

Adaptação transcultural e validade de conteúdo da *Escala de Autoeficácia en Reanimación Cardiopulmonar* versão brasileira*

Cross-cultural adaptation and content validity of the *Escala de Autoeficácia en Reanimación Cardiopulmonar*, Brazilian version

Como citar este artigo:

Mendes AWV, Crispim MO, Gomes AS, Galindo Neto NM, Perrelli JGA, Butcher RCGS, et al. Cross-cultural adaptation and content validity of the *Escala de Autoeficácia en Reanimación Cardiopulmonar*, Brazilian version. Rev Rene. 2026;27:e96898. DOI: <https://doi.org/10.36517/2175-6783.20262796898>

 Antonio Wellington Vieira Mendes¹
 Marília de Oliveira Crispim¹
 Adenilson da Silva Gomes¹
 Nelson Miguel Galindo Neto²
 Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli¹
 Rita de Cassia Gengo e Silva Butcher³
 Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão¹

*Extraído da dissertação “Adaptação transcultural e evidências de validade de conteúdo da Escala de Autoeficácia em Reanimación Cardiopulmonar (RCP) Básica y Avanzada para uso no Brasil”, Universidade Federal de Pernambuco, 2026.

¹Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil.

²Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco. Pesqueira, PE, Brasil.

³Florida Atlantic University. Boca Raton, FL, Estados Unidos.

Autor correspondente:

Antonio Wellington Vieira Mendes
Rua Conde Deu, 93, Santo Amaro.
CEP: 50050-470. Recife, PE, Brasil.
E-mail: antonio.wellington@ufpe.br

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes 

EDITOR ASSOCIADO: Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira 

RESUMO

Objetivo: estimar as evidências de validade de conteúdo da *Escala de Autoeficácia en Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada* traduzida e adaptada transculturalmente para versão brasileira. **Métodos:** estudo metodológico de adaptação transcultural e validação de conteúdo da *Escala de Autoeficácia en Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada* para o contexto brasileiro. A clareza foi avaliada por 40 adolescentes (subescala de Suporte Básico de Vida) e 40 profissionais de saúde (subescala de Suporte Avançado de Vida), considerando-se adequados itens com concordância $\geq 80\%$. A validade de conteúdo foi avaliada por 10 especialistas em urgência e emergência, por meio do Índice de Validade de Conteúdo, adotando-se valores $\geq 0,78$ para os itens e $\geq 0,90$ para a escala global. **Resultados:** os itens apresentaram índice de validade de conteúdo $\geq 0,80$. Os índices globais de validade de conteúdo foram de 0,94 para clareza e 0,96 para relevância, demonstrando excelentes evidências de validade de conteúdo. **Conclusão:** a versão brasileira da *Escala de Autoeficácia en Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada* apresentou evidências de validade de conteúdo satisfatórias. **Contribuições para a prática:** disponibiliza instrumento com potencial para subsidiar estratégias educativas em reanimação cardiopulmonar e ampliar pesquisas e ações de educação em saúde com adolescentes. **Descritores:** Autoeficácia; Parada Cardíaca; Inquéritos e Questionários; Reanimação Cardiopulmonar; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to estimate the evidence of content validity of the *Escala de Autoeficácia en Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada*, translated and cross-culturally adapted for the Brazilian context. **Methods:** a methodological study of the cross-cultural adaptation and content validation of the *Escala de Autoeficácia en Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada* for the Brazilian context was conducted. Clarity was assessed by 40 adolescents (Basic Life Support subscale) and 40 healthcare professionals (Advanced Life Support subscale), with items considered adequate when agreement was $\geq 80\%$. Content validity was assessed by 10 emergency and urgent care specialists using the Content Validity Index, with values of ≥ 0.78 for individual items and ≥ 0.90 for the overall scale considered acceptable. **Results:** the items presented a Content Validity Index of ≥ 0.80 . The overall Content Validity Index values were 0.94 for clarity and 0.96 for relevance, demonstrating excellent evidence of content validity. **Conclusion:** the Brazilian version of the *Escala de Autoeficácia en Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada* demonstrated satisfactory evidence of content validity. **Contributions to practice:** the instrument provides a potential tool to support educational strategies in cardiopulmonary resuscitation and to expand research and health education initiatives involving adolescents. **Descriptors:** Self Efficacy; Heart Arrest; Surveys and Questionnaires; Cardiopulmonary Resuscitation; Nursing.

Introdução

A parada cardiorrespiratória é um problema de saúde pública que acomete pessoas em todo o mundo e apresenta repercussões clínicas, sociais e econômicas. Caracteriza-se pela interrupção súbita da função cardíaca, ausência de respiração ou respiração agônica (*gasping*) e perda de consciência⁽¹⁻²⁾.

A reanimação cardiopulmonar representa a principal intervenção capaz de modificar esse desfecho, sendo sua efetividade dependente não apenas do domínio técnico, mas também da confiança do indivíduo em executar as manobras necessárias⁽³⁾.

Nesse cenário, a autoeficácia, entendida como a crença na própria capacidade de executar ações específicas, constitui construto central para o desempenho em situações críticas⁽⁴⁾. Sua mensuração por instrumentos estruturados permite estimar a percepção de capacidade para executar ações específicas, maiores níveis de autoeficácia favorecem engajamento, persistência e segurança na tomada de decisão, enquanto níveis reduzidos podem comprometer a atuação mesmo diante de conhecimento adequado⁽⁵⁾.

A autoeficácia frente à parada cardiorrespiratória relaciona-se à qualidade do atendimento e à adesão a treinamentos periódicos entre profissionais de saúde⁽⁶⁾. Evidências demonstram que intervenções educativas em reanimação cardiopulmonar contribuem para o aprimoramento do conhecimento, das atitudes, da autoeficácia e da confiança de escolares. A autoeficácia, por sua vez, associa-se à confiança para execução das manobras de ressuscitação, reforçando o papel estratégico dos adolescentes como público-alvo de ações educativas e potenciais multiplicadores de conhecimentos⁽⁷⁻⁸⁾.

