

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

REGINA CÉLIA BARBOSA MORENO

**ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO *EVIDENCE-BASED PRACTICE ATTITUDE*
SCALE (EBPAS)
ADAPTATION AND VALIDATION OF THE *EVIDENCE-BASED PRACTICE*
ATTITUDE SCALE (EBPAS)**

**São Paulo
2015**

Regina Célia Barbosa Moreno

**ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO *EVIDENCE-BASED PRACTICE ATTITUDE*
SCALE (EBPAS)**

**ADAPTATION AND VALIDATION OF THE *EVIDENCE-BASED PRACTICE*
ATTITUDE SCALE (EBPAS)**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde**.

Orientadora: Profa. Dra Sonia Francisca Monken de Assis

São Paulo

2015

Moreno, Regina Célia Barbosa Moreno.

Adaptação e validação do Evidence-based practice attitude scale (EBPAS)./ Regina Célia Barbosa Moreno. 2015.
89 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2015.

Orientador (a): Prof^ª. Dr^ª. Sonia Francisca Monken de Assis.

1. Gestão de serviços de saúde. 2. Adaptação e validação de instrumento. 3. EBPAS. 4. Serviço Social.
- I. Assis, Sonia Francisca Monken de. II. Título

CDU 658:616

REGINA CÉLIA BARBOSA MORENO

**ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO *EVIDENCE-BASED PRACTICE ATTITUDE*
SCALE (EBPAS)**

**ADAPTATION AND VALIDATION OF THE *EVIDENCE-BASED PRACTICE*
ATTITUDE SCALE (EBPAS)**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde**

Profa. Dra. Sonia Francisca Monken de Assis – Universidade Nove de Julho - UNINOVE

Profa. Dra. Bellkiss Wilma Romano – Universidade de São Paulo - USP

Profa. Dra. Lara Jansiski Motta – Universidade Nove de Julho - UNINOVE

Dra. Elaine Fonseca Amaral da Silva - Instituto do Coração do HCFMUSP - USP

Prof. Dr. Paulo Rogério Gallo – Universidade de São Paulo - USP (Suplente)

Prof. Dr. Antonio Pires Barbosa – Universidade Nove de Julho - UNINOVE (Suplente)

São Paulo, 09 de dezembro de 2015.

DEDICATÓRIA

À minha família pela paciência, pelo incentivo, pela força e principalmente pelo carinho.

AGRADECIMENTO

À minha orientadora Professora Doutora Sonia Francisca Monken de Assis, que com paciência e sabedoria me guiou nesta jornada de crescimento.

Ao meu marido e à minha mãe, pela paciência e compreensão nos momentos de ausência, sempre carinhosos e me incentivando a todo instante.

Aos meus filhos Adriano e Amanda pela colaboração e incentivo para que tudo desse certo, e à Ana Paula por compartilhar angústias e dúvidas, sempre ao meu lado me ajudando.

Às minhas sobrinhas Carla, Mariana e Natália pela contribuição valiosa.

Aos funcionários e amigos do Conjunto Hospitalar do Mandaqui que colaboraram com meu estudo, principalmente pelo incentivo e carinho.

Aos colegas de turma, pelas alegrias e angústias partilhadas ao longo dessa jornada e que ficarão para sempre em meu coração.

Às minhas amigas Chang e Anna Sofia, por estarem sempre ao meu lado me ajudando e apoiando nos momentos de dificuldades.

Aos professores da Universidade Nove de Julho – UNINOVE por me proporcionar o conhecimento, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender.

E a Deus por permitir que tudo isso acontecesse, o meu eterno agradecimento por tudo e sempre.

RESUMO

Há uma tendência, nos dias atuais, dos Serviços de Saúde exigirem mudanças nas práticas profissionais e de gestão com objetivo de melhorar o desempenho organizacional. O Serviço Social, dentro de uma organização hospitalar, não fica isento dessa exigência. Este panorama levou ao questionamento: Como adaptar e validar, para o Serviço Social da saúde no Brasil, o *Evidence-Based Practice Attitude Scale* (EBPAS)? Sendo assim, o estudo tem como objetivo adaptar e validar o instrumento *Evidence-Based Practice Attitude Scale* (EBPAS) para o Serviço Social da Saúde no Brasil, propondo uma versão do EBPAS que consiga mensurar a atitude do assistente social frente à sistematização das práticas para futuros estudos na criação de protocolos sociais. O estudo assumiu a metodologia proposta por Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz (2000); Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz (2007), o processo de tradução e adaptação foi composto de cinco etapas, (i) tradução, (ii) retrotradução, (iii) síntese das traduções, (iiii) avaliação por um comitê de juízes e (iiiii) pré-teste. Para a validação psicométrica os resultados apresentados sugerem que o instrumento apresenta uma validação convergente, podendo ser considerado como instrumento para mensurar a atitude dos assistentes sociais na adoção de Prática Baseada em Evidências - PBE, possibilitando sua aplicação nos serviços de saúde com vista à prontidão para a implementação de práticas inovadoras. O instrumento mostrou-se de fácil compreensão, apresentando validação semântica, idiomática, experimental e conceitual. Fica claro a necessidade de ampliação de domínios na validação de psicometria, bem como diversificação do plano amostral.

Palavras-chave: Gestão de Serviços de Saúde, Adaptação e Validação de Instrumento, EBPAS, Serviço Social

ABSTRACT

Nowadays, there is a tendency for the Health Services to demand changes both in the professional practices and in the management in order to improve the organizational performance. In a hospital organization, the Social Service doesn't remain free from this demand, and this scenario took us to the following question: How to adapt the Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS) to the Brazilian Health Social Service, and how to validate it? Thus, this research aims to adapt e validate the Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS) to the Brazilian Health Social Service, and it offers a version for EBPAS which can measure the social worker`s attitude related to the systematization of the professional practices; such version can be useful for future studies related to the elaboration of social protocols. The present research works based on the methodology proposed by Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz (2000); Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz (2007). The translation and adaptation process contains five steps: (i) translation, (ii) back translation, (iii) synthesis of the translations, (iiii) evaluation by an expert committee and (iiiii) pretest. For the psychometric validation, the results presented suggests that the instrument presents a convergent validation, and it can be considered a useful instrument to measure the social workers` attitude related to the adoption of the Evidence Based Practice, making possible its use in the health services when the professionals` readiness related to the implementation of innovative practices has to be measured. The instrument presented easy comprehension and showed also semantic, idiomatic, experimental and conceptual validation. It is evident the need to broaden the fields of the psychometric validation, as well as to diversify the sampling plan.

Keywords: Health Services Management, Adaptation and Validation Instrument, EBPAS, Social Work

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
COS	Caridade Organizada da Sociedade
EBPAS	<i>Evidence-Based Practice Attitude Scale</i>
EUA	Estados Unidos da América
ITC	<i>International Test Commission</i>
MEC	Ministério da Educação e Cultura
PBE	Prática Baseada em Evidências
SADT	Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapia
RT1	Retrotradução 1
RT2	Retrotradução 2
T1	Tradução 1
T2	Tradução 2
T12	Tradução 1 e 2 (síntese)
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Cadeia de Valor da Saúde.....	22
Figura 2 - Imagem do primeiro hospital a inserir o profissional assistente social.....	26
Figura 3 - Delineamento da Pesquisa.....	34
Figura 4 - Representação das etapas recomendadas para adaptação transcultural.....	37
Figura 5 -Trabalhos produzidos com a metodologia de Beaton et al. (2000; 2007).....	41
Figura 6 - Gráfico de porcentagem de homens e mulheres.....	49
Figura 7 - Gráfico da formação acadêmica dos participantes da pesquisa.....	49
Figura 8 - Gráfico dos respondentes que possuem conhecimento sobre PBE relacionada à formação acadêmica dos participantes da pesquisa.....	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil dos respondentes expressos em média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo.....	48
Tabela 2 - Número de porcentagem de respondentes sobre PBE.....	50
Tabela 3 - Coeficiente alfa de Cronbach da escala, subescalas e itens.....	51
Tabela 4 - Coeficiente de correlação ordinal de <i>Spearman</i> dentre as diferentes subescalas e a escala da amostra.....	51

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA	16
1.1.1	Questão de Pesquisa	17
1.2	OBJETIVOS	17
1.2.1	Geral	17
1.2.2	Específicos	17
1.3	JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA	18
1.4	ESTRUTURA DO TRABALHO	18
2	REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1	A GESTÃO DAS OPERAÇÕES DE SERVIÇOS DE SAÚDE	20
2.1.1	Cadeia de Valor da Saúde	20
2.1.2	Modelos de Negócio	23
2.1.3	Processos Organizacionais	24
2.2	SERVIÇO SOCIAL DA SAÚDE	25
2.3	A PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS - PBE	29
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	34
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA	34
3.1.1	Processos de tradução, adaptação e validação de medidas pré-existente	35
3.1.1.1	Adaptação transcultural	36
3.1.2	Avaliação das propriedades psicométricas	38
3.1.3	Etapas do processo de tradução, adaptação e validação realizadas para este estudo	40
3.1.3.1	Tradução e adaptação do EBPAS para a língua portuguesa falada no Brasil	42
3.1.3.1.1	Tradução (T1 e T2)	42
3.1.3.1.2	Síntese (T12)	42
3.1.3.1.3	Retrotradução (RT1 e RT2)	42

3.1.3.1.4 Comitê de Juízes	42
3.1.3.1.5 Pré-Teste.....	43
3.1.4 Avaliação das propriedades psicométricas	44
3.1.4.1 Validade.....	44
3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS.....	44
3.2.1 Local do estudo.....	45
3.2.2 Amostra	45
3.2.3 Período de coleta de dados	45
3.2.4 <i>Evidende-Based Practice Attitude Scale (EBPAS)</i>	45
3.2.5 Perfil dos Participantes	45
3.3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	46
3.4 LIMITAÇÕES DO MÉTODO	47
4 RESULTADOS DA PESQUISA	48
4.1 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	51
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	54
5.1 LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE PESQUISAS FUTURAS.....	54
REFERÊNCIAS	56
APÊNDICES	76
ANEXOS.....	79

1 INTRODUÇÃO

A Gestão das Operações de Serviços de Saúde nas últimas décadas busca integração dos processos de inovação em vários setores da economia. Esses processos de inovação são realizados pelas equipes multidisciplinares e envolvem parâmetros de mensuração de produtividade e financeiros. Uma maneira de entender o setor e fazer sua gestão mais produtiva é pensar o sistema de saúde como uma cadeia de valor complexa, em que operações em saúde são o componente central do sistema para o aumento da qualidade e diminuição dos custos da saúde (Moretti & Feio, 2015; Pedroso & Malik, 2011).

Os hospitais, elo participante da cadeia de valor das organizações de saúde, caracterizam-se pela sua constituição organizacional complexa, pelo motivo da quantidade de pessoas que transitam diariamente, pela pluralidade de atores existentes, pela cultura organizacional, pela variabilidade de atividades e pela variedade de tecnologias e insumos. Em razão dessa multiplicidade, as organizações de saúde convivem com desafios em que gestores e equipes multidisciplinares são forçados à inovação e ao desenvolvimento de novos processos e modelos de negócio (Rossaneis, Gabriel, Haddad, Melo, & Bernardes, 2015; Asta & Barbosa, 2014; Moretti & Feio, 2015).

Dentro dessas lógicas, podemos citar o Serviço Social como elo atuante no processo de inovação, de desenvolvimento de ações integrais e de suporte ao controle social e às atividades hospitalares. Recente estudo publicado pela *Society For Social Work and Research* (2015) indica que as intervenções do Serviço Social em organizações de saúde podem impactar positiva e significativamente nos custos e na utilização dos serviços de saúde, assim como na qualidade de vida. Para o reconhecimento da importância dos assistentes sociais na cadeia de valor dos serviços de saúde, no entanto, a profissão deve ser capaz de identificar sua contribuição e conectar essas contribuições aos resultados (Rizzo, 2015).

O Serviço Social tem uma forte ligação com a área da saúde, na verdade, histórica, pois a saúde participou da construção da identidade profissional do Serviço Social. A profissão de assistente social nasceu nos Estados Unidos no final do século XIX. Sua criadora foi Mary Richmond, na procura de encontrar meios e recursos para desempenhar da melhor maneira

possível essa nova atividade profissional, cujo objetivo primordial é a reintegração social do ser humano. No início do século XX, no Hospital Geral de Massachussets, em Boston, Dr. Cabot considera as ações do assistente social um instrumento relevante tanto no diagnóstico quanto no tratamento médico social dos pacientes ambulatoriais e internados, incluindo o profissional de Serviço Social nas equipes de saúde. A partir daí vários hospitais passaram a requerer a presença desse profissional em suas equipes (Martinelli, 2014).

Martinelli (2014) refere ainda, “que os Assistentes Sociais, assim como os outros profissionais da equipe são cada vez mais intimados a admitirem-se como trabalhadores coletivos da saúde, ocupando um lugar multidisciplinar, plural, um lugar de ações cooperativas e complementares de práticas interdisciplinares”. Sendo assim, os recursos e estruturas organizacionais contribuem para a percepção favorável do Serviço Social em hospitais, o que sugere a necessidade de apoiar as ações voltadas para a construção de uma base de evidências da importância dos serviços de ação social na assistência à saúde (Pugh, 2015). Diante deste panorama, as evidências de ações profissionais compõem o movimento de inovação de processos para a melhoria da cadeia de valor nos serviços de saúde. A prática baseada em evidências (PBE) é uma competência essencial para os assistentes sociais que atuam no mercado de trabalho hospitalar (Iovu, 2015).

A PBE teve sua origem no Reino Unido na década de 1970 em virtude da necessidade de aumentar a eficiência e a qualidade das organizações de saúde e diminuir os custos operacionais. Na década de 1980 foi estruturada no Canadá, aliada à medicina, com um grupo de estudos da Universidade Mc Master, com o propósito de estimular o progresso da assistência à saúde e do ensino (Rosenberg & Donald, 1995; Drummond, Silva, & Coutinho, 2002). A PBE é uma operação de serviço bastante utilizada em diversos países, não só na medicina e enfermagem, mas em outras categorias profissionais também, inclusive no Serviço Social.

Em estudo realizado por Lacerda et al. (2011), no Brasil também é relevante o crescimento de estudos sobre PBE na área da saúde, ainda que, advindo principalmente da medicina, outras categorias profissionais da saúde também se fazem presentes com evidência, incluindo a enfermagem, nutrição e a fisioterapia. Para a autora, a PBE tornou-se um meio de investigação multiprofissional no Brasil, e essa diversidade de categorias profissionais em

realização de PBE ocorre mais por interesses e motivações autônomas desses profissionais do que por políticas institucionais ou governamentais.

No Serviço Social, Parrish & Rubin (2012) desenvolveram um estudo, nos Estados Unidos, em que os resultados sugerem que, embora o processo de PBE ainda não esteja amplamente implementado em sua totalidade no Serviço Social, há motivos de otimismo sobre o envolvimento dos assistentes sociais nesse processo. As autoras ainda reconhecem que o processo de PBE pode ser efetivado com êxito no Serviço Social se os assistentes sociais acreditarem que é importante e viável trabalhar com evidências de pesquisas para guiar suas práticas.

Diante disso, Gregory A. Aarons, psiquiatra americano, professor da Universidade da Califórnia, San Diego, desenvolveu uma pesquisa para comprovar que as boas práticas e evidências podem ser disseminadas, no entanto, há de se conhecer a atitude do profissional de saúde para implementá-la. Em 2004, Aarons elaborou um instrumento para avaliar a atitude do profissional de saúde (equipe multiprofissional) para a adoção de inovação e PBE (Aarons, 2004). Esse instrumento, o *Evidence-Based Practice Attitude Scale* (EBPAS), foco deste estudo, possibilita a avaliação quantitativa das atitudes do profissional, que pode ser utilizada na constituição de modelos de implementação de inovação e na avaliação de adotar novas práticas (Aarons, McDonald, Sheehan, & Walrath-Greene, 2007). O EBPAS já está sendo utilizado nos EUA e em diversos países, dentre eles Irã, Israel, Japão, Coreia, Noruega, Romênia e Suécia (Aarons et al., 2010).

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Há uma forte tendência, nos dias atuais, das organizações de saúde exigirem mudanças nas práticas com objetivo de melhorar o desempenho organizacional. A adoção de evidências científicas para orientar a tomada de decisão nas intervenções médicas e de enfermagem é fator de sucesso nas operações de serviços de saúde para alcançar maior eficiência e efetividade na aplicação dos recursos desses serviços e contenção de gastos. O Serviço Social, dentro de uma organização hospitalar, não fica isento dessa exigência. Embora, ainda de pouco reconhecimento no Brasil, as atitudes práticas de assistentes sociais estão integradas ao processo de otimização e

efetividade dos resultados na entrega dos serviços de saúde. (Lacerda et al., 2011; Okpych & James, 2014; McNeece & Thyer, 2004; Wike et al., 2014).

Os profissionais de serviços de saúde estão na linha de frente da prestação de serviços, portanto, tratamentos e intervenções que estão sendo usadas no cuidado usual muitas vezes não são baseados em evidências de eficácia ou efetividade. Apesar de a maioria dos modelos baseados em provas não capturam a riqueza e a complexidade da relação fornecedor-consumidor, fornecer serviços com evidência de eficácia é uma prioridade importante nos dias atuais (Hoagwood & Olin, 2002; Willians & Garner, 2002; Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2014).

