Enf Ref* [Internet]. 2014[cited 2014 Oct 26];4(2):41-50. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn2/serIVn2a05.pdf>
 15. Lederman LC. Debriefing: toward a systematic assessment of theory and practice. *Simulat Gaming* [Internet]. 1992[cited 2014 Oct 26];2(1):145-59. Available from: <http://multibriefs.com/briefs/asp/Debriefing2.pdf>
 16. Liaw SY, Chen FG, Klainin P, O'Brien A, Samarasekera DD. Developing clinical competency in crisis event management: an integrated simulation problem-based learning activity. *Adv Health Sci Educ* [Internet]. 2010[cited 2014 Oct 26];15(3):403-13. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10459-009-9208-9>
 17. Reed SY. Debriefing experience scale: development of a tool to evaluate the student learning experience in debriefing. *Clinic Simul Nurs* [Internet]. 2012[cited 2014 Oct 26];8(6):211-7. Available from: <http://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399%2811%2900251-9/abstract>
 18. Ferrer M, Alonso J, Prieto L, Plaza V, Monsó E, Marrades R, et al. Validity and reliability of the St George's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. *Eur Respir J* [Internet]. 1996[cited 2014 Oct 26];9(6):1160-6. Available from: <http://erj.ersjournals.com/content/9/6/1160.long>
 19. Polit DF, Beck CT. The Content validity index: are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. *Res Nurs Health* [Internet]. 2006[cited 2014 Oct 26];29(5):489-97. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16977646>
 20. Gorsuch RL. Factor analysis. 2. ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates; 1983.
 21. Crocker L, Algina J. Introduction to classical and modern test theory. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1986.
 22. Guadagnoli E, Velicer WF. Relation of sample size to the stability of component patterns. *Psychol Bull* [Internet]. 1988[cited 2014 Oct 26];103(1): 26575. Available from: <http://psycnet.apa.org/journals/bul/103/2/265/>.
 23. Comrey AL, Lee HB. A first course in factor analysis. Hillsdale: Erlbaum; 1992.
 24. Pasquali L. Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM; 1999.
 25. Hair JF. Multivariate data analysis. New Jersey (EUA): Prentice Hall, 1998.
 26. Zou HK, Tuncali K, Silverman SG. Correlation and Simple Linear Regression. *Radiology* [Internet]. 2003[cited 2014 Oct 26];227(1):617-28. Available from: <http://pubs.rsna.org/doi/abs/10.1148/radiol.2273011499>