São escassas as escalas que mensuram conjuntamente a autoeficácia relacionada às práticas básicas e avançadas de reanimação cardiopulmonar. A *Escala de Autoeficácia en Reanimación Cardiopulmonar* (RCP) *Básica y Avanzada* destaca-se por permitir essa avaliação integrada, tendo sido desenvolvida na Espanha e apresentado elevada confiabilidade e consistência interna⁽⁹⁾.

A avaliação da autoeficácia em situações de emergência requer instrumentos que contemplem competências relacionadas ao suporte básico e avançado de reanimação cardiopulmonar e diferentes públicos⁽⁴⁻⁶⁾. Nesse contexto, destaca-se a necessidade de ampliar a avaliação da autoeficácia entre adolescentes, considerando as especificidades desse público e seu potencial participação em ações educativas de primeiros socorros e reanimação cardiopulmonar. A disponibilidade de instrumentos adaptados ao contexto sociocultural brasileiro pode favorecer a avaliação de intervenções educativas e a produção de evidências sobre fatores associados à autoeficácia. Diante disso, torna-se relevante a adaptação transcultural da escala e a avaliação de sua validade de conteúdo para uso no contexto brasileiro, incluindo sua aplicabilidade entre adolescentes.

Dessa forma, este estudo objetivou estimar as evidências de validade do conteúdo da *Escala de Autoeficácia en Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada* traduzida e adaptada transculturalmente para versão brasileira.

Métodos

Tipo de estudo

Trata-se de estudo metodológico de tradução, adaptação transcultural e avaliação das evidências de validade de conteúdo da *Escala de Autoeficácia en Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada* para uso no Brasil. A pesquisa foi realizada entre setembro de 2025 e janeiro de 2026, em Recife, após autorização dos autores do instrumento original.

Instrumento de pesquisa

A *Escala de Autoeficácia en Reanimación Cardiopulmonar* (RCP) *Básica y Avanzada* foi desenvolvida em Madrid, Espanha, em 2015, sendo publicada em 2018⁽⁹⁾. O instrumento foi selecionado a partir da revisão de escopo realizada previamente, considerando

sua fundamentação teórica e as evidências de validade e confiabilidade descritas pelos autores.

A escala é composta por duas subescalas. A primeira, direcionada ao suporte básico de vida, contém 12 itens relacionados ao reconhecimento da parada cardiorrespiratória, acionamento dos serviços de emergência e realização das manobras iniciais de reanimação. A segunda, destinada ao suporte avançado de vida, reúne 15 itens sobre procedimentos de reanimação avançada, incluindo identificação dos ritmos de parada, uso de medicamentos e desfibrilação. Ao final, cada subescala fornece uma medida global de autoeficácia para o respectivo nível de suporte⁽⁹⁾.

A versão original foi aplicada a aproximadamente 1.400 profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, apresentando evidências satisfatórias de validade e elevada consistência interna, com coeficientes alfa de Cronbach superiores a 0,92⁽⁹⁾.

Etapas do estudo e amostra

Para o desenvolvimento do estudo, seguiram-se os cinco passos do protocolo de tradução, adaptação e validação: i) Tradução do instrumento original para o português brasileiro por dois tradutores independentes, biculturais; ii) Comparação das versões por um tradutor independente; iii) Retrotradução cega da versão preliminar traduzidas por outros dois tradutores independentes e biculturais; iv) Comparação das versões retrotraduzidas por um comitê de especialistas; v) Teste piloto da versão pré-final: debriefing cognitivo, com população-alvo e especialistas⁽¹⁰⁾.

Os quatro primeiros passos da tradução e adaptação transcultural contaram com o suporte de uma empresa especializada em processo de tradução e adaptação transcultural. 1. O instrumento foi traduzido do espanhol para o português brasileiro por dois tradutores bilíngues e biculturais independentes, resultando em duas versões traduzidas. 2. As traduções foram comparadas por um terceiro tradutor, que analisou as divergências semânticas e conceituais e elaborou uma versão síntese. 3. Na retrotradução a

versão síntese em português brasileiro foi retrotraduzida para o espanhol por dois tradutores bilíngues independentes, sem acesso prévio ao instrumento original, com o objetivo de verificar a manutenção dos significados e assegurar a equivalência semântica entre as versões. 4. As versões retrotraduzidas foram comparadas ao instrumento original por comitê multidisciplinar de tradutores e especialistas com experiência mínima de dois anos em urgência e emergência e/ou validação de instrumentos. Avaliaram-se as equivalências semântica, conceitual e de conteúdo até a obtenção da versão pré-final, com participação da autora principal da escala original para assegurar fidelidade ao construto.

O quinto passo, correspondente ao teste piloto e à validação de conteúdo, envolveu duas amostras devido às duas subescalas. Conforme o referencial metodológico adotado para adaptação transcultural, essa etapa foi realizada com 40 participantes em cada grupo, número considerado adequado para avaliação da compreensão e clareza dos itens⁽¹⁰⁾. A subescala de Suporte Básico de Vida (SBV) foi aplicada a 40 adolescentes de 10 a 19 anos, matriculados do sétimo ao nono ano de uma escola pública de Recife, mediante consentimento, assentimento e frequência escolar. A subescala de Suporte Avançado de Vida (SAV) foi aplicada a 40 profissionais de saúde, enfermeiros ou médicos, com experiência em reanimação cardiopulmonar após a graduação. A coleta de dados foi realizada até o alcance do quantitativo previamente estabelecido para cada grupo, não havendo perdas amostrais nessa etapa.

A amostragem foi não probabilística, por conveniência e com reposição. Inicialmente, foi realizada visita à escola selecionada para apresentação dos objetivos da pesquisa e obtenção da autorização institucional. Após a anuência da direção, os adolescentes foram convidados presencialmente em sala de aula e informados sobre os objetivos, procedimentos e critérios de participação. Aos interessados, foram entregues os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinatura pelos responsáveis legais. Após a devolução do termo assinado, os adolescentes assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.

do (TALE) e participaram da pesquisa por meio de instrumentos autoaplicáveis aplicados presencialmente em sala de aula.