O estudo desenvolvido por Aarons (2004) é uma resposta ao apelo para uma melhor compreensão do contexto no qual a PBE é suscetível de ser disseminada. Modelos teóricos que incluem atitudes têm sido propostos para explicar e melhorar o processo de divulgação, e esses estudos envolvem tecnologias tais como a inovação agrícola, inovação de ensino e inovação de saúde e disciplinas, incluindo antropologia, sociologia, economia, medicina e marketing. Atitudes com relação à inovação podem ser precursoras para a decisão de tentar uma nova prática ou não, e o componente afetivo de atitudes pode comprometer os processos de decisão em matéria de inovação (Candel & Pennings, 1999; Frambach & Schillewaert, 2002; Rogers, 1995)

1.1.1 Questão de Pesquisa

Como adaptar e validar, para o Serviço Social da saúde no Brasil, o *Evidence-Based Practice Attitude Scale* (EBPAS)?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral

Adaptar e validar o EBPAS para o Serviço Social da Saúde no Brasil.

1.2.2 Específicos

Realizar a adaptação transcultural do instrumento EBPAS para a língua portuguesa falada no Brasil;

Validar a versão adaptada com profissionais do Serviço Social da Saúde.

1.3 JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA

As operações de Serviços de Saúde voltam-se para a padronização dos processos tendo em vista o controle de atividades restritivas, melhorias na qualidade e segurança do paciente, na diminuição dos custos e no aumento da resolutividade (Pinochet, 2011).

Em outros países, a adoção da PBE abrange a atitude prática também dos profissionais da equipe multiprofissional, assim como o assistente social e o psicólogo, com atuação na assistência direta, tanto nos aspectos de aderência ao tratamento, na utilização dos recursos sociais, quanto no melhor fluxo de procedimentos dos pacientes dos serviços de saúde (Parrish & Rubin, 2012).

Da Silva (2007) faz uma reflexão sobre o processo de trabalho e o Serviço Social no Brasil, relata que “devido às grandes transformações sofridas por essa profissão, as quais, todavia, refletiram no cotidiano das práticas profissionais, abalaram condutas e ações legitimadas no Serviço Social tradicional, argumentando o que até então fundamentava solidamente a profissão”.

Ainda, segundo Da Silva (2007) em conformidade com a finalidade da profissão, “os assistentes sociais possuem um perfil articulador, acolhedor e propositivo que lhes facilita participar, muitas vezes, de equipes multidisciplinares, como coordenadores, dirigentes de grupos e projetos. Seu exercício profissional é desenvolvido através de atividades de planejamento e de assessoria, de gestão e execução de projetos sociais”.

Dessa forma, a relevância da pesquisa vem ao encontro das expectativas organizacionais de padronização para melhoria de processos, adequação de custos e prospecção de um modelo de negócios dentro das operação de serviços nas organizações de saúde.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

O presente estudo encontra-se dividido em cinco capítulos. O primeiro capítulo apresenta a Introdução da pesquisa. O segundo capítulo descreve o Referencial Teórico, em que são colocados os polos teóricos que dão fundamentação pertinente à questão da pesquisa, são eles: Gestão de Operações de Serviços, Serviço Social, Prática Baseada em Evidências (PBE) e finaliza com a apresentação do instrumento *Evidence-Based Practice Attitude Scale* (EBPAS),

objeto deste estudo. O terceiro capítulo apresenta o Polo Metodológico, em que são descritos a metodologia utilizada, as etapas da adaptação transcultural do instrumento, avaliação das propriedades psicométricas, os procedimentos de coleta e análise dos dados e as limitações do método. A análise e interpretação dos resultados estão expostas no quarto capítulo. No quinto capítulo são apresentadas as considerações finais e implicações para a prática.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A GESTÃO DAS OPERAÇÕES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A gestão de operações ocupa-se da atividade de gerenciamento que transforma os recursos em bens e serviços. Ela tem a ver com a forma com que as organizações geram seus produtos e serviços. Pode ser definida como o planejamento, operação, controle e melhoria dos processos que transformam recursos (insumos) em bens e/ou serviços. Temos na literatura diversos autores que destacam as diferenças entre os bens e os serviços, como Fitzsimmons & Fitzsimmons (2014), que colocam algumas características dos serviços, como a intangibilidade, a simultaneidade e a participação do cliente. As operações são um conjunto de atividades que estrategicamente estão organizadas para formar um pacote de serviços que será entregue ao cliente (Corrêa & Caon, 2006).

A gestão de operações em serviços de saúde executa uma função estratégica nas organizações, pois demanda de um seguimento sistemático na utilização de recursos que, além de serem limitados, são recursos que na maioria das vezes têm um custo bem elevado (Gonçalves, de Oliveira, & Leitão, 2006). Para Pires (2000, p. 255), o trabalho em saúde é um “trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. O produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade. O produto final é consumido no mesmo momento que é produzido”.

Devido a várias questões que caracterizam a saúde como um setor de alta complexidade, as operações de serviços em geral são fragmentadas ao longo de sua cadeia de valor, gerando assim decisões isoladas para a realização de um mesmo procedimento em saúde, o que ocasiona uma competição de soma zero, em que os envolvidos, ao invés de aumentar o valor gerado, lutam para dividi-lo. Os gestores devem compreender a importância dessas questões que tornam esse setor tão complexo, para uma intervenção permanente (Pedroso & Malik, 2011).

2.1.1 Cadeia de Valor da Saúde

Para Rocha & Borinelli (2007), o conceito de cadeia de valor é uma sequência de atividades que se inicia com a origem dos recursos e vai até o descarte do produto pelo último consumidor. A cadeia de valor serve para dar subsídios ao processo de gerenciamento estratégico,

pois permite compreender e agir sobre a estrutura patrimonial, econômica, financeira e operacional das principais atividades, processos e entidades. Na saúde, o conceito de cadeia de valor é representado pelo fluxo de processos de produção que se inter-relacionam indo dos insumos, que são representados pelos recursos humanos, materiais e financeiro, à produção de serviços, tendo como resultado a distribuição desses serviços ao consumidor final (Mendes, 2011).

Campos, Gontijo, Oliveira, Chaves e Laudares (2009) apresentam uma interpretação ampla e prática da cadeia de valor da saúde no Brasil. Ela é composta por dez conjuntos de participantes: 1) as operadoras de plano de saúde; 2) os médicos e outros profissionais de saúde; 3) os hospitais; 4) os serviços de apoio ao diagnóstico e terapia (SADT); 5) a indústria farmacêutica; 6) os distribuidores de medicamentos; 7) as farmácias; 8) as indústrias de equipamentos e materiais; 9) os distribuidores de equipamentos e materiais e 10) os serviços do governo. Ainda, para os autores, o consumidor final está localizado no centro da cadeia de valor, pois ele é o motivo de todas as ações que ocorrem nos fluxos da cadeia de valor.

Para Pedroso e Malik (2011), “uma das formas de compreender o setor da saúde e tornar mais efetiva sua gestão, é considerar o sistema de saúde como uma cadeia de valor”. Ainda, para esses autores, uma cadeia de valor é composta por nove elos (Figura 1), sendo seis verticais e três horizontais, em que cada elo representa um conjunto específico de atividades. O fluxo das atividades percorre esses elos até a entrega de produtos e serviços aos consumidores, que é o elo final da cadeia de valor. Elos horizontais envolvem atividades que atravessam os verticais e seus objetivos são: regular as atividades do setor de saúde, distribuir os produtos de saúde e executar atividades que apoiam ou complementam as missões de cada um dos elos verticais. Assim, considerando o sistema de saúde como uma cadeia de valor, será mais fácil de compreender o setor e tornar mais efetiva sua gestão, contribuindo para melhorias no sistema como um todo, na qualidade e na redução de custos em saúde (Pedroso & Malik, 2011).

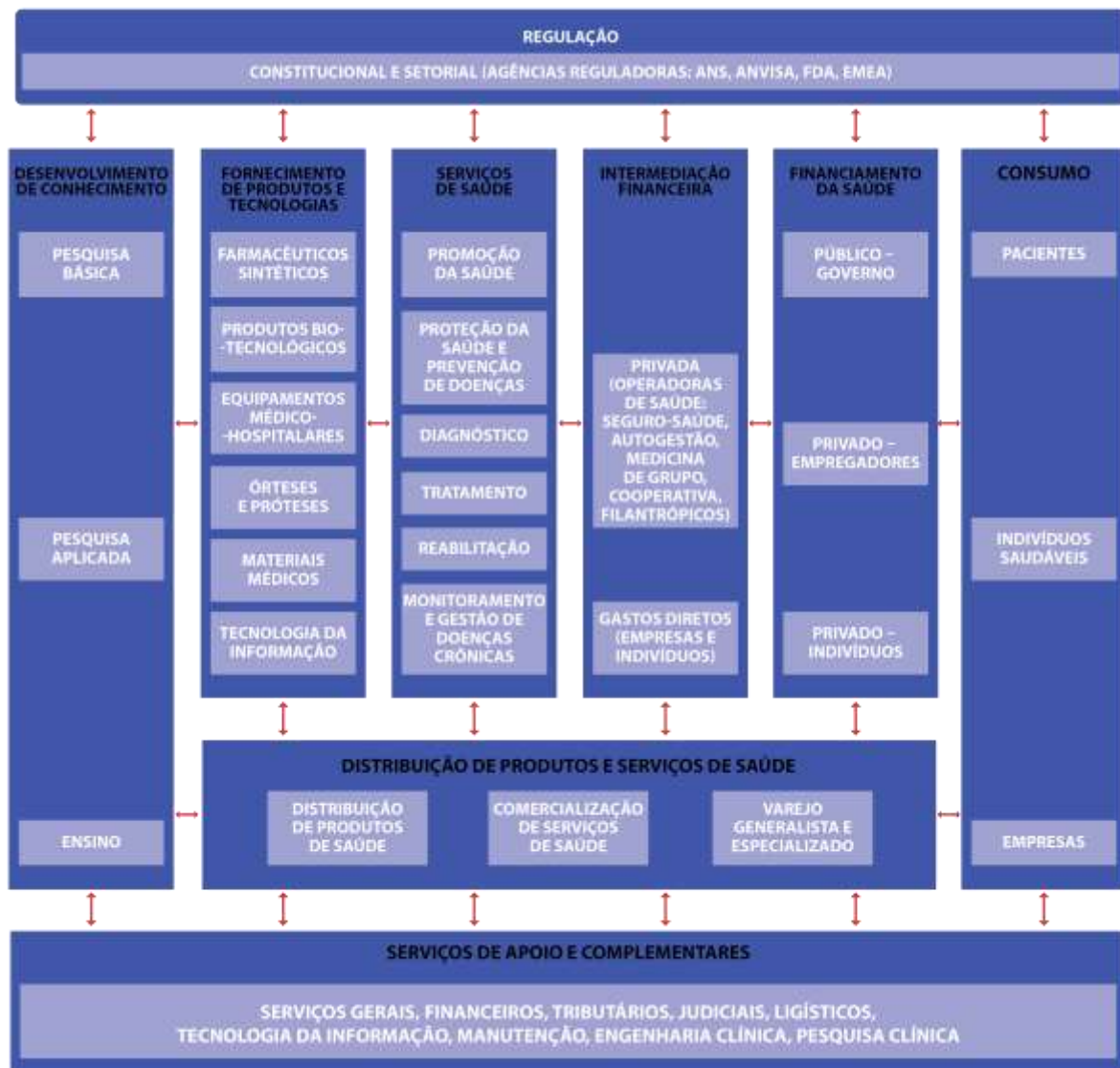


Figura 1: Cadeia de valor da saúde

Fonte: Pedrosa e Malik (2011).

Para compreendermos melhor a cadeia de valor da saúde de Pedrosa e Malik (2011), o conhecimento em saúde é o principal insumo no processo inicial da cadeia e é gerado no primeiro elo vertical, o de desenvolvimento de conhecimento em saúde. A missão desse elo é gerar e disseminar esses conhecimentos, que são transformados e incorporados em produtos e tecnologias no elo seguinte. O segundo elo vertical contempla fornecimento de produtos e tecnologias de saúde. Sua missão principal consiste na incorporação do conhecimento em produtos e tecnologias, entregues no próximo elo. O terceiro elo vertical consiste nos serviços de saúde. Sua missão é utilizar os recursos disponíveis para a prestação de serviços aos

consumidores finais. É neste elo que se situa o Serviço Social, com suas ações socioeducativas voltadas para a promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde desses consumidores. O quarto elo vertical aborda a intermediação financeira do sistema de saúde. Sua missão é diluir os riscos e repassar os recursos financeiros aos demais. O quinto elo vertical corresponde ao financiamento da saúde, que consiste nos gastos do governo, das empresas e dos indivíduos em saúde. Sua missão é alocar os recursos financeiros ao sistema de saúde. O sexto elo vertical consiste no consumo realizado pelos pacientes, pessoas saudáveis e empresas, dos produtos e serviços de saúde.

Dando sequência, três elos horizontais cruzam os verticais acima descritos. O primeiro deles contempla a regulação da saúde, que é gerenciada pelas agências reguladoras Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O segundo elo horizontal aborda as atividades de distribuição de produtos e serviços de saúde. Sua missão é comercializar os serviços e distribuir os produtos utilizados no setor agregando valor de conveniência e disponibilidade. O terceiro elo horizontal considera os serviços de apoio e complementares, tais como serviços gerais, financeiros, tributários, jurídicos, logísticos, de tecnologia da informação, manutenção, engenharia clínica e pesquisa clínica. Sua missão é apoiar ou complementar as atividades dos demais. Os fluxos representam elementos que entram e saem em cada um dos seus elos, que se espalham em determinados sentidos a fim de atingir objetivos definidos. Na cadeia de valor da saúde os fluxos refletem quatro elementos principais: inovação e conhecimento, capital, informações, produtos e serviços, que transcorrem de maneira bidirecional nos nove elos.

2.1.2 Modelos de Negócio

Diferentes modelos de negócios são desenvolvidos na área da saúde, diversificando os tipos de estratégias organizacionais, fato que vem favorecendo cada vez mais flexibilidade e funcionalidade ao setor. Como apontado anteriormente, em virtude do modelo de negócio da saúde brasileira ser complexo, faz com que cada organização estabeleça processos diferentes que projetam soluções diferentes. Diante disso, a padronização pode ser considerada uma forma de continuidade do modelo de negócio da área da saúde, e o setor já se conscientizou disso e busca esses padrões, principalmente para a comunicação e troca de informações. O padrão também é importante no avanço de práticas de gestão, contribuindo na padronização de rotinas, melhoria da

qualidade, redução dos custos, término dos desperdícios e aumento da eficiência (Pinochet, 2011).

2.1.3 Processos Organizacionais

Quando a organização se sente obrigada a inovar, para aumentar a produtividade ou para introduzir melhorias na prestação de serviços, lançando novos produtos e serviços, há uma inovação reativa. Para que existam melhorias e inovações é importante que a organização conheça seus processos organizacionais e suas características, pois o desempenho das organizações é alcançado por meio de seus processos organizacionais, sendo que todo trabalho realizado faz parte obrigatoriamente de algum processo organizacional, pois não faz sentido existir um processo organizacional que não ofereça algum produto ou serviço.

Os processos organizacionais podem ser definidos como uma sequência de tarefas que são impulsionadas por insumos (materiais, informação, pessoas, máquinas, métodos) e geram produtos (produto físico, informação, serviços), usados para fins específicos, pelos clientes. Processo é qualquer atividade ou conjunto de atividades que toma uma entrada, adiciona valor a ela e fornece uma saída a um cliente específico. Os processos podem ser entendidos popularmente como o modo que as coisas são feitas na empresa. Os processos usam os recursos da organização para oferecer resultados aos clientes. Gerenciar os processos adequadamente significa reduzir variabilidade (Pamponet, 2009; Barbosa-Lima, 2007).

A redução da variabilidade das operações de serviços pode ser feita por meio da padronização dos processos, objetivando a normalização dos resultados. A padronização diz respeito a como o trabalho deve ser feito, assegurando a todos que trabalham em determinado processo que o façam com o uso dos mesmos e melhores meios para realizar as suas atividades. Uma das formas de assegurar a baixa variabilidade e alta eficiência é por meio do implemento da PBE. O estudo das atitudes da PBE tem potencial para facilitar uma compreensão mais profunda de como prestadores de serviços respondem a uma mudança em processos organizacionais, mudança essa que pode ser limitada ou facilitada por atitudes do profissional de saúde para a adoção de novos tratamentos, intervenções e práticas. A PBE pode ser conceitualizada como uma forma de inovação nas organizações de serviços de saúde, ou seja, mudanças nas práticas para melhorar o desempenho organizacional, a qualidade dos atendimentos, a qualidade dos serviços e os resultados para os usuários (Aarons et al., 2007; Aarons et al., 2010; Wike et al., 2014).

2.2 SERVIÇO SOCIAL DA SAÚDE

A história do Serviço Social se inicia com a filantropia organizada que surgiu no final do século XIX nos Estados Unidos como precursora da prática do Serviço Social. Durante a revolução industrial, crescente massa de moradores urbanos, pobres e descontentes inundou cidades. Foram criados dois modelos de filantropia organizada: o movimento de pensão, que estabeleceu residências na comunidade habitada em grande parte por mulheres de classe média, que trabalhavam para educar e aliviar a pobreza de seus vizinhos, e o movimento da caridade organizada da sociedade (COS), que visava restaurar a autossuficiência dos pobres por meio da esmola regulamentada e orientações de vida adequada (Okpych & James, 2014).

No início da década de 1890 surgiu um movimento em direção à profissionalização dos serviços de COS. Em 1893, mais de 90 COS já estavam em operação nos Estados Unidos. Anna Dawes, em 1893, e Mary Richmond, em 1897, foram as duas primeiras líderes de COS que defendiam a necessidade de estabelecer centros de treinamento formal para os trabalhadores dos COS. O primeiro centro de treinamento abriu em Nova Iorque em 1897, seguido por programas em Boston, Chicago, St. Louis e Filadélfia. Assim surgiu a profissão de assistente social. Sua fundadora foi Mary Richmond, tendo como objetivo a reintegração social do ser humano (Okpych & James, 2014).

O Serviço Social e a área da saúde têm uma relação bastante intensa, na verdade histórica, pois fez parte da construção da identidade profissional do Assistente Social. Essa aproximação entre o Serviço Social e a área da saúde aconteceu quando Mary Richmond, a fundadora do Serviço Social, se referia a Florence Nightingale, a fundadora da enfermagem, como uma das pioneiras do trabalho social, isso devido à estratégia operacional por ela criada no campo da enfermagem, as “visitadoras de saúde”, na qual Richmond vai trazer para o Serviço Social a visita domiciliar como possibilidade de realização da prática profissional (Martinelli, 2014).

Em 1905, o Dr. Richard Cabot criou o primeiro Serviço Social Médico, inserindo-o na estrutura organizacional do Hospital Geral de Massachussets, Boston. Dr. Cabot, reconhecendo a ação do Serviço Social como valioso instrumento tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento médico social dos pacientes ambulatoriais e internados, considerou-o indispensável nas equipes de saúde (Figura 2). A partir daí vários hospitais, iniciando pelo Hospital Geral de Massachussets, Boston, passaram a requerer a presença desse profissional (Martinelli, 2014).



Figura 2: Imagem do primeiro hospital a inserir em sua equipe o profissional assistente social.

Fonte: Museu do Hospital Geral de Massachussets, Boston, EUA.

No Brasil, a primeira escola de Serviço Social surgiu em 1936, na cidade de São Paulo, e nasce como profissão com a influência da Igreja Católica, no cenário do processo de industrialização do país, ajudando na reorganização da vida dos operários (Aguilar, 1995). Para Martinelli 2009 “o Serviço Social já nasceu sendo uma profissão que tem um compromisso com a construção de uma sociedade humana, digna e justa; é uma profissão de natureza interventiva, com um profundo significado social. Todo conhecimento que o Serviço Social domina vem de seu conhecimento teórico metodológico e da realidade onde atua. Transformar esse conhecimento silencioso em conhecimento partilhado é necessário”.

Na saúde, os assistentes sociais atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. É no atendimento direto aos usuários que se concentra a maioria das ações dos assistentes sociais. Esse atendimento ocorre nos diversos locais de atuação profissional na saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade (Nogueira & Miotto, 2007).

As ações que predominam no atendimento direto aos usuários são as ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas. Todas essas ações não ocorrem de forma isolada, mas integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis. Organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação está dentre as principais ações a serem desenvolvidas pelo assistente social da saúde (Nogueira & Miotto, 2007).

O Serviço Social é composto por um espectro de funções sociais, englobando a ação de democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas), fazendo encaminhamentos aos recursos da comunidade, de acordo com os direitos sociais da população usuária; cabe ao profissional de Serviço Social delinear o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde [CFESS] (2009).

Sua atuação enfatiza os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individuais e/ou grupais, ao mesmo tempo em que facilita e possibilita o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social, por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação. Cabe, portanto, ao assistente social conhecer a realidade do usuário por meio de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade, resguardando a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais. Sendo assim, necessita conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, fortalecerem os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação [CFESS] (2009).

Cabe, pois, ao assistente social formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto às informações sociais dos usuários, por meio do registro no prontuário único, resguardando as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social. Garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços; emitir manifestação técnica em matéria de Serviço Social, em pareceres individuais ou conjunto,

observando o disposto na Resolução nº 557/2009 do Conselho Federal de Serviço Social [CFESS] (2009).

Ainda, considerando as atribuições do assistente social na saúde, o assistente social não deve usar, em seu processo de trabalho de terapias individuais, de grupo, de família ou comunitárias, as chamadas “Práticas Terapêuticas ou Serviço Social Clínico”, vale ressaltar-se que essas ações referem-se a práticas de técnicas holísticas corporais e de terapias psicológicas, foge, portanto, do domínio de sua competência, pois não estão previstas na legislação profissional, seja referente ao ensino da graduação, expressas nas diretrizes curriculares aprovadas pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), seja na lei de regulamentação da profissão, embora esta atuação seja preconizada no Serviço Social europeu e americano (Iamamoto, 2002).

No processo de trabalho do assistente social, os instrumentos e técnicas de intervenção não podem ser mais importantes que os objetivos da ação profissional, pois não basta apenas o profissional ter habilidade técnica de manusear um instrumento de trabalho, mas também saber o motivo de estar utilizando determinado instrumento. O diferencial de um profissional é saber adaptar um determinado instrumento às necessidades do seu dia a dia. Nessa capacidade criativa do assistente social está seu potencial de saber utilizar instrumentos consagrados da profissão, mas também de criar outros tantos que possam produzir mudanças na realidade social. Portanto, cabe aos assistentes sociais, e principalmente aos pesquisadores, a capacidade de conhecer essa diversidade de práticas, e que somente será possível por meio da sistematização das práticas (de Sousa, 2008).

A sistematização das práticas do assistente social não só sustenta o próprio reconhecimento pelo Serviço Social dos limites, dos avanços e da contribuição efetiva de sua atuação, como pode efetivar-se como um componente fundamental de sua visibilidade social e institucional. Embora as ações de padronização, sistematização e PBE estejam vinculadas no setor da saúde em outros países à prática do Serviço Social Clínico, no Brasil, por não haver a categorização e a inserção clínica do Serviço Social, essas ações podem ser introduzidas nas relações profissionais em que haja indivíduo, grupo e/ou família e comunidade (Nogueira & Mioto, 2007; de Almeida, 2006).

O assistente social também integra a equipe multiprofissional na saúde, ele dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das necessidades do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais profissionais que integram a equipe multiprofissional. Na equipe multiprofissional, as ações desenvolvidas pelos profissionais da saúde são interdependentes e complementares, e se espera que cada profissional exerça com toda eficiência necessária o conjunto amplo e complexo das ações de saúde (CFESS, 2009; Velloso, 2009)

Cada um dos profissionais de saúde que compõe a equipe multiprofissional deve ter total autonomia de atuação naquilo que é claramente de sua área de competência, não podendo um ser liderado pelo outro. Atualmente são 14 profissões de nível superior reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde como da área da saúde: Biomedicina, Biologia, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (Velloso, 2009).

Segundo os autores Machado, Oliveira e Moíses (2011), o sexo feminino, tanto mundialmente como no Brasil, é o que predomina na equipe multiprofissional da saúde, em especial nas categorias profissionais de medicina, enfermagem, nutrição, odontologia e Serviço Social. As mulheres representam 70% do mercado de trabalho em saúde.

2.3 A PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS - PBE

A Prática Baseada em Evidências - PBE é a integração das melhores evidências de pesquisa à habilidade clínica do profissional, levando em consideração a preferência do paciente. Evidência é aquilo que é claro, é a comprovação de uma verdade, quando não há qualquer dúvida. Para que se confirme uma evidência científica é preciso que haja uma pesquisa prévia, elaborada em cima das normas científicas (Pimenta, 2005).

Devido às evidências realizadas por pesquisadores em todo o mundo não chegarem aos profissionais médicos e pacientes de forma atualizada e confiável, surgiu um movimento designado de PBE. Ele cresceu com o objetivo de responder esse vazio entre pesquisa e prática (Sackett, 2003).

As transformações ocorridas no contexto social e econômico mundial têm requerido mudanças na prática dos profissionais de saúde. Essas mudanças levam à revisão da atuação de diversos profissionais, exigindo maior sistematização das práticas. Para viabilizar essa sistematização, tem sido reforçada a padronização das práticas. Essa exigência leva os profissionais da saúde a buscar evidências sistemáticas relacionadas à eficácia dos serviços prestados (Sampaio, Mancini & Fonseca, 2002).

Em estudo realizado por Lacerda et al. (2011), na área da saúde no Brasil é relevante o avanço de estudos sobre PBE, principalmente vindo da área médica, mas é expressiva também em outras categorias profissionais como a enfermagem e a fisioterapia.

Em países como os Estados Unidos, Canadá e Austrália, a PBE torna-se cada vez mais presente no Serviço Social. Além disso, em muitos países do norte da Europa, incluindo a Holanda, assistentes sociais estão cada vez mais sendo solicitados pelos governantes para se envolverem em PBE (Zwet, Kolmer, & Schalk, 2014). Até o presente estudo não foram encontrados na literatura estudos sobre PBE no Serviço Social do Brasil.

Na Holanda, o governo e as autoridades locais estão exigindo mais responsabilidade e eficácia no Serviço Social, o que levou a uma crescente atenção para a PBE como um meio de profissionalização em Serviço Social. Em 2008, o Ministério da Saúde e Bem-Estar holandês encomendou um projeto com a duração de cinco anos sobre intervenções sociais efetivas, com o objetivo de melhorar a utilização dos conhecimentos de investigação no Serviço Social. Esse projeto surgiu para incentivar e facilitar o uso de conhecimento de investigação na prática do Serviço Social, disponibilizando sem custo, em banco de dados online, informações sobre a eficácia das intervenções sociais mais utilizadas (Zwet et al., 2014).

2.3.1 O Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS)

Os prestadores de serviços de saúde estão na linha de frente das prestações de serviços aos consumidores. No entanto, os tratamentos e intervenções que estão sendo utilizados no atendimento direto a esse consumidor muitas vezes não são baseados em evidências de eficácia ou efetividade (Hoagwood & Olin, 2002). Apesar de a maioria dos modelos baseados em provas não capturem a riqueza e a complexidade da relação fornecedor-consumidor, oferecer serviços com evidência de eficácia é uma prioridade. Para que as intervenções mais eficazes e eficientes sejam disseminadas e implementadas nos serviços de saúde, e para que ocorra uma adaptação

eficaz, é necessário uma melhor compreensão das atitudes dos profissionais. (Candel & Pennings, 1999; Frambach & Schillewaert, 2002; Rogers, 1995).

O EBPAS é um instrumento desenvolvido pelo psiquiatra americano Gregory A. Aarons, professor da Universidade da Califórnia, San Diego (Aarons, 2004). O EBPAS foi elaborado para avaliar atitudes do profissional de saúde para adoção de inovação e PBEs nas configurações dos serviços de saúde. O EBPAS preenche uma lacuna que permite a avaliação quantitativa das atitudes do profissional, a qual pode ser usada na criação de modelos de implementação de inovação e na avaliação de prontidão do profissional para adotar novas práticas (Aarons et al., 2007).

Nesse sentido, atitude é entendida, segundo Martins & Theóphilo (2009), como uma “predisposição apreendida pelo sujeito para responder consistentemente, de maneira favorável ou desfavorável, a respeito de um objeto ou representação simbólica, ela está relacionada com o comportamento do sujeito em relação ao objeto, símbolo ou situação que lhe é exposta”. As atitudes são marcadores de conduta, são variáveis qualitativas por apresentarem um certo grau de subjetividade e de difícil medição. No entanto, quando necessário, as variáveis qualitativas podem ser adaptadas para interpretar uma séria quantitativa. As escalas sociais e de atitudes surgem para favorecer a análise dos dados qualitativos, em que uma escala é construída por meio de uma sequência de enunciados, e ao referir pesos para cada enunciado, estará transformando uma variável qualitativa em quantitativa (Martins & Theóphilo, 2009).

Fazem parte do instrumento questões relacionadas à caracterização dos sujeitos da pesquisa quanto aos aspectos sociodemográficos, bem como dados relacionados à formação e experiência profissional (Aarons, 2004; Aarons et al., 2007).

O EBPAS é composto por 15 itens medidos em uma escala tipo *Likert* de 5 pontos, variando de 0 (nenhum pouco) a 4 (totalmente), divididos em quatro subescalas e uma pontuação total de escala, que representa a atitude global dos respondentes para inovações, novas práticas e PBE.

- ❖ A subescala requerimentos avalia a probabilidade à qual o profissional adotaria uma nova prática se fosse exigido pela sua Instituição, Governo Estadual ou supervisor, ela é composta por três itens.

- ❖ A subescala recurso avalia a probabilidade de adoção de novas práticas mediante algum tipo de recurso, como: intuição, colegas satisfeitos e treinamento satisfatório. Ela é composta por quatro itens.
- ❖ A subescala abertura avalia a probabilidade do profissional estar aberto para tentar novas intervenções, e estaria disposto a tentar ou usar intervenções estruturadas ou disponibilizadas em um manual. Ela é composta por quatro itens.
- ❖ A subescala divergência avalia a probabilidade que o profissional percebe novas práticas e PBE não clinicamente útil e menos importante do que a experiência profissional. Ela é composta por quatro itens.

O instrumento tem sido utilizado nos Estados Unidos e internacionalmente, tendo sido emitido mais de 50 permissões para a utilização do EBPAS em pesquisas e estudos de avaliação nos Estados Unidos, Irã, Israel, Japão, Coreia, Noruega, Romênia, Suécia e no Brasil, para esta pesquisa (Aarons et al., 2010).

A validação de instrumentos na área das Ciências Sociais Aplicadas, como está posicionado o Serviço Social, possui particularidades dos processos e métodos já consagrados nas validações aplicadas nas Ciências Básicas, principalmente na Saúde (Ferreira & Marques, 1998).

A lógica interpretativista é construtivista, ou seja, pressupõem que a construção dos significados sociais seja resultado da interação humano-social, a partir da constatação de que o conhecimento da realidade empírica depende das ações humanas e é formulado por meio da interação entre as pessoas e destas com o ambiente em que vivemos, sendo assim, formado e transmitido no contexto social (Saccol, 2009).

Walsham (1993, p. 5) acrescenta que os “métodos interpretativos de pesquisa partem do princípio que o nosso conhecimento da realidade, incluindo o domínio da ação humana, é uma construção social por atores humanos e que isso se aplica também aos pesquisadores”. Sendo assim, Saccol (2009) reforça que a realidade objetiva a ser descoberta por pesquisadores contrasta nas Ciências Sociais com a suposição da ciência positivista.

As teorias em relação às representações sociais empíricas são formas de dar sentido à realidade e significados interdisciplinares de intersubjetividade ao invés de objetividade. O entendimento das relações e dos processos sociais exige aprofundamento do pesquisador na

realidade na qual eles são gerados. Isso requer conhecer como as práticas e os significados são construídos e informados pela linguagem e por regras tácitas compartilhadas em um determinado contexto social (Saccol, 2009; Walsham, 1993; Hacking, 1999).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa trata-se de um estudo metodológico exploratório com abordagem quantitativa e metodológica da adaptação transcultural e validação de instrumento, de acordo com o método proposto por Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz (2000); Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz (2007), que contempla duas fases: adaptação transcultural e validação. A figura 3 demonstra a evolução deste estudo.

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

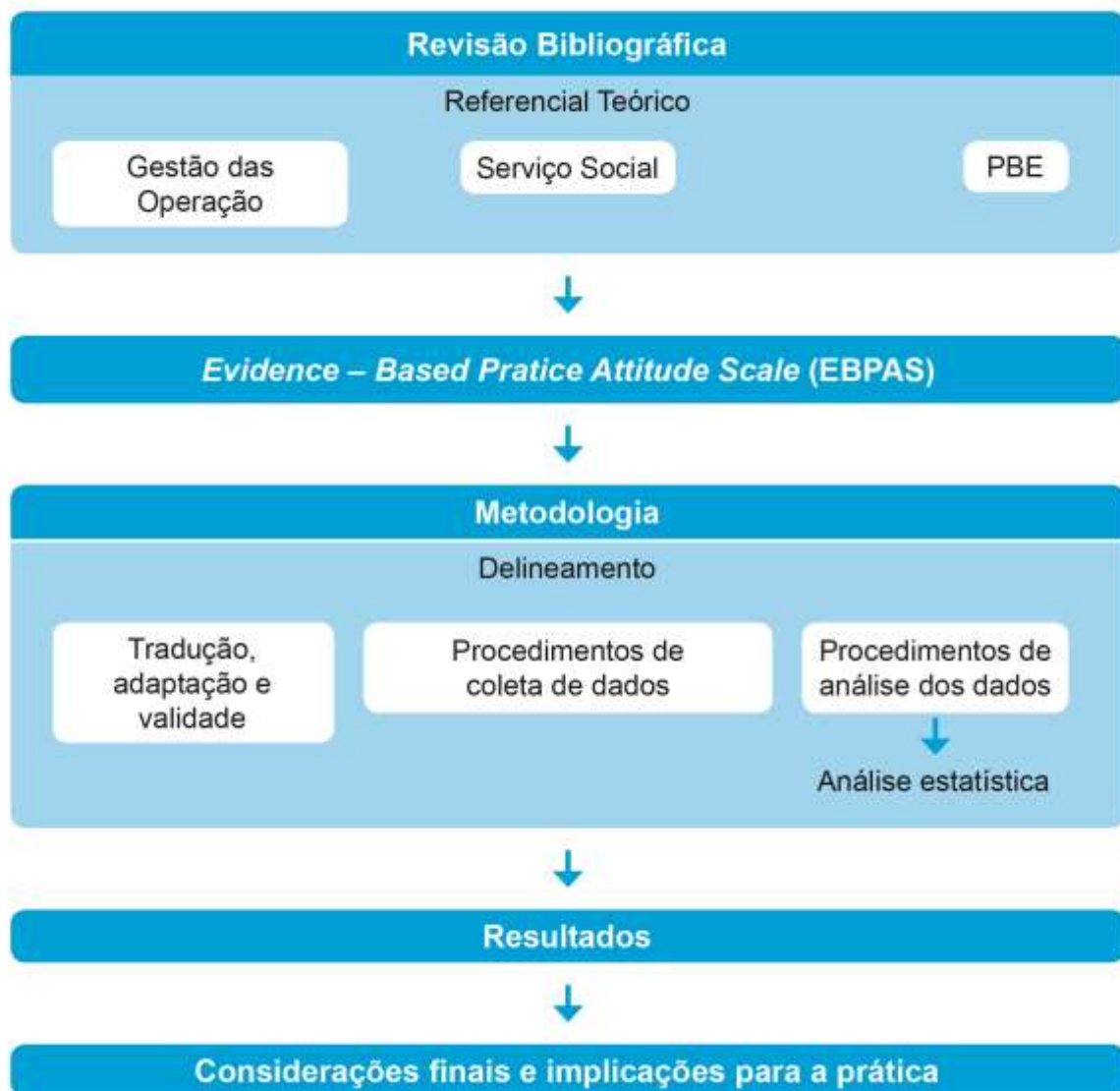


Figura 3: Delineamento da pesquisa

A procura contínua por novas descobertas é permanente na vida do homem. O conhecimento científico se sobressai dentre os tipos de conhecimentos existentes, pois se dá por meio de investigação metódica e sistemática da vida real, acompanha aplicações de métodos, faz análises, classificações e comparações. Mostra-se como um meio de estimular o ser humano a não ser passivo diante de fatos e objetos e, sim, ter poder de ação e controle sob os mesmos (Martins & Theóphilo, 2009).