Os profissionais foram recrutados por grupo de pesquisa institucional, correio eletrônico, aplicativos de mensagens e estratégia *snowball*⁽¹¹⁾, respeitando-se os critérios de inclusão e a adesão voluntária e assinatura do TCLE.

A clareza dos itens foi avaliada pela população-alvo de adolescentes e profissionais de saúde de acordo com cada subescala de SBV e SAV, por escala dicotômica (“claro” ou “pouco claro”), mantendo-se os itens com concordância mínima de 80% como “claro”. Itens que não atingiram esse critério foram revisados conforme sugestões dos participantes.

Paralelamente, dez especialistas em urgência e emergência avaliaram a equivalência conceitual, quanto à clareza dos itens, e a equivalência de conteúdo, quanto à relevância dos itens. O número de especialistas foi definido de acordo com o referencial metodológico adotado para adaptação transcultural de instrumentos⁽¹⁰⁾. A seleção ocorreu por amostragem intencional, sendo incluídos enfermeiros e médicos com experiência mínima de dois anos na área de urgência e emergência. Foram excluídos profissionais que participaram da avaliação das equivalências semântica, conceitual e de conteúdo ou do teste piloto da subescala de suporte avançado de vida.

A avaliação foi realizada individualmente, por via eletrônica. A clareza dos itens foi avaliada em escala Likert de quatro pontos: (1) não está claro; (2) pouco claro; (3) claro, mas necessita de pequenas alterações; e (4) muito claro e sucinto. A relevância foi avaliada em escala semelhante: (1) não relevante; (2) relevante, mas necessita de grandes alterações; (3) relevante, mas necessita de pequenas alterações; e (4) muito relevante e sucinto.

Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada utilizando o IBM SPSS *Statistics Base* e o *Microsoft Excel*. Inicialmente, os dados foram organizados em planilhas no Micro-

soft Excel e posteriormente analisados no IBM SPSS. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absoluta e relativa, enquanto as variáveis quantitativas foram apresentadas por média e desvio-padrão ou mediana e intervalo interquartil, conforme a distribuição dos dados avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk, adotando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Os dados provenientes da avaliação dos 10 especialistas foram submetidos à análise descritiva. Para as dimensões de clareza e relevância foram calculados o Índice de Validade de Conteúdo por Item (IVC-I) e o Índice de Validade de Conteúdo da escala pelo método da média dos itens (IVC-S/Ave), considerando-se aceitáveis valores iguais ou superiores a 0,78 para o índice por item e 0,90 para o índice global⁽¹⁰⁾.

Aspectos éticos

As etapas IV e V foram realizadas após obtenção do TCLE dos adultos e responsáveis legais e do TALE dos adolescentes, conforme a resolução vigente para pesquisas com seres humanos, assegurando privacidade, confidencialidade e proteção dos participantes.

O estudo observou os princípios éticos vigentes para pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal de Pernambuco sob parecer nº 7.865.002/2025, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 91264025.7.0000.5208.

Os autores declaram que utilizaram inteligência artificial generativa ChatGPT, como apoio na revisão linguística e aprimoramento textual do manuscrito, sem interferência na concepção, análise dos dados ou interpretação dos resultados.

Resultados

As etapas de tradução, síntese, retrotradução e avaliação da clareza e do conteúdo preservaram o significado conceitual e a intencionalidade dos itens originais. Os ajustes concentraram-se na adequação terminológica, cultural e operacional ao contexto brasileiro, conforme descrito a seguir.

Tradução do instrumento original para o português brasileiro: Foram obtidas duas Traduções Língua Alvo (TLA1 e TLA2), com variações de estilo sem comprometimento do significado dos itens. A TLA1 apresentou terminologia mais compatível com o uso em saúde no Brasil, enquanto a TLA2 manteve maior literalidade, como em “compressões” versus “massagem” e “choque” versus “descarga”.

Comparação das versões por um terceiro tradutor - Síntese I: Um terceiro tradutor comparou as versões e elaborou a versão Preliminar Inicial Língua Alvo (PI-LA), em que foram priorizados termos da TLA1 por apresentarem maior clareza e adequação ao contexto brasileiro, sem divergências significativas.

Retrotradução cega da versão preliminar: A PI-LA foi retrotraduzida por dois tradutores, originando a retrodução preliminar inicial (R-PI1 e R-PI2), semelhantes entre si e compatíveis com a versão original. As divergências foram pontuais e relacionadas a escolhas lexicais decorrentes da adequação ao contexto brasileiro e à população-alvo.

Comparação das versões retrotraduzidas por um comitê de especialistas- Síntese II: Um comitê de seis especialistas reuniu-se virtualmente para elaborar a versão pré-final. Participaram os tradutores das etapas 1 e 3, duas enfermeiras especialistas, uma com 12 anos de experiência no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e outra doutora com experiência em validação de instrumentos, além da autora do instrumento original, enfermeira doutora da Universidade de Madrid, cuja contribuição foi fundamental para a versão pré-final.

As principais modificações envolveram a reformulação dos termos da escala Likert, mantendo-se as seis graduações originais: nenhuma, pouquíssima, pouca, razoável, bastante e total confiança. No item SBV-2, o número do serviço de emergência foi adaptado para 192, correspondente ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). As modificações do processo de tradução e adaptação transcultural estão sintetizadas na Figura 1.