A pesquisa científica é uma forma de investigação com finalidade de encontrar respostas aos questionamentos da sociedade por meio de procedimentos científicos. A pesquisa utiliza o método científico para descobrir respostas ao problema, e para isso faz uso de procedimentos metodológicos (Raupp & Beuren, 2003).

Para o desenvolvimento de todo estudo científico é necessária uma pesquisa bibliográfica, em que é construído todo o referencial teórico da pesquisa, por intermédio de livros e artigos científicos. É por meio desse levantamento de material de pesquisa que é construído o trabalho científico (Martins & Theóphilo, 2009).

A natureza deste estudo refere-se à pesquisa aplicada, pois os conhecimentos obtidos serão usados para aplicação prática, dirigidos para a solução de problemas da atualidade (Silva, 2003). O presente estudo irá adaptar e validar um instrumento que avalia atitudes do profissional de saúde para adoção de inovação, novas práticas e PBE, que podem contribuir para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e o desempenho organizacional.

Este estudo, quanto aos objetivos, classifica-se como pesquisa exploratória e descritiva. Pesquisa exploratória porque têm como objetivo explorar uma situação para obter critérios e compreensão ou a descoberta de intuições, e descritiva porque têm como objetivo estudar as características de um grupo, levantar opiniões e atitudes (assistentes sociais da saúde quanto à adoção de novas práticas). As pesquisas descritivas fazem uso de técnicas padronizadas para coleta de dados, como o questionário, sendo para este estudo, o instrumento EBPAS (Gil, 2009; Malhotra, 1999).

3.1.1 Processos de tradução, adaptação e validação de medidas pré-existente

O processo de tradução e adaptação de um instrumento de medidas pré-existente é um processo complexo, em virtude das diferenças culturais existentes entre os países. Portanto, para

que qualquer instrumento possa ser utilizado em outra língua, que não seja a original, ele precisa ser traduzido, adaptado culturalmente e validado.

3.1.1.1 Adaptação transcultural

Na literatura, vários autores, como Beaton et al. (2000); Beaton et al. (2007); Hambleton (2005); *International Test Commission* (ITC, 2010); Gjersing, Caplehorn & Clausen (2010); Cassepp-Borges, Balbinotti & Teodoro (2010); Reichenheim & Moraes (2003), destacam a relevância e o dever desse processo ser cuidadoso, no entanto, é descrita uma variedade de métodos para sua realização e não há um acordo sobre o melhor método (Borsa, Damásio & Bandeira, 2012). Portanto, para garantir a veracidade da adaptação transcultural de instrumentos, torna-se necessária a normalização de métodos para sua realização, assim como as etapas que devem ser seguidas. Geralmente a literatura destaca que a adaptação de um instrumento deve conter cinco etapas que são fundamentais: tradução do instrumento do idioma original para o idioma ao qual o instrumento será adaptado; síntese das versões traduzidas; retrotradução, ou seja, a tradução reversa para o idioma original; avaliação por um comitê de juízes quanto à equivalência semântica, idiomática, conceitual e experimental e pré-teste, que é a aplicação a uma pequena amostra a quem o instrumento se destina, para que se possa assegurar quanto à clareza dos itens, e se as expressões coloquiais representam o vocabulário que a população alvo utiliza (Borsa et al., 2012; Beaton et al., 2000; Beaton et al., 2007; Reichenheim & Moraes, 2003). Segundo esses autores, são etapas essenciais que devem envolver o processo de tradução e adaptação de instrumentos de medida.

A Figura 4 mostra o esquema metodológico proposto por Beaton et al., (2000); Beaton et al., (2007).

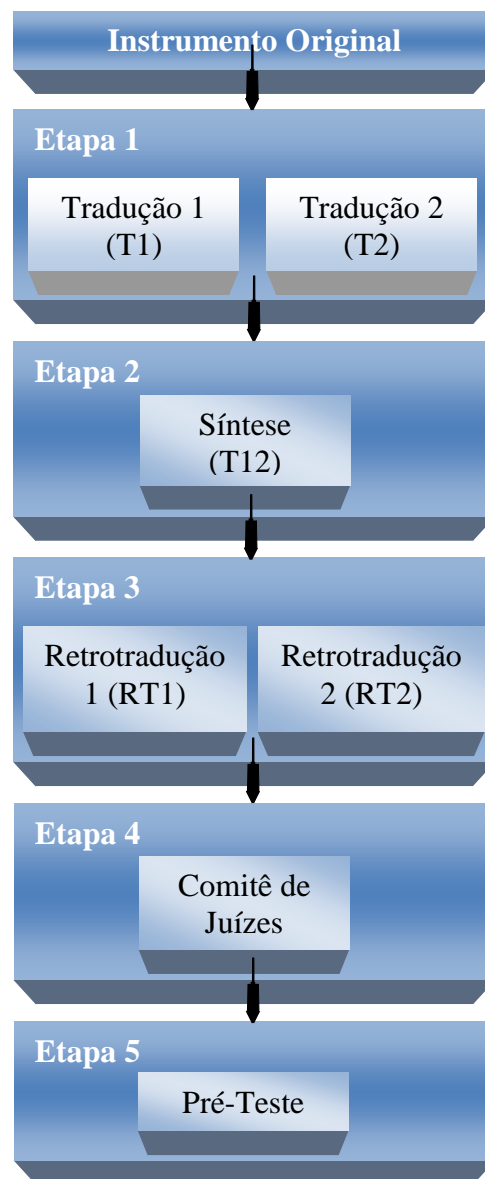


Figura 4: Representação das etapas recomendadas para adaptação transcultural

Fonte: Adaptado de Beaton, et al. (2000); Beaton et al. (2007).

- **ETAPA 1: Tradução (T1 e T2):** Devem ser realizadas duas traduções por tradutores independentes, com perfis diferentes, nativos do idioma no qual o instrumento será validado e ter domínio do idioma original do instrumento. Um dos tradutores deve estar ciente dos objetivos do estudo e os conceitos envolvidos;
- **ETAPA 2: Síntese das traduções (T12):** Com o instrumento original e as duas versões do instrumento traduzido é formulada uma versão final da tradução por

meio de uma equipe formada pelos dois tradutores e uma terceira pessoa envolvida no processo, obtendo-se assim uma única tradução;

- ETAPA 3: Retrotradução (RT1 e RT2): Deve ser realizada por dois tradutores nativos do instrumento original, que tenham domínio da língua a qual foi adaptado e não devem ter acesso ao instrumento original;
- ETAPA 4: Revisão do comitê de juízes: Em poder do instrumento original, síntese das traduções, retrotraduções e conhecimento do que o instrumento se propõe a mensurar, o objetivo do comitê de juízes é elaborar uma versão final. Deve ser formado por bilíngues, especialista na área do instrumento e representantes de diferentes áreas do conhecimento. Essa etapa irá avaliar as equivalências semântica, idiomática, experimental ou cultural e conceitual do instrumento. A equivalência semântica avalia o significado das palavras, o vocabulário e a gramática; a equivalência idiomática avalia se os itens referentes às expressões coloquiais e idiomáticas estão o mais próximo possível da versão original; a equivalência experimental ou cultural verifica se a versão adaptada é aplicável na nova cultura, caso contrário substitui por um item equivalente e a equivalência conceitual consiste em identificar se determinado termo ou expressão avalia o mesmo aspecto em diferentes culturas;
- ETAPA 5: Pré-teste: É realizado com a versão adaptada do instrumento, em uma amostra da população alvo. O objetivo desta fase é garantir o aprimoramento da versão adaptada quanto à sua compreensão e clareza.

Depois de concluída a fase de adaptação transcultural de um instrumento é importante a avaliação das propriedades psicométricas, visando avaliar se as características do instrumento original foram conservadas (Beaton et al., 2000; Beaton et al., 2007).

3.1.2 Avaliação das propriedades psicométricas

Para medir, avaliar ou quantificar os resultados obtidos por meio do instrumento adaptado é necessário determinar a validade e a confiabilidade (Martins & Theóphilo, 2009).

A validade de um instrumento corresponde à capacidade de medir aquilo que o instrumento se propõe a medir, ou seja, confirma-se que um instrumento é válido se realmente

mede o que aparentemente deve medir. Ela pode ter validade aparente ou de face, validade de construto ou conceito, validade de conteúdo e validade de critério (Vieira, 2009; Martins & Theóphilo, 2009).

- Validade de Face ou Aparente: É o grau com que um instrumento aparentemente mede o que foi projetado para medir. É avaliada por um juiz ou um comitê de juízes que examinam uma técnica de mensuração e determinam se ela mede o que seu nome sugere;
- Validade de Construto ou Conceito: É o grau com que um instrumento de medidas se compara fortemente com outras medições, se identificam derivadas da mesma teoria e conceitos que estão sendo medidos;
- Validade de Conteúdo: É o grau com que uma medida abrange toda a gama de significados incluídos dentro de um conceito. É o grau em que a medição representa o conceito que se pretende medir;
- Validade de Critério: É o grau com que um instrumento de medidas se compara com algum critério externo, padrão, o qual se julga a validade do instrumento. Se o critério se fixa no presente, temos a validade convergente. Se o critério se fixa no futuro, temos a validade preditiva.

A confiabilidade de um instrumento corresponde ao grau em que sua repetida aplicação, ao mesmo sujeito ou objeto, produz resultados semelhantes. A confiabilidade é medida estatisticamente por coeficientes de correlação que podem ser: método do teste reteste e a avaliação da consistência interna. No método de teste reteste o instrumento de medida é aplicado duas vezes para o mesmo grupo de pessoas. Se a correlação entre os resultados das duas aplicações for fortemente positiva, o instrumento pode ser considerado confiável. O método de teste reteste fornece uma medida de estabilidade, ou seja, da extensão com que as pessoas respondem às mesmas perguntas da mesma forma, depois de certo tempo. A avaliação da consistência interna corresponde à proporção com que os diversos itens conduzem às mesmas respostas. Pode ser obtida por meio da técnica das Metades Partidas (*split-half*), coeficiente KR-20 e coeficiente Alfa de Cronbach. O Alfa de Cronbach é o método mais utilizado, ele calcula uma média de todos os coeficientes de correlação. Seus valores variam de 0 (não há correlação) a 1,0 (correlação perfeita), portanto, quando o coeficiente for maior que 0,70 é considerado que há confiabilidade das medidas (Vieira, 2009; Martins & Theóphilo, 2009).

3.1.3 Etapas do processo de tradução, adaptação e validação realizadas para este estudo

O processo de tradução, adaptação e validação adotado para o instrumento EBPAS foi aquele proposto por Beaton et al. (2000); Beaton et al. (2007), representado na Figura 4 que, como mencionado anteriormente, contempla duas fases: adaptação transcultural e validação.

No Brasil, alguns autores (Figura 5) têm utilizado as etapas para a adaptação cultural de instrumentos propostos por Beaton et al. (2000); Beaton et. al (2007).

Título do Trabalho	Autores	Ano de publicação	Descritores
Adaptação cultural para o Brasil e desempenho psicométrico do “ <i>Evidence-Based Practice Questionnaire</i> ”	Karina Rospendowski Neusa Maria Costa Alexandre Marília Estevam Cornélio	2014	Pesquisa em enfermagem; Pesquisa em enfermagem clínica; Enfermagem baseada em evidências; Psicometria.
Adaptação transcultural e validação do instrumento <i>Conditions of Work Effectiveness – Questionnaire-II</i>	Elizabeth Bernardino Ana Maria Dyniewicz Kaoana Lima Botto Carvalho Wagner Hugo Bonat	2013	Eficiência; Trabalho; Estudos de Validação; Enfermagem.
Tradução e Adaptação do <i>Premature Infant Pain Profile</i> para a língua portuguesa	Mariana Bueno Priscila Costa Angélica Arantes Silva de Oliveira Roberta Cardoso Amélia Fumiko Kimura	2013	Recém-nascido; Dor; Avaliação da dor; enfermagem.
Percurso metodológico para tradução e adaptação de escalas na área da saúde sexual e reprodutiva: uma revisão integrativa	Elizian Braga Rodrigues Bernardo Hellen Livia Oliveira Catunda Mirna Fontenele de Oliveira Paula Renata Amorim Lessa Samila Gomes Ribeiro Ana Karina Bezerra Pinheiro	2013	Enfermagem; Prática clínica baseada em evidências, Estudos de Validação; Saúde sexual e reprodutiva.
Escala de conflito em tomadas de decisão em saúde: instrumento adaptado e validado para língua portuguesa	Maria Julia Costa Marques Martinho Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins Margareth Ângelo	2012	Teoria da decisão; Pacientes; cuidados de enfermagem; comparação transcultural; Psicometria.
Adaptação cultural e validação do instrumento Diabetes – 39 (D-39): versão para brasileiros com diabetes mellitus tipo 2 – fase 1	Flávia Aline de Queiroz Ana Emília Pace Claudia Benedita dos Santos	2009	Qualidade de vida; diabetes mellitus tipo 2; estudos de validação.

Figura 5: Trabalhos produzidos com a metodologia de Beaton et al. (2000); Beaton et al. (2007)

Fonte: Elaborada pelo autor

Antes de se iniciar o processo de adaptação e validação do instrumento EBPAS, entrou-se em contato com o autor Dr. Gregory A. Aarons, por meio de correio eletrônico, para obter autorização para realizar a tradução, adaptação e validação do EBPAS e para ter acesso à sua versão original. O autor autorizou a tradução, adaptação e validação e a utilização da escala no Brasil, conforme consta nos anexos desta pesquisa (ANEXO A).

3.1.3.1 Tradução e adaptação do EBPAS para a língua portuguesa falada no Brasil

3.1.3.1.1 Tradução (T1 e T2)

Nesta etapa foram realizadas duas traduções por dois tradutores, de forma independente, ambos nascidos no Brasil, com domínio na língua inglesa, sendo que um dos tradutores estava ciente dos objetivos e conceitos do instrumento a ser traduzido. Uma tradutora é professora de inglês, com formação em letras e a outra tradutora é profissional da área da saúde, com formação em psicologia e teve conhecimento dos objetivos do instrumento original (APÊNDICES A e B).

3.1.3.1.2 Síntese (T12)

A síntese das duas traduções foi elaborada pelas duas tradutoras da etapa anterior, a pesquisadora e um psicólogo, todos com domínio do idioma inglês e realizada com base no instrumento original e nas duas traduções (APÊNDICE C).

3.1.3.1.3 Retrotradução (RT1 e RT2)

Com base na síntese (T12), relatada no item anterior, foram realizadas duas retrotraduções por dois tradutores independentes, que não conhecem a versão original do instrumento, ambos nativos do instrumento original, com fluência na língua portuguesa falada no Brasil, e não pertencem à área da saúde. A retrotradução foi realizada por uma advogada e um professor universitário (APÊNDICES D e E)

3.1.3.1.4 Comitê de Juízes

O comitê de juízes foi composto por seis especialistas da área da saúde, recursos humanos e sociais e metodologia de adaptação transcultural, sendo três psicólogos, duas enfermeiras e uma odontologista, todos com domínio da língua inglesa.

Os membros do comitê de juízes receberam por meio de correio eletrônico um quadro sinótico contendo: o instrumento original, as duas traduções (T1 e T2) e a síntese (T12), e juntamente com esse quadro foram encaminhadas as duas retrotraduções (RT1 e RT2), uma carta

convite com as instruções para a avaliação das equivalências: semântica, idiomática, conceitual e experimental e o artigo original da validação do instrumento EBPAS do autor Aarons, (2004) e Aarons et al. (2007).