Etapas da adaptação	Item/Seção	Versão original	Versão adaptada	Tipo de equivalência	Justificativa
Tradução e síntese	Título da escala	<i>Escala de Autoeficácia en Reanimación Cardiopulmonar (RCP) Básica y Avanzada</i>	Escala de Autoeficácia em Reanimação Cardiopulmonar (RCP) Básica e Avançada	Semântica	Adequação linguística ao português brasileiro.
Tradução e síntese	Instruções gerais	Terminologia original em espanhol	Revisão da redação e dos descritores da escala de resposta	Semântica e conceitual	Melhor compreensão dos níveis de autoeficácia pelos respondentes.
Comitê de especialistas	SBV*-2	Acionar 112/061	SAMU [†] – 192	Cultural	Adequação ao sistema brasileiro de atendimento pré-hospitalar.
Comitê de especialistas	SBV-12	Referência genérica à desfibrilação	Inclusão do termo DEA [‡]	Conceitual	Maior precisão terminológica.
Comitê de especialistas	SAV [§] -2	Ritmo desfibrilável	Ritmo chocável	Semântica	Termo mais utilizado no Brasil.
Comitê de especialistas	SAV-4	Diagnosticar ritmos de parada cardiorrespiratória	Identificar ritmos de parada cardiorrespiratória	Conceitual	Adequação da ação avaliada à proposta de autoeficácia.
Avaliação pelo público-alvo	SBV-3	Agir automaticamente	Agir imediatamente	Semântica	Adequação da compreensão para adolescentes.
Avaliação pelo público-alvo	SBV-4,5,6	Compressões torácicas	Compressões no tórax	Semântica	Simplificação da linguagem.
Avaliação pelo público-alvo	SBV-7	Permeabilizar vias aéreas	Inclusão de explicação do procedimento	Conceitual	Aumento da clareza para população leiga.
Versão pré-final	Escala completa	—	Consolidação das modificações	Global	Versão brasileira culturalmente adaptada.

*SBV: Suporte Básico de Vida; [†]SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; [‡]DEA: Desfibrilador Externo Automático; [§]SAV: Suporte Avançado de Vida

Figura 1 – Síntese das principais modificações realizadas durante o processo de adaptação transcultural da *Escala de Autoeficácia em Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada* para o contexto brasileiro. Recife, PE, Brasil, 2026

Após a tradução e adaptação transcultural do instrumento, seguiu-se para o passo V, o teste piloto da versão pré-final língua aló (PFLA) - *debriefing* cognitivo, referente à validação do conteúdo. Para avaliar a clareza dos itens da *Escala de Autoeficácia em Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada* - BR teve-se a população-alvo de acordo com as subescalas de SBV (adolescentes) e SAV (profissionais de saúde) e para avaliar a equivalência conceitual e conteúdo (clareza e relevância) dos itens selecionou-se especialistas em urgência/emergência.

Participaram do teste piloto, referente à aplicação da subescala de Suporte Básico de Vida (SBV), 40

adolescentes, com maioria do sexo feminino, 22 (55%), com idade apresentando mediana de 14 anos e intervalo interquartil de dois anos (P25-P75: 13-15), matriculados entre o 7º, 8º e 9º anos do ensino fundamental, com predominância no 8º ano de 21 (52,5%).

Na avaliação da clareza dos itens da versão pré-final da subescala de SBV, a maioria foi considerada clara por mais de 80% dos participantes, atingindo o índice de concordância recomendado. Contudo, o item SBV-8 ("Colocar corretamente uma cânula orofaríngea [Guedel]") não alcançou esse percentual, indicando necessidade de revisão da redação para melhor compreensão pelo público-alvo (Tabela 1).

Tabela 1 – Avaliação da clareza da subescala de Suporte Básico de Vida da *Escala de Autoeficácia em Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada* - BR em adolescentes (n=40). Recife, PE, Brasil, 2026

Item avaliado	Claro	Pouco claro
	n (%)	n (%)
<i>Escala de Autoeficácia em Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada</i> - BR	40 (100,0)	0 (0,0)
Classifique sua resposta com base na escala: confiança (nenhuma; pouquíssima; pouca; razoável; bastante; total)	39 (97,5)	1 (2,5)
Autoeficácia em suporte básico de vida	40 (100,0)	0 (0,0)
1. Acionar rapidamente o sistema de emergência	40 (100,0)	0 (0,0)
2. Fornecer informações detalhadas ao 192 sem perder a calma	38 (95,0)	2 (5,0)
3. Realizar automaticamente os protocolos vigentes de reanimação	36 (90,0)	4 (10,0)
4. Identificar o local para as compressões torácicas	37 (92,5)	3 (7,5)
5. Realizar compressões no tórax sem interrupção	37 (92,5)	3 (7,5)
6. Realizar compressões torácicas com a profundidade recomendada	39 (97,5)	1 (2,5)
7. Abrir e garantir a permeabilidade das vias aéreas em uma pessoa em parada cardiorrespiratória	34 (85,5)	6 (15,0)
8. Colocar corretamente uma cânula orofaríngea (Guedel®)	30 (75,0)	10 (25,0)
9. Ventilar de forma eficaz com bolsa-válvula-máscara (Ambu®)	39 (97,5)	1 (2,5)
10. Administrar o volume de oxigênio recomendado	40 (100,0)	0 (0,0)
11. Sincronizar as compressões com a ventilação	37 (92,5)	3 (7,5)
12. Aplicar um choque com um desfibrilador externo automático	40 (100,0)	0 (0,0)
Geral: Realizar o suporte básico de vida de forma eficaz	40 (100,0)	0 (0,0)

Para a avaliação da subescala de SAV, participaram 40 profissionais de saúde, predominantemente do sexo feminino, 22 (55%), com média de idade de 34,38 anos (desvio-padrão = 5,6). Metade era de Pernambuco, 20 (50%), e 9 (22,5%) de Alagoas. A maioria

era composta por enfermeiros, 32 (80%), e 25 (62,5%) possuíam especialização, principalmente em urgência e emergência. O principal local de atuação foi o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, com 16 (40%) participantes. O tempo de experiência apresentou

mediana de 5,0 anos (P25–P75: 2,0–7,8) e 32 (80%) relataram capacitação em RCP nos últimos dois anos.