Foi solicitado aos membros do comitê que ao avaliar a tradução do EBPAS para o português, a concordância com a tradução fosse julgada em uma escala de 0 (zero) a 7 (sete), sendo que zero significa “não concordo com a tradução” e sete significa que “concordo totalmente com a tradução”. Também foi solicitado que escrevessem no campo comentários as sugestões para melhorar a tradução, caso julgassem necessário (APÊNDICES F e G).

Os membros do comitê de juízes enviaram suas avaliações, que foram analisadas em um banco de dados da pesquisa para cálculo da taxa de concordância em que, segundo os autores Wynd, Schmidt, Schaefer (2003), indicam como necessária a taxa de 80% de concordância, ou seja, cinco deles concordam com a tradução ou com as propostas de mudanças.

Após a avaliação do comitê de juízes obtivemos a versão adaptada do instrumento EBPAS.

3.1.3.1.5 Pré-Teste

A versão adaptada do instrumento EBPAS foi aplicada a oito assistentes sociais de um Hospital Público da cidade de São Paulo. Os profissionais foram previamente convidados a participar como voluntários da pesquisa, eles foram esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa, e a cada participante do pré-teste foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com o qual foi solicitado seu consentimento em participar do estudo. Após assinatura do TCLE, foi solicitado que respondessem o instrumento e posteriormente foi realizada uma discussão acerca da compreensão de cada item, em que foram orientados a descrever qualquer tipo de incompreensão das questões e sugerir alterações, justificando as razões para as mesmas. Os participantes consideraram o instrumento de fácil compreensão e rápido de responder (média de três minutos), permanecendo a versão adaptada como versão final do EBPAS (APÊNDICES H e I).

3.1.4 Avaliação das propriedades psicométricas

3.1.4.1 Validade

A validade do instrumento em questão foi realizada por meio da validade de face e de conteúdo, ambas através do julgamento de um comitê de especialistas. A validade de face analisa se o instrumento demonstra estar medindo o que se propõe medir e a validade de conteúdo avalia a relevância de cada item do instrumento em representar adequadamente o constructo que pretende medir.

Para esta fase foi solicitado a dez especialistas, todos com título de doutorado, representantes de diversas áreas do conhecimento, que por meio de um quadro em que foram dispostos todos os itens do instrumento, juntamente com as subescalas, que correspondessem cada item ao constructo que pretende medir (APÊNDICES J e K).

Os participantes do comitê de especialistas realizaram suas avaliações, que foram analisadas em um banco de dados da pesquisa para cálculo da taxa de concordância, o qual, segundo os autores Wynd, Schmidt, Schaefer (2003), indicam como necessária a taxa de 80% de concordância, ou seja, oito deles assinalam cada item à subescala correta.

O método empregado para o cálculo da porcentagem da concordância, foi adotada a divisão do número de participantes que concordaram, assumindo até grau 5, divididos pelo número de participantes, multiplicado por 100 (Alexandre & Collucci, 2011).

3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Antes que se iniciasse a coleta dos dados o presente estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética de Pesquisa da Instituição de Saúde e da Instituição de Ensino onde a pesquisadora atua como profissional e mestrande, respectivamente. O projeto foi aprovado sob nº CAAE: 46550515.1.0000.5551 e Número do Parecer: 1.190.373 pela Instituição de Saúde e sob nº CAAE: 46550515.1.3001.55.11 e Número do Parecer: 1.207.991 pela Instituição de Ensino (ANEXOS B e C).

3.2.1 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido com assistentes sociais que atuam nos serviços de saúde no Município de São Paulo.

3.2.2 Amostra

Para validação do EBPAS foi formada uma amostra de conveniência, constituída por 124 assistentes sociais, tendo como critérios de inclusão, serem atuantes no setor da saúde, independente de tempo de experiência.

Para Sapnas e Zeller (2002), sub-amostras de no mínimo 50 e no máximo 100 respondentes são suficientes quando se pretende analisar as propriedades psicométricas de instrumentos de medidas de constructos sociais que está sendo testado em outra população. Este estudo baseou-se em estudos que preconizaram parâmetros de amostras de validação de instrumentos semelhantes à amostra deste estudo, segundo a metodologia adotada (de Queiroz, Pace, & dos Santos, (2009); Klein et al., (2012); Santos, Peixoto, & Tomás, (2013); Bernardino, Dyniewicz, Carvalho, Kalinowski, & Bonat, (2013).

Os assistentes sociais foram convidados para participarem da pesquisa, de duas maneiras, parte por meio de carta convite, encaminhada por correio eletrônico, outros pessoalmente.

3.2.3 Período de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de agosto a novembro de 2015 pela pesquisadora.

3.2.4 *Evidende-Based Practice Attitude Scale* (EBPAS)

O *Evidende-Based Practice Attitude Scale* (EBPAS), instrumento a ser validado neste estudo, conforme descrito anteriormente, avalia quantitativamente a atitude do profissional em estar aberto às inovações, novas práticas e PBE (ANEXOS D e E).

3.2.5 Perfil dos Participantes

Foram levantados os dados dos respondentes com referência à formação acadêmica, ano de conclusão da graduação, idade, sexo, anos de experiência profissional e familiaridade com PBE.

3.3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados da estatística descritiva foi analisado por meio do *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 com os seguintes dados: perfil dos assistentes sociais da amostra de acordo com formação acadêmica complementar, sexo, idade, ano de formação da graduação, anos de experiência profissional e familiaridade com PBE.

Foi realizada análise descritiva de todas as variáveis segundo as medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão) e também a tabulação cruzada.

Para a avaliação das propriedades psicométricas foi realizada a validade de face e conteúdo, ambas por meio da avaliação do comitê de especialistas.

A análise fatorial tem como objetivo principal explicar a correlação ou covariância, entre um conjunto de variáveis, em termos de um número limitado de variáveis não observáveis. Essas variáveis não observáveis ou fatores são calculados pela combinação linear das variáveis originais. Frequentemente um pequeno número de fatores pode ser usado, em lugar das variáveis originais, assim a análise fatorial pode ser utilizada na redução do número de variáveis a serem estudadas e na formação de construtos.

Dentre as várias técnicas de análise fatorial se destaca a análise de componentes principais que é um método estatístico multivariado que permite transformar um conjunto de variáveis iniciais correlacionadas entre si, num outro conjunto de variáveis não-correlacionadas (ortogonais), as chamadas componentes principais, que resultam de combinações lineares do conjunto inicial. Para a aplicação desta técnica faz-se uso da rotação fatorial que é um processo de manipulação ou de ajuste dos eixos fatoriais para conseguir uma solução fatorial mais simples e pragmaticamente mais significativa, cujos fatores sejam mais facilmente interpretáveis.

A avaliação da consistência interna foi obtida por meio da técnica do coeficiente alfa de Cronbach. A validade de critério foi verificada pelo coeficiente de correlação ordinal de *Spearman* entre as diferentes subescalas e a escala da amostra (Fleck et al., 1999).

3.4 LIMITAÇÕES DO MÉTODO

A metodologia que envolve a validade e transculturação de um instrumento preconizada por Beaton et al. (2000); Beaton et al. (2007), embora tenha sido uma técnica adequada para a validação do conteúdo possui algumas delimitações, no critério de especialistas considerados, na metodologia descrita como uma lógica paraconsistente e no perfil da amostra.

4 RESULTADOS DA PESQUISA

A apresentação dos resultados desta pesquisa se iniciará pela adaptação transcultural do EBPAS.

Após a tradução, síntese das traduções e retrotraduções, o instrumento foi avaliado por um comitê de juízes quanto às suas equivalências semântica, idiomática, conceitual e experimental.

Foram consideradas as sugestões do comitê na subescala Requerimentos, item 12, a substituição da palavra “agência” por “instituição”, e no item 13 a palavra “estado” por “Governo Estadual”, e nos itens onde aparece a terminologia “cliente” acrescentar “paciente”, para uma melhor adequação à nossa forma de expressão. As questões restantes foram todas mantidas por obterem índice de concordância igual e/ou acima de 80%.

3.5.1 Análise Descritiva da Amostra

Os resultados da análise descritiva estão na Tabela 1, da qual consiste do perfil dos assistentes sociais da amostra composta por idade, ano de conclusão da graduação e tempo de experiência.

Tabela 1: Perfil dos 124 respondentes expressos em média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo.

(n= 124)	Idade (anos)	Ano de conclusão	Tempo de experiência (anos)
Média	43	1997	16
Desvio padrão	11	12 anos	11
Mediana	41	2000	14
Mínimo	26	1973	1
Máximo	66	2014	42

Fonte: dados da pesquisa

Dentre os respondentes, 117 (94%) são do gênero feminino e 7 (6%) do gênero masculino, totalizando os 124 participantes (Figura 6).

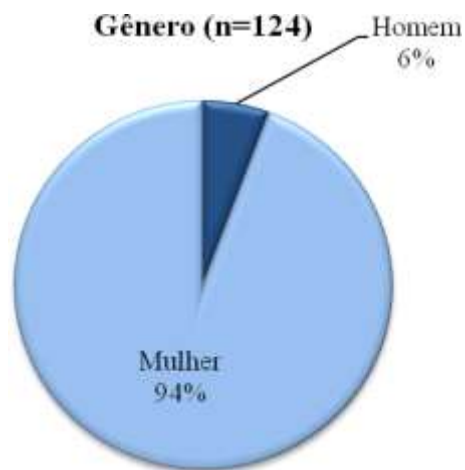


Figura 6: Gráfico da porcentagem de homens e mulheres do presente estudo.

A formação acadêmica predominante foi a graduação (58 respondentes), sem formação complementar, sendo o básico para exercício da profissão. Considerando a formação complementar, a especialização foi qual apresentou maior frequência de respondentes, 37, seguida da pós-graduação *lato sensu* com 16. Dentre a pós-graduação *strictu sensu*, nenhum respondente possui como formação máxima o mestrado, porém dois possuem doutorado (Figura 7).

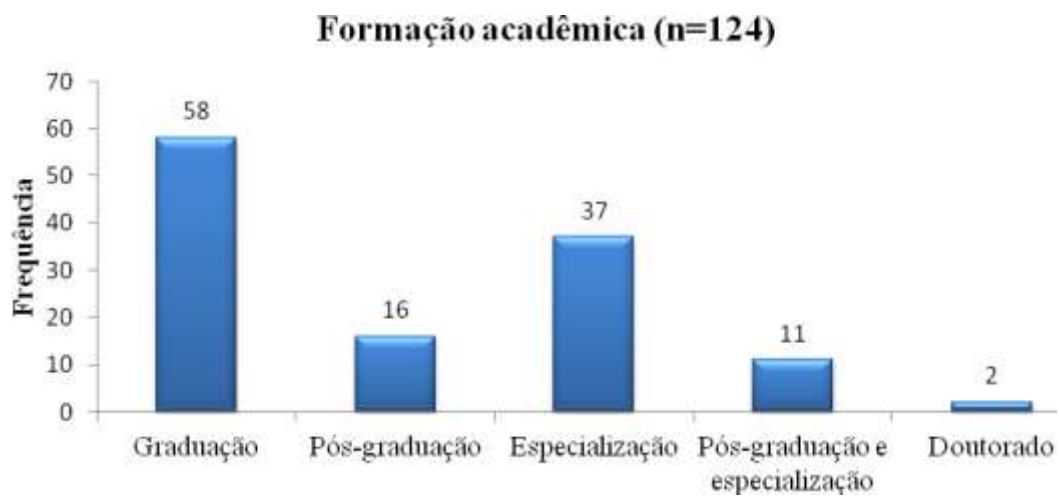


Figura 7: Gráfico da formação acadêmica dos participantes da pesquisa

Do questionário aplicado, para os resultados relacionados à PBE, dentre os 124 respondentes, 106 pessoas (85%) desconhecem sobre a prática (Tabela 2). Para os 18 respondentes que possuem familiaridade com a PBE, nove não tem formação acadêmica complementar, com ano de conclusão entre 1974 e 2012 (Figura 8). A especialização apresentou seis respondentes, enquanto a pós-graduação *lato sensu* e a pós-graduação e especialização apresentaram dois e um respectivamente.

Tabela 2: Número e porcentagem (%) de respondentes sobre PBE.

(n=124)	Possui conhecimento sobre PBE?	
	Sim	Não
Frequência	18	106
Porcentagem (%)	15%	85%

Fonte: Dados da pesquisa

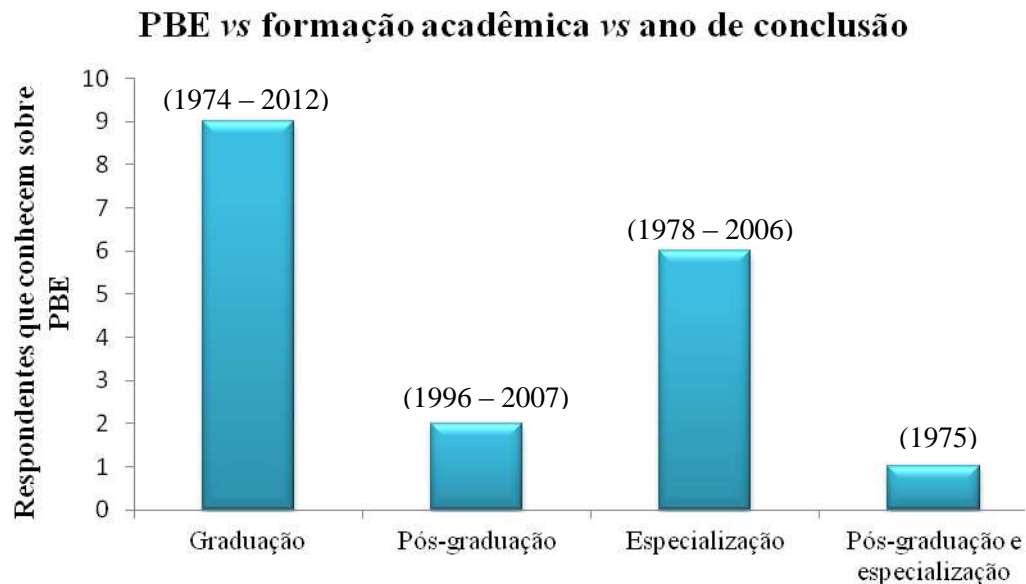


Figura 8: Gráfico dos respondentes que possuem conhecimento sobre PBE relacionado a formação acadêmica e ano de conclusão.

3.5.2 Avaliação das Propriedades Psicométricas do EBPAS

A avaliação das propriedades psicométricas do EBPAS foi realizada pela consistência interna testada pelo alpha de Cronbach e da validade de critério por meio do coeficiente de correlação ordinal de *Spearman*.

Foi analisado o grupo feminino da amostra (94%).

Tabela 3 : Coeficiente alfa de Cronbach da escala, subescalas e itens (n=117)

Elemento	N. itens	Coeficiente alfa de Cronbach	IC95%
Subescalas	04	0.23	0.00 a 0.62
Escala	15	0.47	0.32 a 0.74
Requerimentos	03	0.91	0.88 a 0.96
Recurso	04	0.48	0.31 a 0.75
Abertura	04	0.72	0.63 a 0.86
Divergência	04	0.45	0.27 a 0.73

Fonte: Dados da pesquisa

Validade de Critério

Tabela 4: Coeficiente de correlação ordinal de *Spearman* entre as diferentes subescalas e a escala da amostra (n=117)

	Escala	Requerimentos	Recurso	Abertura	Divergência	Divergência i
Escala	1.00					
Requisitos	0.69*	1.00				
Recurso	0.34*	-0.05	1.00			
Abertura	0.34*	0.23*	-0.12	1.00		
Divergência	-0.43*	0.05	-0.12	0.33*	1.00	
Divergência i	0.43*	-0.05	0.12	-0.33*	-1.00*	1.00

Fonte: Dados da pesquisa

*A correlação é significativa até o nível de 0.05 (2-tailed)

4.1 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A prática do Serviço Social na adoção de práticas por evidência ainda está longe de se comparar ao que vem sendo discutido em outros países (Parrish & Rubin, 2012).

A tradução, adaptação e a avaliação das propriedades psicométrica por meio das validades de face e conteúdo da escala EBPAS para língua portuguesa falada no Brasil foram desenvolvidas com sucesso, seguindo a metodologia proposta para este estudo, sabendo-se que a interferência de fatores subjetivos podem prejudicar a contextualização de um constructo da mesma maneira que poderá prejudicar a interpretação de alguns conteúdos relevantes, mesmo quando se avalia o conteúdo semântico, idiomático, experimental e conceitual.

Cabe ressaltar a própria restrição de atuação do Serviço Social no que diz respeito à sistematização das práticas do assistente social e os limites das ações de padronização,

sistematização no setor da saúde, quanto aos aspectos tidos como clínicos, em outros países e no Brasil (Nogueira & Miotto, 2007; de Almeida, 2006).

Com referência ao gênero, os resultados deste estudo confirmam com propensão mundial na área da saúde a predominância do sexo feminino, como também foi observado no estudo de Machado, Oliveira e Moisés (2011). Segundo esses autores, existe a prevalência do sexo feminino no Brasil que corresponde a 70% do mercado de trabalho em saúde. O Serviço Social, por ser uma profissão que já envolviam atividades desempenhadas preferencialmente por mulheres, ao se firmar como profissão caracteristicamente feminina, colaborou com o aumento do número de mulheres no mercado de trabalho qualificado na área da saúde (Social & Área, 2008). No estudo desenvolvido por Parrish & Rubin (2012) sobre orientações em relação a PBE aplicado no Serviço Social contou com uma população feminina de 81,5% e masculina de 18,5%. Neste estudo as mulheres representaram 94% e os homens 6%.