Na avaliação da clareza dos itens da versão pré-final da subescala de SAV, todos os itens foram considerados claros por mais de 80% dos profissionais de

saúde, atendendo ao índice mínimo de concordância recomendado. Esses resultados indicam adequada compreensão dos itens e linguagem compatível com o contexto profissional (Tabela 2).

Tabela 2 – Avaliação da clareza da subescala de Suporte Avançado de Vida da *Escala de Autoeficácia em Reanimação Cardiopulmonar Básica y Avanzada* – BR dos profissionais de saúde (n=40). Recife, PE, Brasil, 2026

Item avaliado	Claro	Pouco claro
	n (%)	n (%)
<i>Escala de Autoeficácia em Reanimação Cardiopulmonar Básica y Avanzada</i> – BR	40 (100,0)	0 (0,0)
Classifique sua resposta com base na escala: confiança (nenhuma; pouquíssima; pouca; razoável; bastante; total)	40 (100,0)	0 (0,0)
Autoeficácia em suporte avançado de vida	40 (100,0)	0 (0,0)
1. Verificar a presença de pulso carotídeo	39 (97,5)	1 (2,5)
2. Diferenciar um ritmo desfibrilável de um não desfibrilável	37 (92,5)	3 (7,5)
3. Aplicar um choque com um desfibrilador manual	40 (100,0)	0 (0,0)
4. Diagnosticar ritmos pré/pós parada	40 (100,0)	0 (0,0)
5. Intubar um paciente em parada cardiorrespiratória	39 (97,5)	1 (2,5)
6. Utilizar dispositivos para manejo de vias aéreas difíceis (dispositivos supraglóticos, bougie, lâmina Maccoby...)	38 (95,0)	2 (5,0)
7. Interpretar a capnografia	40 (100,0)	0 (0,0)
8. Estabelecer um acesso intravenoso periférico	39 (97,5)	1 (2,5)
9. Estabelecer um acesso intraósseo se não for possível um acesso intravenoso	38 (95,0)	2 (5,0)
10. Administrar medicação conforme o protocolo	38 (95,0)	2 (5,0)
11. Detectar arritmias com comprometimento hemodinâmico	40 (100,0)	0 (0,0)
12. Suspeitar da possível causa da parada	38 (95,0)	2 (5,0)
13. Considerar situações especiais de reanimação	34 (85,5)	6 (15,0)
14. Identificar os critérios de não reanimação	38 (95,0)	2 (5,0)
15. Identificar os critérios para suspender uma reanimação já iniciada	38 (95,0)	2 (5,0)
Geral: realizar o suporte avançado de vida de forma eficaz	40 (100,0)	0 (0,0)

Tanto nas subescalas de SBV quanto de SAV, as sugestões sobre itens pouco claros foram analisadas e incorporadas para aprimorar a clareza e adequação linguística. Participaram da avaliação conceitual e de conteúdo 10 especialistas, sendo sete enfermeiros e três médicos. A maioria era do sexo masculino, com idade entre 29 e 55 anos (média de 39,1 anos), predominando profissionais de Pernambuco, com sete participantes.

Os especialistas apresentaram elevada qualificação acadêmica, incluindo especialização, mestrado e doutorado, com formação entre 1995 e 2019. Atuavam principalmente no Serviço de Atendimento Móvel

de Urgência e em serviços de emergência hospitalar, com tempo de atuação entre 4 e 20 anos. Todos relataram participação em capacitações atualizadas em RCP nos últimos dois anos.

A avaliação do conteúdo apresentou resultados satisfatórios, com I-IVC $\geq 0,80$ para todos os itens. Na subescala de Suporte Básico de Vida, os valores de S-IVC/Ave foram 0,92 para clareza e 0,95 para relevância. Na de Suporte Avançado de Vida, ambos os domínios apresentaram 0,96. No instrumento completo, os índices globais foram 0,94 para clareza e 0,96 para relevância, evidenciando elevada concordância entre os especialistas (Tabela 3).

Tabela 3 – Avaliação da equivalência conceitual e de conteúdo da *Escala de Autoeficácia em Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada* – BR por especialistas (n=10). Recife, PE, Brasil, 2026

Item avaliado	Conceitual (I-IVC*)	Conteúdo (I-IVC)
	Clareza	Relevância
<i>Escala de Autoeficácia em Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada</i> – BR	1,00	1,00
Classifique sua resposta com base na escala: confiança (nenhuma; pouquíssima; pouca; razoável; bastante; total)	1,00	1,00
Autoeficácia em suporte básico de vida	1,00	1,00
1. Acionar rapidamente o sistema de emergência	1,00	1,00
2. Fornecer informações detalhadas ao 192 sem perder a calma	1,00	1,00
3. Realizar automaticamente os protocolos vigentes de reanimação	0,90	1,00
4. Identificar o local para as compressões torácicas	0,90	1,00
5. Realizar compressões no tórax sem interrupção	0,90	1,00
6. Realizar compressões torácicas com a profundidade recomendada	1,00	1,00
7. Abrir e garantir a permeabilidade das vias aéreas em uma pessoa em parada cardiorrespiratória	0,90	0,90
8. Colocar corretamente uma cânula orofaríngea (Guedel®)	0,90	0,90
9. Ventilar de forma eficaz com bolsa-válvula-máscara (Ambu®)	0,90	0,90
10. Administrar o volume de oxigênio recomendado	0,80	0,90
11. Sincronizar as compressões com a ventilação	0,80	0,90
12. Aplicar um choque com um desfibrilador externo automático (DEA)	0,90	0,80
Geral: Realizar o suporte básico de vida de forma eficaz	1,00	1,00
S-IVC/AVE [†] (Suporte básico de vida)	0,92	0,95
Autoeficácia em suporte avançado de vida	1,00	1,00
1. Verificar a presença de pulso carotídeo	0,90	0,90
2. Diferenciar um ritmo desfibrilável de um não desfibrilável	0,80	0,80
3. Aplicar um choque com um desfibrilador manual	0,90	0,90
4. Diagnosticar ritmos pré/pós parada	0,90	0,90
5. Intubar um paciente em parada cardiorrespiratória	1,00	1,00
6. Utilizar dispositivos para manejo de vias aéreas difíceis (dispositivos supraglóticos, bougie, lâmina Maccoy...)	1,00	1,00
7. Interpretar a capnografia	1,00	1,00
8. Estabelecer um acesso intravenoso periférico	1,00	1,00
9. Estabelecer um acesso intraósseo se não for possível um acesso intravenoso	1,00	1,00
10. Administrar medicação conforme o protocolo	0,90	0,90
11. Detectar arritmias com comprometimento hemodinâmico	1,00	1,00
12. Suspeitar da possível causa da parada	1,00	1,00
13. Considerar situações especiais de reanimação	1,00	1,00
14. Identificar os critérios de não reanimação	1,00	1,00
15. Identificar os critérios para suspender uma reanimação já iniciada	1,00	1,00
Geral: realizar o suporte avançado de vida de forma eficaz	1,00	1,00
S-IVC/AVE (Suporte avançado de vida)	0,96	0,96
S-IVC/AVE (Global)	0,94	0,96

*I-IVC: Índice de Validade de Conteúdo por Item; *S-IVC/AVE: Índice de Validade de Conteúdo da Escala

Embora os índices de validade conceitual e de conteúdo tenham sido satisfatórios, sugestões dos especialistas foram incorporadas para aprimorar a clareza e a adequação linguística e cultural. Os ajustes resultaram na versão final para o contexto brasileiro, permanecendo necessária a avaliação de outras propriedades psicométricas.

Discussão

Instrumentos psicométricos exigem adaptação cultural, além da tradução, para preservar o construto avaliado. Na reanimação cardiopulmonar, em que decisões rápidas envolvem conhecimento técnico e percepção de competência, a adaptação de escalas de autoeficácia requer rigor metodológico e sensibilidade cultural.

A tradução, adaptação transcultural e validação de conteúdo da *Escala de Autoeficácia em Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada* demandaram ajustes linguísticos, terminológicos e operacionais para garantir equivalência semântica, conceitual e funcional no contexto brasileiro⁽⁹⁾. O referencial metodológico adotado conferiu robustez ao processo ao contemplar dimensões linguísticas, culturais e contextuais da adaptação⁽¹⁰⁾. Outros estudos que utilizaram esse referencial reforçam sua aplicabilidade e consistência metodológica em diferentes contextos socioculturais⁽¹²⁻¹⁶⁾.

As diferenças entre as traduções iniciais evidenciaram a importância da expertise temática dos tradutores. A escolha de termos compatíveis com a prática clínica brasileira favoreceu maior precisão conceitual e alinhamento com a terminologia da assistência. A literatura destaca que tradutores com conhecimento do construto contribuem para reduzir ambiguidades e preservar o significado técnico dos itens⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

A síntese foi decisiva para equilibrar fidelidade ao instrumento original e inteligibilidade para a população-alvo. Traduções muito literais podem comprometer a compreensão, enquanto simplificações excessivas podem reduzir a abrangência do construto⁽¹⁹⁾. Ajustes criteriosos são fundamentais para evitar distorções interpretativas na mensuração⁽²⁰⁾.

Embora as divergências na retrotradução tenham sido sutis, sua realização reforçou a consistência do processo e permitiu verificar a manutenção do conteúdo original. Evidências metodológicas apontam que essa etapa atua como mecanismo de controle de qualidade conceitual, mesmo quando não produz alterações substanciais⁽²¹⁻²²⁾.

A análise do comitê multidisciplinar possibilitou ajustes na intensidade das afirmações, contextualização dos cenários e adequação ao sistema de saúde brasileiro. A participação da autora original assegurou fidelidade estrutural, especialmente na interpretação dos escores e na clarificação do termo “periparada”, preservando a coerência conceitual do instrumento⁽²³⁾.

A substituição das referências ao sistema de emergência espanhol pelo SAMU-192 evidencia a necessidade de equivalência funcional nas adaptações transculturais. Assim, ressalta-se que a manutenção do significado conceitual depende da incorporação das especificidades operacionais locais⁽²⁴⁾.

No que concerne à estrutura de resposta, a escala Likert de seis pontos preservou a lógica interpretativa original, embora o número de categorias possa influenciar propriedades psicométricas⁽²⁵⁾. A decisão buscou garantir comparabilidade internacional e coerência com a concepção teórica da escala.

O teste piloto com dois públicos distintos constituiu contribuição relevante, pois o instrumento original foi desenvolvido apenas para profissionais de saúde. A inclusão de adolescentes na subescala de suporte básico de vida amplia sua aplicabilidade e atende à lacuna de instrumentos para esse grupo etário. Essa abordagem está alinhada à recomendação de envolver usuários finais na avaliação da compreensibilidade dos instrumentos⁽²⁶⁾.

Fragilidades no conhecimento teórico-prático de estudantes sobre suporte básico de vida estão associadas à insegurança para atuação frente a situações emergenciais⁽²⁷⁾. Nesse sentido, intervenções educativas estruturadas demonstram melhora significativa no conhecimento e desempenho prático em reanimação cardiopulmonar⁽²⁸⁾, reforçando a pertinência de

instrumentos capazes de mensurar autoeficácia como indicador formativo.

Além do conhecimento e das habilidades práticas, a autoeficácia influencia a disposição e a confiança para agir em emergências. Assim, sua mensuração em adolescentes pode ampliar a avaliação de programas educativos em reanimação cardiopulmonar. Diante da crescente inclusão desse público em ações de educação em saúde e primeiros socorros, medidas válidas podem auxiliar no monitoramento das intervenções, na identificação de necessidades de aprendizagem e no aprimoramento de estratégias para formação de potenciais socorristas leigos⁽²⁹⁾.