Este dado foi observado na análise confirmatória feita somente com o grupo feminino para não enviesar os resultados .

No que diz respeito a idade dos respondentes, os resultados deste estudo mostraram a idade média de 43 anos (com desvio padrão de 11 anos). Esse resultado obtido está na mesma faixa de distribuição de idade do estudo de Parrish & Rubin (2012), realizado nos Estados Unidos, no qual a média encontrada foi de 51 anos (com desvio padrão de 12 anos).

O tempo de experiência profissional do presente estudo, comparado ao estudo de Parrish & Rubin (2012) apresentam resultados próximos entre 16 e 17 anos, respectivamente.

Quanto à familiaridade com PBE há uma discrepância entre os resultados, neste estudo os respondentes que não possuem familiaridade com PBE foi de 85% e o de Parrish & Rubin (2012) 6%, o que reforça o ineditismo do tema no Serviço Social no Brasil .

Embora, a discussão de protocolos para práticas por evidência apresentem um distanciamento da prática do Serviço Social, não há que se manter este distanciamento no setor da Saúde, uma vez que o profissional de Serviço Social está inserido na equipe multidisciplinar, dentro de um contexto de intersetorialidade, preconizada pelas crescentes mudanças de gestão dos serviços de saúde (Pedroso & Malik, 2011; Machado, Oliveira & Moyses, 2010; Parrish & Rubin, 2012; Pereira, Reis, Lanza, Aleixo & Vasconcelos, 2015).

Borgianni (2005) já destacava em suas pesquisas a necessidade dos profissionais de Serviço Social buscarem um alinhamento com a operação de serviços em que atuam na definição de consensos e dissensos.

Quanto a validade das propriedades psicométricas pode-se inferir que o instrumento tem validade para o grupo feminino de assistentes sociais, pelos escores de Cronbach averiguados na Tabela 3, alcançando um $IC = 95\%$ dos escores nas 05 escalas.

Assim podemos observar que no construto Requerimentos temos uma boa adequacidade com valor de alfa de Cronbach apresentando o maior valor.

Os demais construtos apresentam estatísticas com menores valores por serem compostos pelos outros três que poderiam formar um novo construto.

O construto Abertura apresenta ainda valor de alfa de Cronbach igual a 0,72 e Requerimentos 0,91, com maiores valores do que os construtos Recurso e Divergência. Assim os construtos Abertura e Requerimentos se adequam a este conjunto de dados, o que não ocorre com os construtos Recurso e Divergência.

As correlações entre o score contabilizado para as 15 questões do EBPAS e os escores das subescalas foram positivas e estatisticamente significativas, sugerindo evidência de validade convergente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

O estudo permitiu adaptar e validar o EBPAS para o Serviço Social da Saúde, realizando a adaptação transcultural do instrumento para a língua portuguesa falada no Brasil e validando a versão adaptada com amostra feminina de profissionais do Serviço Social da Saúde.

Os resultados deste estudo mostram que o EBPAS poderá representar um novo instrumento a ser utilizado pelos serviços de saúde para a implantação de protocolos institucionais, inovações e novas práticas.

Cabe, no entanto, ampliar as etapas, que possam assegurar outras propriedades psicométricas para o EBPAS .

5.1. LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE FUTURAS PESQUISAS

Pode-se apontar como limitações do estudo o número de profissionais de Serviço Social atuantes no setor da saúde para validação do instrumento.

As regulamentações do Conselho Federal de Serviço Social, discutidas no referencial teórico que restringem a atuação clínica do Serviço Social, dificultaram o acesso dos respondentes ao instrumento, por constar as terminologias “terapias” e “experiência clínica”. Fato que não foi manifestado no pré-teste.

Sugere-se o aprofundamento das questões semânticas e culturais na amostra de profissionais do sexo masculino .

Futuros estudos expandindo e adotando novas versões do EBPAS estão previstos por meio de parcerias com outros grupos de pesquisa em Serviço Social e Gestão de Operações de Serviços de Saúde no Brasil.

Melhorias podem ser implementadas em novas pesquisas, sendo aconselhável estudos que busquem a validação de construto pela análise fatorial confirmatória do modelo nas diversas dimensões, análises de consistência interna e validação concorrente nas diferentes áreas do

Serviço Social e em diferentes perfis de profissionais, com diferentes características sociodemográficas.

Outros estudos já estão em andamento, envolvendo outros profissionais da saúde e aplicação do instrumento em equipes multidisciplinares.

REFERÊNCIAS

- Aarons, G. A. (2004). Mental health provider attitudes toward adoption of evidence-based practice: The Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS). *Mental health services research*, 6(2), 61–74.
- Aarons, G. A., Glisson, C., Hoagwood, K., Kelleher, K., Landsverk, J., & Cafri, G. (2010). Psychometric properties and US National norms of the Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS). *Psychological Assessment*, 22(2), 356.
- Aarons, G. A., McDonald, E. J., Sheehan, A. K., & Walrath-Greene, C. M. (2007). Confirmatory factor analysis of the Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS) in a geographically diverse sample of community mental health providers. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34(5), 465–469.
- Alexandre, M. N, Colucci, M.Z.O. (2011) . Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (7), 3061-3068.
- Asta, D. D., & Barbosa, A. P. (2014). Modelo Conceitual de Mensuração de Desperdícios em Hospitais Privados. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 3(1), 40–56.
- Barbosa-Lima, M. (2007). *A Gestão da Qualidade e o Redesenho de Processos como Modelo de Desenvolvimento Organizacional em Hospitais Públicos Universitários: O Caso do Hospital de Clínicas da Unicamp*. [Tesis de Maestría]. Campinas: Faculdade de Engenharia Mecânica, Unicamp.
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2002). Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures. *New York: American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 1–9.
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2007). Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures. *Institute for Work & Health*, 1(1), 1–45.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186–3191.
- Bernardino, E., Dyniewicz, A. M., Carvalho, K. L. B., Kalinowski, L. C., & Bonat, W. H. (2013). Adaptação transcultural e validação do instrumento Conditions of Work Effectiveness–Questionnaire-II. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(5), 1112–1118.

- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia*, 22(53), 423–432.
- Campos, E. F., Gontijo, M. C. F., Oliveira, P. J., Chaves, S. R., & Laudares, P. (2009). A cadeia de valor em saúde: uma proposta de reorganização da atenção na saúde suplementar. Belo Horizonte: Unimed Federação Minas.
- Candel, M. J., & Pennings, J. M. (1999). *Attitude-based models for binary choices: A test for choices involving an innovation*. *Journal of Economic Psychology*, 20(5), 547-569.
- Cassepp-Borges, V., Balbinotti, M. A. A., & Teodoro, M. L. M. (2010). Tradução e validação de conteúdo: uma proposta para a adaptação de instrumentos. *Instrumentação psicológica: fundamentos e prática*, 506-520.
- CFESS/CRESS (2009). Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde. *Brasília: CFESS/CRESS*.
- Corrêa, H. L., & Caon, M. (2006). *Gestão de serviços: lucratividade por meio de operações e de satisfação dos clientes*. Atlas.
- Da Silva, M. G. (2007). Processo de trabalho e Serviço Social. *interações-Cultura e Comunidade*, 2(2), 35-47.
- De Almeida, N. L. T. (2006). Retomando a temática da “sistematização da prática” em Serviço Social. Recuperado de <http://sites.google.com/site/tspraxissistematizacion/materiales/texto3-2.pdf>
- De Queiroz, F. A., Pace, A. E., & dos Santos, C. B. (2009). Adaptação cultural e validação do instrumento Diabetes-39 (D-39): versão para brasileiros com diabetes mellitus tipo 2-fase 1. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(5), 708–715.
- De Sousa, C. T. (2008). A prática do assistente social.: Conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. *Emancipação*, 8(1), 119–132.
- Drummond, J. P., Silva, E., & Coutinho, M. (2002). *Medicina baseada em evidências: novo paradigma assistencial e pedagógico*. Atheneu. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-ferreira>
- Ferreira, P. L., & Marques, F. B. (1998). Avaliação psicométrica e adaptação cultural e linguística de instrumentos de medição em saúde: princípios metodológicos gerais. Recuperado de <http://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/9968>

- Fitzsimmons, J. A., & Fitzsimmons, M. J. (2014). *Administração de Serviços-: Operações, Estratégia e Tecnologia da Informação* (7ª ed.). Porto Alegre: McGraw Hill Brasil. Recuperado de <http://books.google.com.br/books?hl=pt->
- Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev saúde pública*, 33(2), 198-205.
- Frambach, R. T., & Schillewaert, N. (2002). *Organizational innovation adoption: A multi-level framework of determinants and opportunities for future research*. *Journal of Business Research*, 55(2), 163-176.
- Gil, A. C. (2009). *Como Elaborar Projetos de Pesquisa* (4ª edição). São Paulo: Editora Atlas.
- Gjersing, L., Caplehorn, J. R., & Clausen, T. (2010). *Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations*. *BMC medical research methodology*, 10(1), 13.
- Gonçalves, A. A., de Oliveira, M. J. F., & Leitão, A. R. (2006). Gestão de Operações em Serviços de Saúde. www.simpoi.fgvsp.br/arquivo/2006/.../E2006_T00075_PCN57772.pdf
- Hacking, I. (1999). *The social construction of what?*. Harvard university press. Recuperado de <https://books.google.com.br/books?hl=pt->
- Hair Jr., J.F.; Black, W.C.; Babin, B.J.; Anderson, R.E. & Tatham, R.L. *Análise multivariada de dados*. 6ª. ed. Porto Alegre, Bookman, 2009. 688p.
- Hambleton, R. K. (2005). *Issues, designs, and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures*. *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment*, 1, 3-38.
- Hoagwood, K., & Olin, S. S. (2002). The NIMH blueprint for change report: Research priorities in child and adolescent mental health. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(7), 760-767.
- International Test Commission, (2010). *International Test Commission guidelines for translating and adapting tests*, Recuperado em 23 de abril de 2015, de <http://intestcom.org/upload/sitefiles/40.pdf>

- Iovu, M.-B. (2015). Intentions to Engage in Evidence-Based Practice among Undergraduate Social Work Students: Preliminary Findings from Romania. *Journal of evidence-informed social work*, 1–8.
- Klein, C., Linch, G. F. da C., Souza, E. N. de, Mantovani, V. M., Goldmeier, S., & Rabelo, E. R. (2012). Adaptação transcultural e validação de um questionário de conhecimento sobre insuficiência cardíaca para enfermeiros. *Rev Gaúcha Enferm*, 33(1), 19–25.
- Lacerda, R. A., Nunes, B. K., Batista, A. de O., Egry, E., Graziano, K. U., Angelo, M., ... Valéria, C. (2011). Práticas baseadas em evidências publicadas no Brasil: identificação e análise de suas vertentes e abordagens metodológicas. *Rev Esc Enferm USP*, 45(3), 777–86.
- Machado, M. H., Oliveira, E. D. S., & Moyses, N. M. N. (2010). Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. *Rio de Janeiro*. [http/ www.ensp.fiocruz.br](http://www.ensp.fiocruz.br)
- Malhotra, N. K. (1999). Pesquisa de Marketing - Uma orientação aplicada (3ª edição). Porto Alegre - RS: ARTMED .
- Martinelli, M. L. (2014). Serviço Social na área de saúde: uma relação histórica. *Intervenção Social*, (28), 09–18.
- Martins, G. de A., & Theóphilo, C. R. (2009). Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas (2º ed). São Paulo: Atlas.
- Mendes, E. V. (2011). As Redes de Atenção à Saúde: Revisão bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 61-85.
- McNeece, C. A., & Thyer, B. A. (2004). Evidence-based practice and social work. *Journal of evidence-based social work*, 1(1), 7–25.
- Moretti, S. L. do A., & Feio, M. A. de C. B. N. (2015). Inovação e Desenvolvimento de Serviços: Um estudo de caso no setor de saúde suplementar. *Revista Alcance*, 21(3), 538. <http://doi.org/10.14210/alcance.v21n3.p538-562>
- Nogueira, V. M. R., & Mioto, R. C. T. (2007). Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. *Porto Alegre: EDIPUCRS*. Recuperado de http://www.abem-educmed.org.br/fnepas/pdf/servico_social_saude/texto2-6.pdf

- Okpych, N. J., & James, L. H. (2014). A historical analysis of evidence-based practice in social work: The unfinished journey toward an empirically grounded profession. *Social Service Review*, 88(1), 3–58.
- Pamponet, A. V. (2009). Como entender os processos organizacionais. Recuperado 3 de abril de 2015, de <http://www.administradores.com.br/artigos/economia-e-financas/como-entender-os-processos-organizacionais/30037/>
- Parrish, D. E., & Rubin, A. (2012). Social workers' orientations toward the evidence-based practice process: A comparison with psychologists and licensed marriage and family therapists. *Social work*, 57(3), 201–210.
- Pedroso, M. C., & Malik, A. M. (2011). As quatro dimensões competitivas da saúde. *Harvard Bus Rev. Ed. Brasil*, 89(3), 54–63.
- Pereira, S. C. L., Reis, V. D. O. M., Lanza, C. R. M., Aleixo, I. M. S., & Vasconcelos, M. M. D. A. (2015). Percepção de monitores do PET-Saúde sobre sua formação e trabalho em equipe interdisciplinar. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 19, 869-878.
- Pimenta, C. A. de M. (2005). Prática baseada em evidências, aplicadas ao raciocínio diagnóstico. *Revista latino-americana de enfermagem*, 13 (3), 415-422.
- Pinochet, L. H. C. (2011). Tendências de tecnologia de informação na gestão da saúde. *Mundo saúde*, 35(4), 382–394.
- Pires, D. (2000). Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. *Rev. bras. enferm*, 53(2), 251–63.
- Pugh, G. L. (2015). Hospital Social Workers' Perceptions of Ethical Environment. In *Society for Social Work and Research 19th Annual Conference: The Social and Behavioral Importance of Increased Longevity*. Sswr. Recuperado de <https://sswr.confex.com/sswr/2015/webprogram/Paper22453.html>
- Raupp, F. M., & Beuren, I. M. (2003). Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais. Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática, 3, 76–97.
- Reichenheim, M. E., & Moraes, C. L. (2003). Adaptação transcultural do instrumento *Parent-Child Conflict Tactics Scales* (CTSPC) utilizado para identificar a violência contra a criança. *Cad Saúde Pública*, 19, 1701-12.
- Rizzo, V. (2015). Studies of the Cost-Effectiveness of Social Work Services in Aging: An Updated Review of the Literature. In *Society for Social Work and Research 19th Annual*

- Conference: The Social and Behavioral Importance of Increased Longevity*. Sswr. Recuperado de <https://sswr.confex.com/sswr/2015/webprogram/Paper23739.html>
- Rocha, W., & Borinelli, M. L. (2007). Análise estratégica de cadeia de valor: um estudo exploratório do segmento indústria-varejo. *Revista Contemporânea de Contabilidade*, 4(7), 145–165.
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of Innovations: modifications of a model for telecommunications*. *Die Diffusion von Innovationen in der Telekommunikation*, 17, 25-38.
- Rosenberg, W., & Donald, A. (1995). Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. *Bmj*, 310(6987), 1122–1126.
- Rospendowski, K., Alexandre, N. M. C., & Cornélio, M. E. (2014). Adaptação cultural para o Brasil e desempenho psicométrico do “*Evidence-Based Practice Questionnaire*”. Órgão Oficial de Divulgação Científica da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, 27(5), 405-11.
- Rossaneis, M. A., Gabriel, C. S., Haddad, M. do C. F. L., da Costa Melo, M. R. A., & Bernardes, A. ([s.d.]). Indicadores de qualidade utilizados nos serviços de enfermagem de hospitais de ensino. Recuperado de http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n4/pdf/v16n4a09.pdf
- Saccol, A. Z. (2009). Um retorno ao básico: compreendendo os paradigmas de pesquisa e sua aplicação na pesquisa em administração. *Revista de Administração da UFSM*, 2(2), 250–269.
- Sackett, D. L., Straus, S., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. (2003). Medicina Baseada em evidências: prática e ensino. In *Medicina baseada em evidências: prática e ensino*. Artmed.
- Sampaio, R. F., Mancini, M. C. & Fonseca, S. T. (2002). Produção científica e atuação profissional: aspectos que limitam essa integração na fisioterapia e na terapia ocupacional. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 6 (3), 113-8.
- Santos, A., Peixoto, C., & Tomás, A. (2013). Tradução, adaptação e validação da escala Jones dependency tool. Recuperado de <http://repositorio.hff.min-saude.pt/handle/10400.10/881>
- Sapnas, K. G., & Zeller, R. A. (2002). *Minimizing sample size when using exploratory factor analysis for measurement*. *Journal of nursing measurement*, 10(2), 135-154.