A avaliação por especialistas revelou elevados índices de validade de conteúdo, superiores aos critérios estabelecidos, indicando consistência conceitual e representatividade dos itens, em consonância com os resultados observados no estudo original de desenvolvimento da escala⁽¹⁰⁾. Tais achados sustentam evidências iniciais de validade de conteúdo da versão brasileira.

Avaliação de instrumentos é processo contínuo, dependente do contexto de aplicação e das características da população⁽³⁰⁾. Estudos futuros deverão investigar evidências adicionais de validade e confiabilidade em diferentes cenários educacionais e assistenciais.

Limitações do estudo

Como limitações, destaca-se a realização do estudo em um único contexto geográfico, com adolescentes provenientes de apenas uma escola pública, o que pode restringir a generalização dos achados para populações com diferentes características socioculturais, níveis educacionais e graus de literacia em saúde. Além disso, a amostragem por conveniência pode introduzir vieses de seleção. Ressalta-se ainda que a validação foi restrita às evidências de validade de conteúdo, não contemplando outras propriedades psicométricas, como validade de constructo, consistência interna, confiabilidade e estabilidade temporal (teste-reteste), esta última relevante para avaliar a reprodutibilidade das medidas ao longo do tempo. Adi-

cionalmente, não foram avaliados possíveis efeitos de compreensão diferencial entre faixas etárias distintas dentro do grupo de adolescentes.

Contribuições para a prática

Os resultados deste estudo contribuem para o avanço do conhecimento científico ao disponibilizar uma versão brasileira da escala de autoeficácia em reanimação cardiopulmonar com evidências de validade de conteúdo, adequada ao contexto sociocultural nacional.

Para a saúde e a enfermagem, os achados subsidiam o uso preliminar do instrumento na identificação de lacunas na percepção de competência e no planejamento de estratégias educativas em suporte básico e avançado de vida. Destaca-se, ainda, seu potencial em pesquisas com adolescentes, ampliando o escopo da educação em saúde e primeiros socorros.

Contudo, ressalta-se que as contribuições estão restritas às evidências de validade de conteúdo, sendo necessários estudos adicionais para avaliação de outras propriedades psicométricas antes de sua ampla incorporação na prática assistencial e educacional.

Conclusão

A avaliação pelo público-alvo e pelos especialistas demonstrou clareza e relevância dos itens, com índices de validade de conteúdo superiores aos critérios estabelecidos. Embora limitada às evidências de validade de conteúdo, a versão brasileira mostrou-se conceitualmente adequada ao contexto nacional. Assim, o estudo disponibiliza uma versão culturalmente adaptada da escala, com evidências de validade de conteúdo para utilização em pesquisas sobre autoeficácia em reanimação cardiopulmonar no Brasil.

Agradecimentos

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Contribuição dos autores

Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados: **Mendes AWW, Frazão CMFQ**. Redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: **Mendes AWW, Perrelli JGA, Butcher RCGS, Frazão CMFQ**. Aprovação final da versão a ser publicada: **Perrelli JGA, Butcher RCGS, Frazão CMFQ**. Concordância em ser responsável por todos os aspectos do manuscrito relacionados à precisão ou integridade de qualquer parte do manuscrito: **Mendes AWW, Crispim MO, Gomes AS, Galindo Neto NM, Perrelli JGA, Butcher RCGS, Frazão CMFQ**.

Disponibilidade de dados

Os autores declaram que os dados utilizados e/ou analisados durante o presente estudo estão disponíveis mediante solicitação razoável ao autor correspondente.

Referências

1. Carvalho CG, Martins CCG, Silva IC, Fernandes RM, Dantas JR, Oliveira-Kumakura AR, et al. Simulated clinical scenario of basic life support for adults in a hospital context: an integrative review. *Rev Rene*. 2025;26:e94226. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20252694226>
2. Hernando ASSC, Nieves-Alonso JM, Mjertan A, Martínez DG, Roca AP. In-hospital cardiac arrest: incidence, prognostic factors and results. *Med Clin (Barc)*. 2023;70(7):373-80. doi: <https://doi.org/10.1016/j.redare.2022.06.006>
3. Pelek CA, Silva-Junior MF, Muller EVN. Level of knowledge about basic life support of undergraduate students from the health area. *Rev Bras Educ Med*. 2021;45(2):e078. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.2-20200516>
4. Bandura A. Guide for constructing self-efficacy scales. In: Pajares F, Urdan T, editors. *Self-efficacy beliefs of adolescents*. Greenwich: Information Age Publishing [Internet]. 2006 [cited Apr 30, 2026];307-37. Available from: <https://www.researchgate.net/profile/Timo-Lorenz-3/post/Can-we-use-general-self-efficacy-scale-GSE-10-for-measuring-the-self-efficacy-in-every-case/attachment/59d62592c49f478072e9a60c/AS:272165419585544@1441900700706/download/BanduraGuide2006.pdf>
5. Cardós-Alonso MC, Inzunza M, Gyllencreutz L, Espinosa S, Vázquez T, Fernandez MA, et al. Use of self-efficacy scale in mass casualty incidents during drill exercises. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):745. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s12913-024-11175-w>
6. Verón SEB, Palacios JVO, Filártiga EAO. Conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar del personal de enfermería. *Rev Cient Cienc Salud*. 2024;6:e6129. doi: <https://doi.org/10.53732/rc-salud/2024.e6129>
7. Ko JS, Kim SR, Cho BJ. The effect of cardiopulmonary resuscitation (CPR) education on knowledge, attitudes, self-efficacy, and confidence in performing CPR among elementary school students in Korea. *Healthcare*. 2023;11(14):2047. doi: <https://doi.org/10.3390/healthcare11142047>
8. Ribeiro AJS, Bittencourt MN, Campos DS, Santos Junior DF, Moraes MS, Souza ARL, et al. Content validity evidence of a digital educational technology for alcohol use prevention. *Rev Rene*. 2025;26:e95523. doi: <https://doi.org/10.36517/2175-6783.20252695523>
9. Pascual SN, Blanco-Blanco A, Puente JCT. Autoeficacia en reanimación cardiopulmonar (RCP) básica y avanzada: diseño y validación de una escala. *Educ Med*. 2018;19(6):350-6. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2018.05.002>
10. Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation, and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract*. 2011;17(2):268-74. doi: <http://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>
11. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*. 2014;22(44):203-20. doi: <https://dx.doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>