- Silva, A. C. R. (2003). Metodologia da pesquisa aplicada. *São Paulo: Atlas*. Recuperado de <http://edilms.eti.br/uploads/file/metodologia/Texto%20base%20-%20Metodologia%20de%20Pesquisa%20Aplicada.pdf>
- SOCIAL, N. Y. S., & EL ÁREA, P. F. P. E. (2008). Nexos entre Enfermagem, Nutrição e Serviço Social, profissões femininas pioneiras na área da Saúde. *Rev Esc Enferm USP*, 42(3), 474-82.
- Van der Zwet, R. J., genaamd Kolmer, D. M. B., & Schalk, R. (2014). Social Workers' Orientation Toward the Evidence-Based Practice Process A Dutch Survey. *Research on Social Work Practice*, 1049731514540340.
- Vieira, S. (2009). Como Elaborar Questionários. São Paulo: Atlas SA.
- Walsham, G. (1993). Interpreting information systems in organizations. John Wiley & Sons, Inc. Recuperado de <http://dl.acm.org/citation.cfm?id=583196>
- Wike, T. L., Bledsoe, S. E., Manuel, J. I., Despard, M., Johnson, L. V., Bellamy, J. L., & Killian-Farrell, C. (2014). Evidence-Based Practice in Social Work: Challenges and Opportunities for Clinicians and Organizations. *Clinical Social Work Journal*, 42(2), 161–170.
- Williams, D. D. R. & Garner, J. (2002). *The case against "the evidence": a different perspective on evidence-based medicine*, *British Journal of Psychiatry*, 180, 8-12.
- Wynd, C. A., Schmidt, B., & Schaefer, M. A. (2003). *Two quantitative approaches for estimating content validity*. *Western Journal of Nursing Research*, 25(5), 508-518.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TRADUÇÃO PARA O PORTUGUÊS (T1)

T1

As questões seguintes são sobre seus sentimentos ao usar novos tipos de terapias, intervenções ou tratamentos. Terapia manualizada se refere a qualquer intervenção que possua orientações e/ou componentes que são delineados em um manual e/ou que são para serem seguidos de uma forma estruturada ou pré-determinada.

Preencha o círculo indicando o quanto você concorda com cada item usando a seguinte escala:

0	1	2	3	4				
Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente				
				0	1	2	3	4
1. Eu gosto de usar novos tipos de terapias/intervenções para ajudar meus clientes				0	0	0	0	0
2. Estou disposto a tentar novos tipos de tratamento/intervenções, mesmo tendo que seguir um manual de tratamento				0	0	0	0	0
3. Eu sei mais como cuidar de meus clientes do que pesquisas acadêmicas ...				0	0	0	0	0
4. Estou disposto a usar tipos novos e diferentes de terapia/intervenções desenvolvidos através de pesquisas				0	0	0	0	0
5. Tratamentos/intervenções baseados em pesquisas não são úteis clinicamente				0	0	0	0	0
6. Experiência clínica é mais importante do que usar terapia/tratamento manualizado				0	0	0	0	0
7. Eu não usaria terapia/intervenções manualizadas				0	0	0	0	0
8. Eu tentaria uma nova terapia/intervenção mesmo se fosse muito diferente do que estou acostumado a fazer				0	0	0	0	0
Para questões 9 a 15: Se você recebeu treinamento em uma terapia ou intervenção que era nova para você, o quanto seria provável você adotá-la, se:								
9. Foi intuitivamente atraente?				0	0	0	0	0
10. Fizesse sentido para você?				0	0	0	0	0
11. Foi pedido pelo seu supervisor?				0	0	0	0	0
12. Foi pedido por sua agência?				0	0	0	0	0
13. Foi pedido pelo seu estado?				0	0	0	0	0
14. Estivesse sendo usada por colegas contentes com a mesma?				0	0	0	0	0
15. Você se sentiu treinado o suficiente para usá-la corretamente?				0	0	0	0	0

APÊNDICE B – TRADUÇÃO PARA O PORTUGUÊS (T2)

T2

As questões abaixo perguntam sobre seus sentimentos sobre usar novos tipos de terapia, intervenções ou tratamentos. Terapia feita com uso de manuais se refere a qualquer intervenção que tem guias específicas e/ ou componentes que estão esboçados em um manual e/ ou que devem ser seguidos em um modo estruturado/ pré-determinado.

Preencha o círculo que indica o quanto você concorda com cada item usando a escala a seguir:

0	1	2	3	4	
De modo nenhum	Um pouco	Até um ponto moderado	Moderadamente	Demais	
	0	1	2	3	4
1. Eu gosto de tentar novas modalidades de terapia / intervenções para ajudar meus clientes	0	0	0	0	0
2. Eu estou disposto a tentar novos tipos de terapia / intervenções mesmo se eu tiver que seguir um manual de tratamento	0	0	0	0	0
3. Sei melhor que pesquisadores acadêmicos como cuidar dos meus clientes	0	0	0	0	0
4. Eu estou disposto a usar novas e diferentes modalidades de terapia/intervenções desenvolvidas por pesquisadores	0	0	0	0	0
5. Pesquisas baseadas em tratamentos/intervenções não são clinicamente úteis ..	0	0	0	0	0
6. Experiência clinica é mais importante do que usar terapia/tratamentos com uso de manuais	0	0	0	0	0
7. Eu não usaria terapia/intervenções com uso de manuais	0	0	0	0	0
8. Eu tentaria uma nova terapia/intervenção mesmo que fossem diferentes do que estou acostumado a usar	0	0	0	0	0
Para questões 9 a 15: Se você recebeu treinamento em uma terapia ou intervenção que era nova para você, o quanto seria provável você adotá-la, se:					
9. Fosse intuitivamente atraente?	0	0	0	0	0
10. “Fizesse sentido” para você?	0	0	0	0	0
11. Fosse exigido pelo seu supervisor?	0	0	0	0	0
12. Fosse exigido pela sua agência?	0	0	0	0	0
13. Fosse exigido pelo seu estado?	0	0	0	0	0
14. Estava sendo usado por colegas que estavam felizes com ela?	0	0	0	0	0
15. Você sentiu que teve treinamento suficiente para usá-la corretamente?	0	0	0	0	0

APÊNDICE C – SÍNTESE DAS TRADUÇÕES T1 E T2 (T12)

T12

As questões abaixo perguntam sobre seus sentimentos ao usar novos tipos de terapias, intervenções ou tratamentos. A terapia feita com uso de manuais se refere a qualquer intervenção que possui orientações específicas e/ou componentes que estão delineados em um manual e/ou que devem ser seguidos de um modo estruturado ou pré-determinado.

Preencha o círculo que indica o quanto você concorda com cada item utilizando a seguinte escala:

0	1	2	3	4
Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
				0 1 2 3 4
1. Eu gosto de usar novos tipos de terapias/intervenções para ajudar meus clientes				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
2. Eu estou disposto a tentar novos tipos de terapias/intervenções, mesmo se eu tiver que seguir um manual de tratamento				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
3. Eu sei como cuidar de meus clientes melhor do que pesquisadores acadêmicos				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
4. Eu estou disposto a usar novos e diferentes tipos de terapia/intervenções desenvolvidos por pesquisadores				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
5. Pesquisas baseadas em tratamentos/intervenções não são clinicamente úteis				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
6. É mais importante experiência clínica do que usar manuais de terapias/tratamentos				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
7. Eu não usaria terapias/intervenções previstas em manuais				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
8. Eu tentaria uma nova terapia/intervenção mesmo se fossem diferentes do que estou acostumado a usar				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Para questões 9 a 15: Se você recebeu treinamento em uma nova terapia ou intervenção, você a usaria, se:				
9. Fosse intuitivamente atraente?				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
10. “Fizesse sentido” para você?				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
11. Fosse exigido pelo seu supervisor?				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
12. Fosse exigido pela sua agência?				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
13. Fosse exigido pelo seu estado?				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
14. Estivesse sendo usado por colegas satisfeitos com ela?				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
15. Estivesse seguro de que o treinamento foi satisfatório para usá-la corretamente?				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

APÊNDICE D – RETROTRADUÇÃO PARA O INGLÊS (RT1)

RT1

The following questions address people's feelings when using new types of therapies, interventions or treatments. Manualized therapy refers to any guided intervention and/or that which is set out in a manual and/or which must be done in a structured or predetermined manner. **Fill in the circle that indicates how much you agree with each item, according to the following scale:**

0 Not at all	1 A little	2 Moderately	3 Very Much	4 Greatly
0	1	2	3	4
1. I like to use new types of therapies/interventions to help my clients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. I am willing to try new types of therapies/interventions, even if I have to follow a treatment manual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. I know how to take care of my clients better than researchers academics	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. I am willing to use new and different types of therapies/interventions developed by researchers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Research based treatments/interventions are not clinically useful	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Clinical experience is more important than using manualized therapies/treatments	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. I would not use manualized therapies/interventions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. I would try a new therapy/intervention even if it were very different from what I am accustomed to using	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
For questions 9 through 15: If you received training in a therapy or intervention, that was new to you, how likely would you be to use it, if:				
9. It was intuitively attractive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. It made sense to you?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. It was required by your supervisor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. It was requested by your agency?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. It was required by your state?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. It was being used by colleagues who were happy with it?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. You felt you had enough training to use it correctly?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

APÊNDICE E – RETROTRADUÇÃO PARA O INGLÊS (RT2)

RT2

The questions below ask about your feelings about using new kinds of therapies, interventions, or treatments. Manualized therapy refers to any intervention which contains instructions or components that are set forth in a manual and/or which should be follow in a structured or predetermined manner.

Fill in the circle that indicates how much you agree with each of the statements, according to the following scale:

0 Not at all	1 A little	2 More or less	3 Much	4 Totally				
				0	1	2	3	4
1. I like to use new therapies or interventions to help my clients				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. I am willing to try new kinds of therapies or interventions, even if I have to follow a treatment manual				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. I know how to take care of my clientes better than academics				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 I am willing to use new and diferent types of therapies or interventions developed by researchers				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Treatments and interventions based on research are useful in a clinical setting.....				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Clinical experience is more important than using standartized therapies/treatments				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. I would not use a standardized or manualized therapy or intervention				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. I would try out a new therapy/intervention even if it were very diferent from what I ordinarily use				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In questions 9 to 15: If you received treainig to use a therapy or interventation that was new to you, how likely would it be for you to adopt it if:								
9. It was intuitively attractive?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. It made sense to you?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. It was required by your supervisor?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. It was used by your agency?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. It was required by your state?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. It was being used by colleagues who were happy with it?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. You felt you had enough training to use it correctly?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

APÊNDICE F – CARTA AO COMITÊ DE JUÍZES



Prezado (a) Senhor (a),

Vimos pela presente convidá-lo (a) a participar do Comitê de Juízes, na etapa de avaliação das propriedades psicométricas do instrumento *Evidence-Based Practice Attitude Scale* – EBPAS, para a língua portuguesa falada no Brasil.

O instrumento EBPAS foi criado e desenvolvido pelo médico psiquiatra Gregory A. Aarons, americano, professor da Universidade da Califórnia, San Diego, com o objetivo de avaliar a atitude do profissional de saúde para a adoção de inovação e de Prática Baseada em Evidências – PBE. O EBPAS permite avaliar quantitativamente as atitudes do profissional, que podem ser utilizadas na criação de modelos de inovação e na adoção de novas práticas. O instrumento é utilizado em diversos países do mundo, dentre eles: Estados Unidos, Irã, Israel, Japão, Coreia, Noruega, Romênia e Suécia.

Nesta pesquisa, o instrumento será aplicado aos Assistentes Sociais que atuam em Serviços de Saúde na cidade de São Paulo. Anexo, segue um quadro sinótico contendo o instrumento original em inglês, as duas traduções (T1 e T2) para o português, a síntese das traduções (T12) e as duas retrotraduções (RT1 e RT2).

Desta forma, sua colaboração para a revisão do EBPAS para o português, implica na sua concordância com a tradução (T12), que deverá ser assinalada na escala de 0 (zero) a 7 (sete), sendo que zero (0) significa “não concordo com a tradução” e 7 (sete) significa que “concordo totalmente com a tradução”, intercalando-se os demais níveis crescentes de concordância. No campo comentários, suas sugestões serão bem vindas para a melhoria da tradução, caso julgue necessário.

Cada juiz deverá certificar-se se a versão traduzida é inteiramente compreensível, considerando os seus conceitos e significados dentro da cultura brasileira, e para esta etapa de avaliação Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz (2000, 2007) consideram quatro dimensões de equivalência entre o instrumento adaptado e o original:

A **Equivalência Semântica** considera a adaptação das palavras de acordo com a gramática e vocabulário da língua para a qual ocorre a adaptação;

A **Equivalência Idiomática** deve alcançar na versão adaptada expressões coloquiais e idiomáticas o mais próximo possível da original;

A **Equivalência Experimental** verifica se a versão adaptada é aplicável na nova cultura, caso contrário substitui por um item equivalente;

A **Equivalência Conceitual** consiste em identificar se determinado termo ou expressão avalia o mesmo aspecto em diferentes culturas.

Nossos sinceros votos de agradecimentos pela imensurável contribuição em nossa pesquisa que se tornará o trabalho de conclusão do Mestrado Profissional em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho.

Estamos certos que seu saber e conhecimento serão os diferenciais para a validação de um novo passo na prática do Serviço Social.

Atenciosamente

Profa. Dra. Sonia Francisca Monken de Assis
Orientadora

Regina Célia Barbosa Moreno
Mestranda

APÊNDICE H: VERSÃO FINAL DO INSTRUMENTO

As questões abaixo perguntam sobre seus sentimentos ao usar novos tipos de terapias, intervenções ou tratamentos. A terapia feita com uso de manuais se refere a qualquer intervenção que possui orientações específicas e/ou componentes que estão delineados em um manual e/ou que devem ser seguidos de um modo estruturado ou pré-determinado.

Preencha o círculo que indica o quanto você concorda com cada item utilizando a seguinte escala:

0	1	2	3	4
Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Totalmente
0	1	2	3	4
1. Eu gosto de usar novos tipos de terapias/intervenções para ajudar meus clientes/pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Eu estou disposto a tentar novos tipos de terapias/intervenções, mesmo se eu tiver que seguir um manual de tratamento.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Eu sei como cuidar de meus clientes/pacientes melhor do que pesquisadores acadêmicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Eu estou disposto a usar novos e diferentes tipos de terapia/intervenções desenvolvidos por pesquisadores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Pesquisas baseadas em tratamentos/intervenções não são clinicamente úteis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. É mais importante experiência clínica do que usar manuais de terapias/tratamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Eu não usaria terapias/intervenções previstas em manuais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Eu tentaria uma nova terapia/intervenção mesmo se fossem diferentes do que estou acostumado a usar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para questões 9 a 15: Se você recebeu treinamento em uma nova terapia ou intervenção, você a usaria, se:				
9. Fosse intuitivamente atraente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. “Fizesse sentido” para você?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Fosse exigido pelo seu supervisor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Fosse exigido pela sua instituição?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Fosse exigido pelo seu Governo Estadual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Estivesse sendo usado por colegas satisfeitos com ela?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Estivesse seguro de que o treinamento foi satisfatório para usá-la corretamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO PROJETO: ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO *EVIDENCE-BASED PRACTICE ATTITUDE SCALE* (EBPAS)

Gostaria de agradecer pela sua participação nesta pesquisa, cujo objetivo principal é adaptar e validar o instrumento *Evidence-Based Practice Attitude Scale* – EBPAS para o Serviço Social da Saúde no Brasil.

O EBPAS foi desenvolvido pelo psiquiatra americano Gregory A. Aarons, professor da Universidade da Califórnia, San Diego, para avaliar a atitude do profissional de saúde para a adoção de inovação e Prática Baseada em Evidências – PBE. Permissão para usar o EBPAS foi fornecida para mais de 50 pesquisas nos Estados Unidos e para vários outros países, dentre eles, Japão, Suécia, Noruega, Romênia, Coreia, Irã, Israel e Brasil para este estudo. A PBE pode ser conceitualizada como uma forma de inovação nas Organizações de Serviços de Saúde, ou seja, mudanças nas práticas para melhorar o desempenho organizacional, a qualidade dos atendimentos, a qualidade dos serviços e os resultados para os pacientes/usuários.

Não existem respostas certas ou erradas e, geralmente, sua primeira impressão é a melhor. Nenhuma informação pessoal sua será vinculada ao questionário respondido. Em nenhum momento suas respostas serão tratadas de maneira individualizada.

Você só participará desse estudo se quiser. Ele não é obrigatório. Para participar, você deverá ter formação em Serviço Social, trabalhar em Serviço de Saúde como Assistente Social, independente do tempo de experiência, e assinar este documento autorizando a sua participação.

Você está sendo convidada(o) a responder este questionário, levará 03 minutos, e não fará mal algum à sua saúde, porém poderá causar um desconforto pelas questões a serem respondidas. Você terá que responder as perguntas sozinha(o), sem ajuda de qualquer outra pessoa, porém contará com esclarecimento do pesquisador caso necessite.

Em qualquer momento você poderá conversar com os profissionais responsáveis por este trabalho para tirar suas dúvidas. O principal investigador é a Assistente Social Regina Célia Barbosa Moreno, que poderá ser encontrado no telefone: (011) 985690451. Se você desejar obter mais informações sobre este trabalho poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Conjunto Hospitalar do Mandaqui, situado na Rua Voluntários da Pátria, 4301, Mandaqui, São Paulo-SP, telefone para contato: (11)2281-5147/2281-5179.

Sua participação é muito importante para nós atingirmos o objetivo deste estudo, sendo garantida a liberdade de sua saída a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo.

Todas as informações fornecidas por você serão avaliadas em conjunto com as respostas dos outros participantes desta pesquisa. Seu nome jamais será divulgado.

Se desejar obter informações sobre o desenvolvimento da pesquisa mesmo antes de concluída, poderá entrar em contato com o pesquisador a qualquer momento.

Você não precisará pagar nada para participar desta pesquisa. Como você é um voluntário, nós também não poderemos oferecer qualquer tipo de pagamento pela sua participação.

Em nenhum momento você será tocado ou examinado. De maneira alguma você sofrerá qualquer tipo de prejuízo, já que apenas responderá às perguntas de um questionário. Você não será mais procurado pessoalmente ou por telefone.

Suas respostas serão utilizadas apenas para a confecção desta pesquisa.

O resultado final desse trabalho estará disponível a partir de dezembro de 2015, e os dados serão utilizados para publicação de trabalho científico que ficará a disposição de toda a comunidade.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO EVIDENCE-BASED PRACTICE ATTITUDE SCALE (EBPAS)”.

Ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo, que não serei submetido a quaisquer procedimentos e somente serei submetido ao questionário sem riscos, com garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que não terei despesas com a minha participação e que não receberei qualquer pagamento por ela. Concordo voluntariamente em participar deste estudo.

NOME DO ENTREVISTADO

ASSINATURA DO ENTREVISTADO DATA: ____/____/2015.

ASSINATURA DA TESTEMUNHA DATA: ____/____/2015.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

APÊNDICE J – CARTA AO COMITÊ DE ESPECIALISTAS



Prezado (a) Senhor (a),

Vimos pela presente convidá-lo (a) a participar do Comitê de especialistas, na etapa de avaliação das propriedades psicométricas do instrumento *Evidence-Based Practice Attitude Scale* – EBPAS, para a língua portuguesa falada no Brasil.

O instrumento EBPAS foi criado e desenvolvido pelo médico psiquiatra Gregory A. Aarons, americano, professor da Universidade da Califórnia, San Diego, com o objetivo de avaliar a atitude do profissional de saúde para a adoção de inovação e de Prática Baseada em Evidências – PBE. O EBPAS permite avaliar quantitativamente as atitudes do profissional, que podem ser utilizadas na criação de modelos de inovação e na adoção de novas práticas. O instrumento é utilizado em diversos países do mundo, dentre eles: Estados Unidos, Irã, Israel, Japão, Coréia, Noruega, Romênia e Suécia.

Nesta pesquisa, o instrumento será aplicado aos Assistentes Sociais que atuam em Serviços de Saúde na cidade de São Paulo. Anexo, segue um quadro contendo os itens do instrumento EBPAS, em que pedimos que assinale cada item ao constructo que pretende medir, sabendo-se que:

Requisito avalia a probabilidade de adoção de Prática Baseada em Evidências (PBE) pelo profissional da saúde, se fosse obrigado pela sua Instituição, supervisor ou Governo Estadual;

Recurso avalia a probabilidade que o profissional da saúde adotaria uma PBE se fosse intuitivamente atraente, ou se estivesse sendo utilizada por colegas satisfeitos com ela;

Abertura avalia a probabilidade que o profissional da saúde está geralmente aberto para tentar novas intervenções, e estaria disposto a tentar ou usar intervenções estruturadas ou disponibilizadas em um manual;

Divergência avalia a probabilidade que o profissional da saúde percebe PBE não clinicamente útil e menos importante do que a experiência clínica.

Agradecemos sua contribuição em nossa pesquisa que se tornará o trabalho de conclusão do Mestrado Profissional em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho.

Profa. Dra. Sonia Francisca Monken de Assis
Orientadora

Atenciosamente
Regina Célia Barbosa Moreno
Mestranda

APÊNDICE K – AVALIAÇÃO DO COMITÊ DE ESPECIALISTAS – VALIDADE

ITENS	REQUISITOS	RECURSOS	ABERTURA	DIVERGÊNCIA
Eu não usaria terapias/intervenções previstas em manuais.				90%
Usaria, se estivesse sendo usado por colegas satisfeitos com ela.		100%		
Eu estou disposto a tentar novos tipos de terapias/intervenções, mesmo se eu tiver que seguir um manual de tratamento.			100%	
Usaria, se fosse exigido pela sua Instituição.	100%			
Eu gosto de usar novos tipos de terapias/intervenções para ajudar meus clientes/pacientes.			90%	
Pesquisas baseadas em tratamentos/intervenções não são clinicamente úteis.				100%
Usaria se “Fizesse sentido” para você.		80%		
É mais importante experiência clínica do que usar manuais de terapias/ tratamentos.				80%
Eu sei como cuidar de meus clientes/pacientes melhor do que pesquisadores acadêmicos.				90%
Usaria, se fosse intuitivamente atraente.		90%		
Eu tentaria uma nova terapia/intervenção mesmo se fossem diferentes do que estou acostumado a usar.			100%	
Usaria, se fosse exigido pelo seu Governo Estadual.	100%			
Eu estou disposto a usar novos e diferentes tipos de terapia/intervenções desenvolvidos por pesquisadores.			100%	
Usaria, se fosse exigido pelo seu supervisor.	100%			
Usaria se estivesse seguro de que o treinamento foi satisfatório para usá-la corretamente		80%		

ANEXOS

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO AUTOR

Dear Sonia,

This email provides permission to use the EBPAS in your research. I am attaching the EBPAS, scoring instructions and an article that describes updated psychometrics and US National norms. I wish you the best on your research.

Best regards,
Greg Aarons

Gregory A. Aarons, PhD
Professor of Psychiatry
Director: Child and Adolescent Services Research Center
University of California, San Diego
9500 Gilman Dr. (0812)
La Jolla, CA 92093-0812
Tel: 858-966-7703 x3550

-----Original Message-----

From: Sonia Francisca Monken De Assis
Sent: Tuesday, September 9, 2014 6:13 PM
To: Aarons, Gregory
Subject: The EBPAS

Dear Mr. Gregory A. Aarons, PhD,

I have been following your work with EBPAS, which I think it is very interesting and I would like to congratulate you for your work. I am a Professor and researcher in Healthcare management at UNINOVE University, in São Paulo, Brazil and also work as a social worker with intellectual deficient.

I would like to do a survey of attitudes toward adoption of evidence-based practice with social workers and psychologists from Brazil, and by that validating the EBPAS.

I would like to request your authorization to use your questionnaire, and if you could send it to me, so in the future we would be able to compare the results between works.

I look forward to hear from you. Thank you for the attention.

Best Regards,

Sonia Monken, PhD
Master of Health Administration Professor UNINOVE

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA – INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

CONJUNTO HOSPITALAR DO
MANDAQUI - CHM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO EVIDENCE-BASED PRACTICE ATTITUDE SCALE - EBPAS

Pesquisador: REGINA CÉLIA BARBOSA MORENO

Área

Temática:

Versão: 2

CAAE: 46550515.1.0000.5551

Instituição Proponente: SAO PAULO SECRETARIA DA SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.190.373

Apresentação do Projeto:

Trata o projeto de adaptação e validação do instrumento Evidence-Based Practice Attitude Scale – EBPAS para o Serviço Social da Saúde no Brasil, propondo um instrumento que consiga mensurar a atitude de sistematização das práticas do profissional Assistente Social para futuros estudos na criação de protocolos sociais. O EBPAS foi desenvolvido na Universidade da Califórnia – San Diego – Estados Unidos da América

– EUA junto à equipe multiprofissional de trabalhadores da saúde e avalia a predisposição da adoção e inovação de Prática baseada em Evidências – PBE. Permite a avaliação quantitativa das atitudes do profissional que pode ser usada na criação de modelos de implementação de inovação e na avaliação para adotar novas práticas.

Será aplicado o instrumento em amostra de conveniência de 50 (cinquenta) sujeitos de pesquisa profissionais assistentes sociais do setor da saúde, independente de tempo de experiência.

CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI - CHM



Objetivo da Pesquisa:

Adaptar e validar o EBPAS para o Serviço Social da Saúde no Brasil, realizando a adaptação transcultural do instrumento para a língua portuguesa falada no Brasil, validando a versão adaptada com profissionais do Serviço Social da Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos.

Os benefícios serão mudanças nas práticas dos profissionais do Serviço Social de Saúde para melhorar o desempenho organizacional, a qualidade nos serviços prestados, a qualidade nos atendimentos e os resultados para os usuários dos serviços.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Área Temática Especial: não há necessidade de envio à CONEP.

Fundamentação racional: Nos dias atuais, há uma tendência dos Serviços de Saúde exigir mudanças nas práticas profissionais e de gestão, com o objetivo de melhorar o desempenho organizacional, inclusive do Serviço Social, buscando inovação e o desenvolvimento de novos processos e modelos de negócio. Estudo recente indica que as intervenções do Serviço Social em organizações de saúde podem impactar positiva e significativamente nos custos e na utilização dos serviços de saúde e na qualidade de vida. Para o reconhecimento da importância dos Assistentes Sociais na cadeia de valor destes serviços, a profissão deve ser capaz de identificar sua contribuição e conectá-las aos resultados. A prática baseada em evidências – PBE é uma competência essencial para os Assistentes Sociais que atuam no mercado hospitalar, uma vez que se tornou um meio de investigação multiprofissional no Brasil. A PBE pode ser implementada com êxito no Serviço Social se estes profissionais acreditarem que é importante e possível trabalhar com protocolos embasados nas melhores evidências. O instrumento EBPAS foco deste estudo permite a avaliação quantitativa das atitudes do profissional, que pode ser usada na criação de modelos de implementação de inovação e na avaliação de adotar novas práticas.

Critério de inclusão: Assistentes Sociais atuantes no setor da saúde, independente do tempo de experiência. Material e Métodos: estão descritos no projeto, com detalhamento do processo de coleta e análise de dados, através do instrumento que será utilizado.

Não haverá o uso de fontes secundárias e não serão retidas as amostras para armazenamento em banco de dados.

CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI - CHM



Detalhamento Financeiro: sem recursos externos, somente os próprios. Cronograma: foi apresentado e atende ao proposto no projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os termos determinados como obrigatórios.

O pesquisador apresentou o documento apontado como pendência.

Recomendações:

1. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso durante o desenvolvimento da pesquisa.
2. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em lugar seguro por CINCO anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise final do projeto apresentado, concluo pela APROVAÇÃO DO PRESENTE PROJETO DE PESQUISA.

Considerações Finais a critério do CEP:

Acolhido na íntegra o parecer do relator pelo colegiado.

CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI - CHM



Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	dissertação qualificação Regina Moreno.doc	22/06/2015 08:54:42		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento/ Justificativa de Ausência	TCLE TERMO DE CONSENTIMENTO EBPAS REGINA MORENO.doc	22/06/2015 08:55:13		Aceito
Folha de Rosto	digitalizar0009.pdf	23/06/2015 09:36:43		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_D O_PROJETO_540261.pdf	23/06/2015 09:37:06		Aceito
Outros	autorização do autor.pdf	03/07/2015 07:30:43		Aceito
Outros	instrumento original.pdf	03/07/2015 07:31:44		Aceito
Outros	escala de avaliação.pdf	03/07/2015 07:32:16		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_D O_PROJETO_540261.pdf	03/07/2015 07:34:35		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 24 de Agosto de 2015

Assinado por: Sergio Makabe (Coordenador)

ANEXO C – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO



UNIVERSIDADE NOVE DE
JULHO - UNINOVE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO EVIDENCE-BASED PRACTICE ATTITUDE SCALE – EBPAS

Pesquisador: REGINA CÉLIA BARBOSA MORENO

Área

Temática:

Versão: 1

CAAE: 46550515.1.3001.5511

Instituição Proponente: SAO PAULO SECRETARIA DA SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.207.991

Apresentação do Projeto:

Há uma tendência, nos dias atuais, dos Serviços de Saúde exigirem mudanças nas práticas profissionais e de gestão com objetivo de melhorar o desempenho organizacional. O Serviço Social, dentro de uma Organização de Serviços de Saúde, não fica isento dessa exigência. Este estudo tem como objetivo adaptar e validar o instrumento Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS), para o Serviço Social da Saúde no Brasil, propondo um instrumento que consiga mensurar a atitude de sistematização das práticas do assistente social para futuros estudos na criação de protocolos sociais. O EBPAS foi desenvolvido na Universidade da Califórnia, San Diego, juntamente a equipe multiprofissional de trabalhadores da saúde e avalia a predisposição da adoção de inovação e Prática Baseada em Evidências (PBE). Espera-se que os resultados



UNIVERSIDADE NOVE DE
JULHO - UNINOVE



apresentados permitam considerar a atitude dos assistentes sociais na adoção de PBE, possibilitando a aplicação do instrumento nos serviços de saúde com vista a prontidão para a implementação de práticas inovadoras .

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Adaptar e validar o EBPAS para o Serviço Social da Saúde no Brasil.

Objetivo Secundário:

Realizar a adaptação transcultural do instrumento EBPAS para a língua portuguesa falada no Brasil; Validar a versão adaptada com profissionais do Serviço Social da Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Você está sendo convidada a responder este questionário e não fará mal algum à sua saúde, porém poderá causar um desconforto pelas questões a serem respondidas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Descrever no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): tempo aproximado para participante responder o instrumento de coleta de dados, o contato (telefone, e-mail, endereço) do Comitê de Ética em Pesquisa (CoEP) UNINOVE e um breve histórico sobre o significado do CoEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Descrever no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): tempo aproximado para participante responder o instrumento de coleta de dados, o contato (telefone, e-mail, endereço) do Comitê de Ética em Pesquisa (CoEP) UNINOVE e um breve histórico sobre o significado do CoEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Descrever no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): tempo aproximado para participante responder o instrumento de coleta de dados, o contato (telefone, e-mail, endereço)



UNIVERSIDADE NOVE DE
JULHO - UNINOVE



do Comitê de Ética em Pesquisa (CoEP) UNINOVE e um breve histórico sobre o significado do CoEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochua Investigador	dissertação qualificação Regina Moreno.doc	22/06/2015 08:54:42		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE TERMO DE CONSENTIMENTO EBPAS REGINA MORENO.doc	22/06/2015 08:55:13		Aceito
Folha de Rosto	digitalizar0009.pdf	23/06/2015 09:36:43		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_D O_P RÔJETO_540261.pdf	23/06/2015 09:37:06		Aceito
Outros	autorização do autor.pdf	03/07/2015 07:30:43		Aceito
Outros	instrumento original.pdf	03/07/2015 07:31:44		Aceito
Outros	escala de avaliação.pdf	03/07/2015 07:32:16		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_D O_P RÔJETO_540261.pdf	03/07/2015 07:34:35		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 31 de Agosto de 2015

Assinado por:
Stella Regina Zamuner
(Coordenador)

ANEXO D – INSTRUMENTO ORIGINAL

Evidence-Based Practice Attitude Scale

EBPAS[©] Gregory A. Aarons, Ph.D.

Reference:

Aarons, G. A. (2004). Mental health provider attitudes toward adoption of evidence-based practice: The Evidence-Based Practice Attitude Scale. *Mental Health Services Research*, 6(2), 61-74.

The following questions ask about your feelings about using new types of therapy, interventions, or treatments. Manualized therapy refers to any intervention that has specific guidelines and/or components that are outlined in a manual and/or that are to be followed in a structured/predetermined way.

Fill in the circle indicating the extent to which you agree with each item using the following scale:

0	1	2	3	4
Not at all	To a Slight Extent	To a Moderate Extent	To a Great Extent	To a Very Extent
				0 1 2 3 4
1. I like to use new types of therapy/interventions to help my clients				O O O O O
2. I am willing to try new types of therapy/interventions even if I have to follow a treatment manual				O O O O O
3. I know better than academic researchers how to care for my clients				O O O O O
4. I am willing to use new and different types of therapy/interventions developed by researchers				O O O O O
5. Research based treatments/interventions are not clinically useful				O O O O O
6. Clinical experience is more important than using manualized therapy/treatment				O O O O O
7. I would not use manualized therapy/interventions				O O O O O
8. I would try a new therapy/intervention even if it were very different from what I am used to doing				O O O O O
For questions 9-15: If you received training in a therapy or intervention that was new to you, how likely would you be to adopt it if:				
9. it was intuitively appealing?				O O O O O
10. it "made sense" to you?				O O O O O
11. it was required by your supervisor?				O O O O O
12. it was required by your agency?				O O O O O
13. it was required by your state?				O O O O O
14. it was being used by colleagues who were happy with it?				O O O O O
15. it was being used by colleagues who were happy with it?				O O O O O

ANEXO E – SUBESCALAS DO INSTRUMENTO ORIGINAL

Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS)©

Items, Factor Loadings, Chronbach's Alphas, and Scoring

Reference: Aarons, G. A. (2004). Mental health provider attitudes toward adoption of evidence-based practice: The Evidence-Based Practice Attitude Scale. *Mental Health Services Research*, 6(2).

Item #	Scale	Factor Loading	Alpha
Scale 1: Requirements			.90
12	Agency required	.99	
11	Supervisor required	.88	
13	State required	.78	
Scale 2: Appeal			.80
10	Makes sense	.89	
9	Intuitively appealing	.83	
14	Colleagues happy with therapy	.56	
15	Enough training	.55	
Scale 3: Openness			.78
2	Will follow a treatment manual	.61	
4	Will try therapy/interventions developed by researchers	.81	
1	Like to use new therapy/interventions	.62	
8	Would try therapy/interventions different than usual	.66	
Scale 4: Divergence			.59
5	Research based treatments/interventions not useful	.65	
7	Would not use manualized therapy/interventions	.76	
6	Clinical experience more important	.42	
3	Know better than researchers how to care for clients	.34	
EBPAS Total			.77

SCORING THE SCALES

The score for each subscale is created by computing a mean score for each set of items that load on a given subscale. For example, items 11, 12, and 13 constitute Scale 1. If there is missing data in your data set, computing means may be done allowing for one fewer items than make up the scale.

COMPUTING THE TOTAL SCORE

Only for the total score (not the individual scale scores), items from subscale 4 (Divergence) **must be reverse scored** and the subscale score recomputed. After the reverse scoring is complete, then a mean of the scale scores may be computed to yield the mean score for the total EBPAS.