12. Abo-Rass F, Nakash O, Abu-Kaf S, Gelaye B, Abojabel H, Khatib A. Validation of the Arabic version of the Mental Health Literacy Scale (MHLS) in three Arab samples. *PLoS One*. 2025;20(11):e0335126. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0335126>
13. Costa NFGC, Mendes SRO, Frazão CMFQ, Moraes KL, Sousa CN, Leal LP, et al. Adaptation and validation of the kidney transplant understanding tool for the Brazilian context. *Acta Paul Enferm*. 2023;36:eAPE01082. doi: <https://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023A0010822>
14. Alshammari S, Alshwieer MAM, Dammas SS, Alrasheed AM, Alasmari MA, Alahmari MMA, et al. Arabic translation, cross cultural adaptation, and validation of Foot Health Status Questionnaire among Saudi individuals with plantar fasciitis. *J Orthop Surg Res*. 2023;18(1):754. doi: <https://doi.org/10.1186/s13018-023-04202-9>
15. Anantapong K, Jiraphan A, Pariwatcharakul P, Buathong N, Setthawatcharawanich S, Aunjitsakul W, et al. Psychometric validation and cross-cultural adaptation of the dementia knowledge assessment Scale-Thai (DKAS-Thai). *BMC Geriatr*. 2026;26(1):219. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s12877-025-06935-0>
16. Kaminski J, Pizzera A, Schobersberger W, Blank C, Wolfarth B, Bendau A, et al. German translation and validation of the International Olympic Committee (IOC) Sport Mental Health Assessment Tool 1 (SMHAT-1) and Sport Mental Health Recognition Tool 1 (SMHRT-1). *Int J Sports Sci Coach*. 2026. doi: <https://doi.org/10.1177/174795412614432>
17. Bispo KTC, Perdigão AG, Bahmad Jr F. Translation and cross-cultural adaptation of an instrument - practical guide. *Brasília Med*. 2022;59:1-5. doi: <http://doi.org/10.5935/2236-5117.2022v59a293>
18. Ciofi-Silva CL, Cordeiro L, Oliveira NA, Mainardi GM, Levin AS, Almeida RMA, et al. Workload assessment: cross-cultural adaptation, content validity and instrument reliability. *Rev Bras Enferm*. 2023;76(3):e20220556. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0556>
19. Ursin J, Hyytinen H, Silvennoinen K, Toom A. Linguistic, contextual, and experiential equivalence issues in the adaptation of a performance-based assessment of generic skills in higher education. *Front Educ*. 2022;7:885825. doi: <https://doi.org/10.3389/educ.2022.885825>
20. Gea AIP, Pastor FJS. The cultural element in the adaptation of a test: proposals and reflections on internal and external influences. *Educ Sci*. 2022;12(5):291. doi: <https://dx.doi.org/10.3390/educsci12050291>
21. Albuquerque T, Resende HG, Keulen GEV, Damasceno VO. Revisão dos principais guidelines publicados de validação transcultural para a tradução, adaptação e validação de questionários. *Rev UNIFA*. 2025;38:1-21. doi: <https://doi.org/10.22480/rev.unifa.2025.38.811>
22. Pontrelli Mecca T, Tafla TL, Bueno FMB, Valentini F, Bassetto SA, Teixeira MCTV. Transcultural adaptation of the Adaptive Behavior Assessment System (ABAS-3). *Int J Dev Disabil*. 2022;70(4):684-95. doi: <https://doi.org/10.1080/20473869.2022.2137953>
23. Sá CSC, Luz C, Rodrigues LP, Cordovil R. Motor competence assessment – adaptação cultural para o Brasil (MCA-BR). *Fisioter Pesqui*. 2021;28(1):49-59. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/20017628012021>
24. Cruchinho P, López-Franco MD, Capelas ML, Almeida S, Bennett PM, Silva MM, et al. Translation, cross-cultural adaptation, and validation of measurement instruments: a practical guideline for novice researchers. *J Multidiscip Healthc*. 2025;17:2701-28. doi: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S419714>
25. Abulela MAA, Khalaf MA. Does the number of response categories impact validity evidence in self-report measures? A scoping review. *SAGE Open*. 2024;14(1):1-16. doi: <https://dx.doi.org/10.1177/21582440241230363>
26. Mokkink LB, Herbelet S, Tuinman PR, Terwee CB. Content validity: judging the relevance, comprehensiveness, and comprehensibility of an outcome measurement instrument: a COSMIN perspective. *J Clin Epidemiol*. 2025;185:111879. doi: <http://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2025.111879>
27. Boné MA, Loureiro MJ, Bonito J. Quality learning in basic life support in Portuguese basic education

- school: a cross-sectional study with 10th grade students. *Societies*. 2023;13(6):147. doi: <https://doi.org/10.3390/soc13060147>
28. Ramesh A, Ganesh R, Krishnamoorthy S, Maheshwari P, Ramanathan R. Teaching hands-only cardiopulmonary resuscitation skills to adolescents: effectiveness of a structured training program. *J Educ Health Promot*. 2022;45(1):2325. doi: https://doi.org/10.4103/ija.ija_685_21
29. Sihvo M, Heilala V, Kärkkäinen T. First aid self-efficacy: a scale adaptation and psychometric properties. *BMC Public Health*. 2025;25(1):1234. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22486-w>
30. Petrič G, Atanasova S. Validation of the extended e-health literacy scale: structural validity, construct validity and measurement invariance. *BMC Public Health*. 2024;24(1):1991. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19431-8>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons