UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARCOS HIRATA SOARES

AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMETRICAS DO
INSTRUMENTO “NURSING STUDENTS’ ATTITUDES
TOWARD MENTAL HEALTH NURSING AND CONSUMERS”
PARA O BRASIL

RIBEIRÃO PRETO

2015

MARCOS HIRATA SOARES

AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMETRICAS DO
INSTRUMENTO “NURSING STUDENTS’ ATTITUDES
TOWARD MENTAL HEALTH NURSING AND CONSUMERS”
PARA O BRASIL

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica:
políticas, saberes e práticas

Orientador: MARGARITA ANTONIA VILLAR LUÍS

RIBEIRÃO PRETO

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

SOARES, MARCOS HIRATA
AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMETRICAS DO INSTRUMENTO
"NURSING STUDENTS' ATTITUDES TOWARD MENTAL HEALTH NURSING AND
CONSUMERS" PARA O BRASIL. Ribeirão Preto, 2015.
164 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.
Orientador: MARGARITA ANTONIA VILLAR LUÍS

1. Enfermagem psiquiátrica. 2. Estudos de validação. 3. Educação superior.
4. Escalas.

SOARES, MARCOS HIRATA

AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMETRICAS DO INSTRUMENTO
“NURSING STUDENTS’ ATTITUDES TOWARD MENTAL HEALTH NURSING AND
CONSUMERS” PARA O BRASIL

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, por conceder a harmonia e sabedoria necessárias para que meus pensamentos fossem corretos, e para que o meio externo, através das pessoas, locais, serviços, etc, pudessem conspirar ao meu favor, de forma a resolver os conflitos inesperados e me dar todas as condições para que este estudo fosse realizado com sucesso.

À Fundação Araucária, pela concessão de bolsa e de passagens aéreas por meio da Chamada Pública nº 13/2014 - Programa de Apoio a Capacitação Docente das Instituições, Públicas de Ensino Superior do Paraná – Doutorado (Acordo Capes/FA, Convênio 800/2014);

À Professora Margarita, que manifesto minha admiração por seu empenho no avanço da pesquisa em saúde mental e por seu apoio a realização deste estudo e aos membros da banca, pelas contribuições apresentadas;

À minha esposa Andréia e filhinha Lara, por compreenderem os momentos em que estive ausente, para a realização das atividades de pós-graduação;

Ao meu querido sogro Oswaldo e aos grandes amigos Marlívia e Plauto, por suas inúmeras idas e vindas para me buscar e me levar até o aeroporto e até a EERP e por ceder seus lares para minha hospedagem nos dias de atividades da pós-graduação;

À todos os demais parentes e amigos, que colaboraram comigo, de alguma maneira para a realização desta conquista;

À todos os professores das instituições colaboradoras do estudo, os quais foram extremamente importantes para a realização do estudo, auxiliando-me muito mais do que o formal e necessário, agindo como parceiros fundamentais para a conclusão desta pesquisa a tempo;

A todos os alunos, sujeitos do estudo e a todas as pessoas que direta ou indiretamente, colaboraram para a conclusão desta pesquisa.

RESUMO

SOARES, M.H. **Avaliação das propriedades psicométricas do instrumento “Nursing Students’ Attitudes Toward Mental Health Nursing and Consumers” para o Brasil.** 2015. 164f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Muito embora os resultados de muitos estudos qualitativos brasileiros sobre o processo de aprendizagem em saúde mental tenham agregado conhecimento, outros são necessários utilizando métodos de estudo menos subjetivos e menos sujeitos aos vieses implícitos no processo de formação acadêmica. Este estudo visa avaliar as propriedades psicométricas do instrumento “*Nursing Students’ Attitudes Toward Mental Health Nursing and Consumers*” para uso entre graduandos de Enfermagem no Brasil. Trata-se de um estudo metodológico de um instrumento de medida de construto subjetivo, oriundo da Austrália, o qual foi adaptado culturalmente ao contexto brasileiro para avaliação de suas propriedades, por meio da metodologia padronizada de adaptação cultural de instrumentos psicométricos, análise fatorial exploratória e confirmatória, pelo pacote estatístico *Statistical Package for The Social Sciences* (SPSS), v.21 e AMOS/SPSS, v.22, respectivamente. Foi aplicado o instrumento original e os domínios Autoritarismo e Visão Minoritária do instrumento ODM, já validado para a realidade brasileira. A coleta de dados foi realizada em 5 cursos de graduação em Enfermagem de 5 instituições públicas de ensino localizadas no interior e capital paulista e paranaense, dentre os anos de 2013 e 2014, totalizando 365 sujeitos. Os sujeitos foram distribuídos em 91,3% do sexo feminino e 8,7% do sexo masculino e sua faixa etária variou de 18 a 58 anos, com uma média(M) de 21,9 anos e um desvio-padrão (dp) de 3,88 anos, a carga horária teórica de aulas variou de 36 a 71 horas/aula, M=52 hs; dp=13,64 e a carga horária prática, variou de 76 a 100 horas/aula, M=91 e dp=5,22. O intervalo de tempo de aplicação inicial e final do instrumento variou em função do cronograma e carga horária de aulas de cada Instituição de Ensino Superior, oscilando entre 29 e 136 dias, M=77,63, dp=39,64. A análise fatorial exploratória resultou numa versão pré-final de 23 itens, com um coeficiente Alfa de Cronbach entre 0,71 a 0,95. Durante a realização da análise fatorial exploratória, doze itens foram retirados, devido a baixa comunalidade e/ou consistência interna. Mesmo considerando as grandes alterações em sua estrutura, pôde ser considerada

válida a versão final do instrumento original. A versão pré-final foi submetida à modelagem de equações estruturais, resultando na apresentação de um modelo teórico composto por 22 itens distribuídos em 5 domínios, sendo que dois domínios permaneceram idênticos aos originais, um foi modificado e outros dois novos foram acrescentados, tendo sido validados pelo método estatístico usado e com confiabilidade aceitável (Alfa de Cronbach de 0,72 a 0,95). O instrumento foi considerado validado no Brasil, acreditando-se que o presente estudo contribuíram para a pesquisa e o ensino de Enfermagem em Saúde Mental, por apresentar um instrumento de avaliação da aprendizagem em saúde mental baseado no instrumento original, assim como por apresentar um modelo teórico para o processo de aprendizagem e da atitude do estudante na área de saúde mental. **Descritores:** enfermagem psiquiátrica, estudos de validação, educação superior, escalas.

ABSTRACT

SOARES, M.H. **Evaluation of psychometric properties of the instrument “Nursing Students’ Attitudes Toward Mental Health Nursing and Consumers” for Brazil.** 2015. 164f. Thesis (Doctorate) – Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Although the results of many Brazilians qualitative studies on the learning process in mental health have added knowledge, others are needed using less subjective methods of study and less subject to bias implicit in the academic process. This study aims to evaluate the psychometric properties of the instrument "Nursing Students' Attitudes Toward Mental Health Nursing and Consumers" for use among undergraduate nursing students in Brazil. This is a methodological study of a subjective construct measuring instrument, originally from Australia, which was culturally adapted to the Brazilian context for evaluating its properties through the standardized methodology of cultural adaptation of psychometric instruments, Exploratory and Confirmatory Factor Analysis, by the Statistical Package for The Social Sciences (SPSS) v.21 and AMOS / SPSS, v.22, respectively. The original instrument and Authoritarianism and Minority View fields of the instrument OMI, already validated for the Brazilian reality was applied. Data collection was performed in 5 undergraduate courses in Nursing at public higher education institutions located within São Paulo and Parana States, from the years 2013 and 2014, totaling 365 subjects. The subjects were divided into 91.3% of females and 8.7% males and their ages ranged from 18 to 58 years, with a mean (M) 21.9 years and a standard deviation (sd) of 3.88 years, the theoretical component of classes ranged 36-71 hours / class, M = 52 hours; SD = 13.64 and the clinical practice, ranged 76-100 hours / class, M = 91 and SD = 5.22. The initial application time interval and end of the instrument varied depending on the schedule and hours of classes of each higher education institution, ranging between 29 and 136 days, M = 77.63, SD = 39.64. Exploratory factor analysis resulted in a pre-final version of 23 items, with a Cronbach alpha coefficient of between 0.71 to 0.95. While performing the exploratory factor analysis, twelve items were removed due to low commonality and / or internal consistency. Even considering the major changes in its structure, it might be considered valid the final version of the original instrument. The pre-final version was submitted to structural equation modeling, resulting in

the presentation of a theoretical model composed of 22 items distributed in five areas, with two areas remained identical to the original one has been modified and two new ones were added, having been validated by the statistical method used and with acceptable reliability (Cronbach's alpha 0.72 to 0.95). The instrument was considered validated in Brazil, it is believed that this study contributed to the research and nursing education in Mental Health, Nursing and teaching, to present an assessment instrument of mental health learning based on the original instrument, as well as to present an explanatory theoretical model for the process of learning and the student's attitude in the mental health area. **Descriptors:** Psychiatric nursing, Validation studies, Education, higher, Scales.

RESUMEN

SOARES, M.H. Evaluación de las **propiedades psicométricas del instrumento “Nursing Students’ Attitudes Toward Mental Health Nursing and Consumers” para Brasil**. 2015. 164f. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Aunque los resultados de muchos estudios cualitativos brasileños en el proceso de aprendizaje en clase de salud mental han añadido conocimientos, otros son necesarios utilizando métodos menos subjetivos de estudio y menos sujeto a sesgos implícitos en el proceso académico. Esa investigación tuvo como objetivo evaluar las propiedades psicométricas del instrumento "Nursing Students' Attitudes Toward Mental Health Nursing and Consumers" para su uso entre los estudiantes de enfermería en Brasil. Se trata de un estudio metodológico de un instrumento de medición de construcción subjetiva, originario de Australia, que fue adaptado culturalmente al contexto brasileño para evaluar sus propiedades a través de la metodología estandarizado de la adaptación cultural de instrumentos psicométricos, El análisis factorial exploratorio y confirmatorio, fue hecho por el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) v.21 y AMOS / SPSS v.22, respectivamente. Se aplicó el instrumento original y campos Autoritarismo y Vista Minoritaria del instrumento ODM, ya validado para la realidad brasileña. La recolección de datos se realizó en 5 cursos de grado en Enfermería en 5 instituciones públicas ubicadas en las provincias de São Paulo y Parana, a partir de los años 2013 y 2014, por un total de 365 sujetos. Los sujetos fueron divididos en 91,3% de las mujeres y los hombres 8,7% y sus edades oscilaban entre 18 y 58 años, con una media (M) 21,9 años y una desviación estándar (de) de 3,88 años, el horario teórico de clases osciló 36-71 horas / clase, M = 52 horas; de = 13.64 y las horas de práctica, oscilaron desde 76 hasta 100 horas / clase, M = 91 y DE = 5,22. El intervalo de tiempo de aplicación inicial y final del instrumento varían dependiendo del horario y las horas de clases de cada institución de educación superior, que oscila entre 29 y 136 días, M = 77.63, DE = 39.64. El análisis factorial exploratorio dio lugar a una versión pre-final de 23 ítems, con un coeficiente alfa de Cronbach de entre 0,71 a 0,95. Mientras se realiza el análisis factorial exploratorio, doce artículos fueron retirados debido a la baja en comunalidad y / o consistencia interna. Incluso teniendo en cuenta los grandes cambios en su estructura, que pondría considerarse válida la

versión final del instrumento original. La versión pre-final fue presentado a modelos de ecuaciones estructurales, dando lugar a la presentación de un modelo teórico compuesto por 22 ítems distribuidos en cinco áreas, con dos áreas se mantuvo idéntica a la que se ha modificado el original y dos otros nuevos se han añadido, habiendo sido validado por el método estadístico utilizado y con una fiabilidad aceptable (alfa de Cronbach 0,72 a 0,95). El instrumento fue considerado validado en Brasil, se cree que este estudio ha contribuido a la investigación y la educación de enfermería en salud mental,, para presentar un instrumento de evaluación del aprendizaje de salud mental basado en el instrumento original, así como para presentar un modelo teórico del proceso de aprendizaje y actitud del estudiante en el área de salud mental. **Descriptores:** Enfermería psiquiátrica, Estudios de validación, Educación superior, Escalas.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1. Local de atividades práticas segundo IES, SP-PR, 2013-2014	62
Tabela 2. Comunalidades dos fatores nas análises dos componentes principais.	63
Tabela 3. Matriz de correlações entre os domínios e validação convergente na versão do instrumento com 29 itens	66
Tabela 4. Análise de confiabilidade pela média da correlação inter-item(CII) e nas análises de componentes principais	67
Tabela 5. Escores do Coeficiente Alfa de Cronbach padronizado do instrumento	67
Tabela 6. Escores de consistência interna da versão com 29 e 23 itens	68
Tabela 7. Composição dos fatores/disposição dos itens no modelo a ser testado	69
Tabela 8. Análise de confiabilidade do Domínio Avaliação da equipe de Enfermagem-AVAL	73
Tabela 9. Análise de confiabilidade do Domínio Capacitação para o campo de saúde mental – CAPAC-R	73
Tabela 10. Análise de confiabilidade do Domínio Supervisão Docente- SUP	74
Tabela 11. Análise de confiabilidade do Domínio Carreira Futura –CAR	75
Tabela 12. Análise de confiabilidade do Domínio CONT	75
Tabela 13. Matriz de correlação entre os domínios do modelo teórico validado	76
Tabela 14. Média e Desvio-padrão dos domínios do instrumento proposto	77
Tabela 15. Saída do Teste T pareado para os domínios CONT e CAR	78

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACP – Análise por Componentes Principais
AFC – Análise Fatorial Confirmatória
AFE – Análise Fatorial Exploratória
AGFI – Adjusted Goodness-of-Fit Index
AIC – Akaike Information Criterion
AMOS – Analysis of Moment Structures
ANS – Domínio Ansiedade em Relação ao Transtorno Mental
AVAL – Domínio Avaliação da Equipe de Enfermagem
CAPAC – Domínio Capacitação para o Campo de Saúde Mental
CAPAC-R: Domínio Capacitação para o Campo de Saúde Mental Revisado
CAR – Domínio Carreira Futura
CFA – Confirmatory Factor Analysis
CFI – Comparative Fit Index
CONHEC – Domínio Conhecimento Sobre Saúde Mental
CONT – Domínio Contribuições Valiosas
CVC – Coeficiente de Validade de Conteúdo
EFA – Exploratory Factor Analysis
EFIC - Domínio Eficácia do Curso
ESEM – Exploratory Structural Equation Modeling
EST – Domínio Estereótipos Negativos
GFI – Goodness-of-Fit Index
IES – Instituição de Ensino Superior
IVC – Índice de Validade de Conteúdo
KMO – Kaiser-Meyer-Olkin
MLE – Máxima Verosimilhança
NFI – Bentler-Bonnet Normed Fit Index
NNFI – Non-Normed Fit Index
ODM – Opiniões sobre Doença Mental
OMI – Opinions About Mental Illness
PCA – Principal Components Analysis
PGFI – Parsimony Goodness-of-Fit Index
PNFI – Parsimonious Normed Fit Index
RMR – Root Mean Square Residual
RMSEA – Root Mean Square Error of Approximation
SEM – Structural Equation Modeling
SPSS – Statistical Package for The Social Sciences
SRMR – Standardized Root Mean Square Residual
SUP – Domínio Supervisão Docente
TCT - Teoria Clássica dos Testes
TLI – Tucker-Lewis Index
TRI – Teoria da Resposta ao Item

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1. Conceito de atitude	16
1.2. A influência do ensino acadêmico na mensuração das atitudes frente a doença mental: propondo uma teoria para a aprendizagem em saúde mental no curso de Enfermagem	17
2. OBJETIVO GERAL	25
2.1. Objetivos específicos	25
3. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	26
3.1. Teoria da medida psicométrica	26
3.2. Níveis de mensuração	28
3.3. Validade	29
3.3.1. Validação de critério	30
3.3.2. Validação de conteúdo	32
3.3.3. Validação de construto	34
3.3.3.1. Análise Fatorial Exploratória	34
3.3.3.2. Análise Fatorial Confirmatória	40
3.3.3.3. Confiabilidade	44
3.4. A Construção, desenvolvimento do instrumento original e suas propriedades psicométricas	49
3.5. O processo de adaptação cultural de instrumentos de medida de construtos subjetivos	53
3.5.1. Proposta para adaptação cultural de instrumentos	55
4. MATERIAL E MÉTODOS	56
4.1. Delineamento do estudo	56
4.2. Aspectos éticos	56
4.3. Etapas percorridas para a adaptação cultural do instrumento	56
5. RESULTADOS	61
5.1. Caracterização das instituições de ensino colaboradoras e dos sujeitos de pesquisa	61
5.2. Coleta dos dados	62
5.3. Análise das propriedades psicométricas da versão avaliada para o idioma português	63

no Brasil

6. DISCUSSÃO	80
6.1. Análise Fatorial Exploratória (AFE) e Análise de Confiabilidade	80
6.2. Análise Fatorial Confirmatória	82
6.3. Interpretação do modelo teórico	83
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
9. GLOSSÁRIO DE TERMOS	100
10. APÊNDICES	103
11. ANEXOS	134

INTRODUÇÃO

O conceito de atitude

Diversas premissas educacionais podem ser consideradas fundamentais para um bom processo de formação acadêmica, dentre elas, as crenças e atitudes dos estudantes e futuros profissionais a serem formados frente ao fenômeno da doença mental são as mais pesquisadas no meio acadêmico. No entanto, ainda persiste a necessidade, em muitas instituições, de se avaliar prioritariamente, os aspectos cognitivos ou intelectuais dos estudantes, em detrimento da avaliação das atitudes dos mesmos.

Para o tipo de estudo que estamos realizando, o conceito de atitude pode ser dado a partir de referenciais baseados na análise do comportamento, por sua proximidade ao modelo estatístico de mensuração desenvolvido pela psicometria do final do século passado. Sendo assim, escolhemos Ajzen (1991; 2005), para o qual uma atitude é uma disposição a responder favorável ou desfavoravelmente a um determinado objeto, pessoa, instituição ou evento.

A atitude, enquanto traço da personalidade, é um construto subjetivo, que sendo inacessível a observação direta, só pode ser mensurado por meios psicométricos e cujas respostas verbais ou não verbais podem ser categorizadas em 3 tipos a saber: cognitivas, afetivas e conativas. As respostas cognitivas refletem as percepções e pensamentos sobre o objeto em questão, revelando as crenças da pessoa em relação a um objeto, evento, etc. já, as respostas afetivas revelam, através da expressão facial, tom de voz, por exemplo, os sentimentos em relação ao objeto em questão (AJZEN, 2005).

Por fim, as respostas conativas são inclinações comportamentais, intenções, tendências e ações em relação a determinado objeto. Desta forma, uma atitude favorável ou desfavorável em relação a um determinado objeto, instituição, pessoa ou evento, pode ser inferida a partir das respostas verbais e não-verbais frente a este objeto em questão.

Contudo, para autores como Ostrom (1969) e Breckler (1984), cada categoria de resposta reflete um componente teórico distinto de atitude, havendo assim, uma hierarquia entre os tipos de resposta. Para estes autores, a atitude é um construto multidimensional composto pelos tipos de resposta afetiva, conativa e cognitiva, mas

tais respostas variam entre elas, ou seja, o mesmo sujeito pode expressar respostas cognitivas desfavoráveis, mas apresentarem respostas conativas favoráveis ao mesmo objeto em questão.

A atitude, desta forma, passa a representar um componente para a construção de um modelo teórico em que seja possível a mensuração do aprendizado do estudante de graduação em Enfermagem, no tema de saúde mental.

A influência do ensino acadêmico na mensuração das atitudes frente a doença mental: propondo uma teoria para a aprendizagem em saúde mental no curso de Enfermagem

O fim da década de 1950 é marcado pelo início do desenvolvimento de vários instrumentos de mensuração das opiniões, crenças e atitudes frente a doença mental, sendo os principais o *Custodial Mental illness Ideology Scale* de Rogers, Cohen e Naranick (1958), *Opinion About Mental Illness (OMI)*, de Cohen e Struening (1962), *Community Attitudes Toward the Mentally Ill Inventory*, de Taylor e Dear (1981), sendo os dois últimos os mais usados para mensurar atitudes de profissionais de saúde, estudantes e população leiga. No presente estudo, o tema versa sobre a população de acadêmicos de Enfermagem, como objeto de estudo de interesse.

A enfermagem representa uma grande porcentagem dos profissionais dos serviços de saúde em geral. Desta forma, possuem um impacto significativo para colaborar de forma a atenuar o estigma, o preconceito e o sofrimento vivido pelo portador de transtornos mentais. Neste sentido, alguns dos diversos estudos científicos relatados a seguir, foram embasados pela Teoria do Contato apresentada por Allport (1954), a qual foi descrita mais recentemente por diversos autores, dentre eles, Pettigrew (1998) e Dovidio, Eller e Hewstone (2011). Segundo tais autores, é através do contato direto e indireto entre grupos majoritários e minoritários, ou por analogia, professores e alunos, profissionais e pacientes, é que se torna possível diminuir o preconceito e conflito grupal entre eles. Nas instituições de ensino, acredita-se que o ensino acadêmico formal e o contato/exposição clínica ao portador de transtornos mentais pode ajudar a diminuir o medo, preconceito, estereótipos negativos e o estigma frente a doença mental.

Neste sentido, os estudos a serem relatados a seguir, vêm embasando tal teoria, uma vez que o contato direto com os portadores de transtornos mentais, subsidiados pelo ensino acadêmico de qualidade colabora para o desenvolvimento de atitudes mais positivas frente ao portador de transtornos mentais. Um dos primeiros estudos encontrados foi o de Swan (1973), realizado com 36 enfermeiros que completaram o curso de Enfermagem Psiquiátrica e 30 que acabaram de iniciá-lo.

Alguns anos depois, encontra-se o estudo de Napoletano (1981), que avaliou a eficácia do ensino acadêmico de Psicologia, para 43 estudantes de graduação em Enfermagem, com uma carga horária de 100 horas, usando a escala OMI, ao início e término da disciplina. Ao fim da mesma, verificou-se que houve mudanças estatisticamente significativas para os fatores Autoritarismo, Benevolência e Restrição social.

Após um grande intervalo de tempo, foi encontrado o estudo de Madianos et al (2005), na Grécia, que comparou as atitudes de 92 graduandos em Enfermagem, que cursaram 40 horas de aula teórica e 90 horas de estágio clínico, através da escala OMI e o julgamento das condutas dos estudantes aos casos clínicos apresentados. Assim como no estudo de Napoletano (1981), também foram encontradas mudanças estatisticamente significativas nos mesmos fatores da escala quando aplicada por Napoletano (1981).

Um estudo feito em Israel, por Romem et al (2008), com 126 estudantes da 3ª série do bacharelado em Enfermagem, antes e após cursarem 1 mês de aulas e estágio em psiquiatria revelou, por meio de aplicação de instrumentos psicométricos, que os estudantes demonstraram mais desejo em ajudar os portadores de transtorno mental, menos sentimento de raiva, medo e segregação do doente mental, ao fim da disciplina.

Em um estudo feito em 2010, por Schafer, Wood e Willians, utilizando-se a escala CAMI de Taylor e Dear (1981), numa modalidade pré e pós treinamento com 288 estudantes de Enfermagem, indicou que há diferenças étnico e culturais envolvidas nas diferenças de percepção e atitude em relação a doença mental, sugerindo que houvesse um foco em estratégias de ensino que permitissem um envolvimento e participação ativa do estudante, para que o mesmo fosse estimulado a mudança de concepção, sugerindo também, a importância de estratégias de ensino problematizadoras.

No Brasil, o estudo pioneiro no tema atitudes e concepções de profissionais de saúde frente a doença mental é o estudo de validação da escala “*Opinions about Mental Illness*”, elaborada por Cohen e Struening (1963), para o idioma português no Brasil, por Rodrigues (1983), cuja sigla é representada pelas letras ODM . Este instrumento apoia-se em fatores como o autoritarismo, benevolência entre outros, para mensurar a atitude dos profissionais de saúde frente ao portador de transtornos mentais.

Tal instrumento, desde então, vem sido utilizado no meio acadêmico, no qual pode se citar a iniciativa de autores como Avanci, Malaguti e Pedrão (2002) e Pedrão, Avanci, Malaguti e Aguilera(2003), ao aplicarem o devido instrumento a estudantes de enfermagem e também averiguarem que após cursarem as respectivas disciplinas e estágios da área de saúde mental, os futuros enfermeiros se apresentaram menos autoritários e mais benevolentes em relação aos ingressantes.

Em um estudo (Pedrão et al, 2005) comparando os formandos brasileiros, chilenos e peruanos, por meio da escala ODM, os resultados mostraram diferenças estatisticamente significantes nos fatores autoritarismo, ideologia de higiene mental, restrição serial e visão minoritária, favoráveis aos estudantes brasileiros. No fator etiologia interpessoal, os resultados foram favoráveis aos estudantes peruanos e no fator etiologia de esforço mental, favoráveis aos chilenos. Desta forma, conclui-se que os formandos brasileiros apresentaram atitudes mais positivas frente aos transtornos mentais, em comparação aos outros países.

Embora seja o único instrumento conhecido e divulgado no meio acadêmico, com este objetivo, e considerando a não especificidade do instrumento para os estudantes de enfermagem, assim como também o momento histórico no qual tal instrumento foi concebido, foi realizada uma busca sobre os atuais instrumentos psicométricos neste assunto, disponíveis na área de Enfermagem Psiquiátrica, dado o entendimento de que seria necessária a utilização de um instrumento voltado para a área de enfermagem psiquiátrica e saúde mental. Foram encontrados três instrumentos que tinham como público-alvo, a área de saúde mental.

O primeiro foi o instrumento “Nursing Students’ Attitudes Toward Mental Health Nursing and Consumers” desenvolvido por Hayman-White e Happell (2005), Happell e Gouch (2009). O segundo instrumento foi desenvolvido na Holanda por

Heijden et al (2012), para mensurar a percepção do estudante sobre o portador de transtornos mentais. Para a especialidade de Enfermagem em saúde mental, tal instrumento apresentou baixa variância (25,60%) explicada para seus dois fatores, tendo, então, sua confiabilidade comprometida. O terceiro instrumento foi o Mental Illness-clinicians' attitudes (MICA), desenvolvido por Gabbidon et al (2013), para estudantes e profissionais da área de saúde. Foi escolhido o instrumento australiano devido ao engajamento da autora na pesquisa neste tema, também identificada em outros estudos (HAPPELL, ROBINS, GOUCH, 2008b, 2008c).

Para outros autores, como Madianos (2005), Happell, Robins, Gouch (2008b, 2008c) o conteúdo teórico e a vivência prática foram fatores importantes para o desenvolvimento de atitudes mais positivas frente aos portadores de transtornos mentais, pelos graduandos de Enfermagem, percebida de forma mais clara por um estudo que avaliou as mudanças de opiniões frente à doença mental, nos fatores Autoritarismo, Benevolência e Restrição Social.

Um fator que sugere ser bem consistente é em relação a carga horária é citado por Madianos (2005), HAPPELL (2008c) e experiência em serviços não-manicomial, citados por Souza (2010), Rodrigues (2012) e Happell et al (2015), os quais embasam o conhecimento empírico no meio acadêmico, assim como a adoção dos princípios da Reforma Psiquiátrica. Um estudo que comparou o perfil de ingressantes e formandos conduzido por Pedrão et al (2003) sugeriu que os ingressantes apresentaram um caráter mais autoritário, restritivo e discriminatório, em relação aos formandos, permitindo a compreensão de que o ensino acadêmico traz mudanças importantes no perfil dos alunos (CAMILO, 2007; PEDRÃO, 2005).

Um dos pesquisadores que realizou vários estudos sobre esta escala ODM no Brasil, considera que o perfil de atitudes frente ao portador de transtorno mental deve tornar-se mais condizente com uma atitude terapêutica, a partir da instrução acadêmica, principalmente se esses discentes adquirirem os elementos necessários para isso na sua formação. O perfil de compreensão encontrado confere aos futuros enfermeiros condutas mais efetivas durante a assistência, contribuindo para o avanço nas políticas públicas de saúde mental (PEDRÃO, 2002, 2003, 2005).

Diversos pesquisadores consideram a necessidade de mudanças no ensino em

Saúde Mental, para melhorar a prática da assistência de enfermagem. Como por exemplo, podem ser citados alguns estudos (Kantorski, Silva; 2001; Fernandes et al, 2009), que sustentam a necessidade da articulação entre teoria e prática no ensino de saúde mental, com ações pedagógicas que ultrapassem os muros da academia, de forma que os futuros enfermeiros possam apreender os espaços de encontro, de produção do cuidado, de reabilitação entre outros aspectos importantes, tendo como foco os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e não pautados unicamente no modelo da psiquiatria clássica.

Do ponto de vista qualitativo, Campoy, Merighi e Stefanelli (2005), bem como Kantorski e Silva (2000), Kantorski (2001), Braga e Silva (2000) e Kantorski et al (2006), consideram, em linhas gerais, que a disciplina de saúde mental está em fase de transformações, buscando mudanças e ao mesmo tempo, encontrando diversas barreiras, mas, com indicações de aspectos positivos que denotam alguma transformação nos futuros enfermeiros.

Estudos internacionais sobre este mesmo tema, demonstraram, com mais objetividade, aquilo que já foi percebido nos estudos brasileiros citados, ou seja, apreendeu-se também que o conteúdo teórico e a maior quantidade e qualidade de estágio por dia foram fatores importantes para o desenvolvimento de atitudes mais positivas frente aos portadores de transtornos mentais, pelos graduandos de Enfermagem e por um aumento nas escolhas pela carreira de Enfermagem psiquiátrica (HAPPELL, ROBINS, COUGH, 2008b, 2008c) (GOUCH, HAPPELL, 2009; HAPPELL et al, 2015^a; HUNTER et al, 2015).

Na Austrália, tais estudos foram influenciados pela reformulação curricular dos cursos de graduação em Enfermagem, sugeridos por um levantamento com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção em saúde mental prestada nos serviços de saúde mental (NONPF, 2003).

Diversos foram os estudos australianos encontrados a respeito da baixa procura dos enfermeiros pela área de saúde mental, tomando como exemplo os da própria autora do instrumento original (Happell, 2009; Happell, Gaskin, 2012; Happell, Welch, Moxham, Byrne; 2013) e de outros autores, (Stevens, Browne, Graham; 2013), bem como iniciativas de aplicação de métodos de recrutamento e treinamento para a prática

do cuidar em saúde mental (SIMS, OVERTON; 2012).

No Brasil, há carência de estudos sobre este tema. No entanto, de forma empírica, sabe-se a respeito da baixa atração e a baixa procura pela área de Enfermagem Psiquiátrica/Saúde Mental em relação às demais especialidades da Enfermagem. Foi encontrado um estudo (Soares e Bueno, 2006) com 44 estudantes da última série do curso de graduação em Enfermagem de uma IES do estado de São Paulo, realizado em 2003, onde se concluiu que a saúde mental aparece como segunda opção de escolha como campo de trabalho, com 4% das respostas e não foi mencionada quando se questionou a percepção do aluno em relação a área de maior ou menor habilidades. Tal situação, sem dúvida, tem contribuído para a precariedade da formação do enfermeiro, no que tange aos aspectos assistenciais de enfermagem em saúde mental, e consequentemente, isso colabora para uma assistência, em âmbitos gerais, de qualidade ruim.

Todavia, fatores contribuintes para a formação do panorama da má assistência de enfermagem, que também podem influenciar na procura pela área de saúde mental, são muito complexos para serem pesquisados de forma global, como o panorama político-profissional da profissão, onde há questões ligadas a remuneração adequada e jornada semanal fixa, por exemplo, e aspectos ligados à formação acadêmica, tema em que se discutem a organização curricular dos cursos de graduação, estratégias de ensino, conteúdo a ser ensinado, qualificação docente e quantidade de carga horária.

No entanto, dentro da relação (in)direta entre formação acadêmica e melhora da prática profissional, há alguns aspectos particulares que podem ser isolados e pesquisados, como a melhoria na formação profissional, que de forma indireta influencia em uma assistência ao portador de transtornos mentais alicerçada nos princípios da reforma psiquiátrica, independentemente se este paciente está sendo atendido em serviços especializados, por profissionais especialistas ou em outros serviços não-especializados.

Nesse sentido, podem ser citados dois importantes estudos são os Rodrigues, (2010) e Souza (2010), os quais após intensas revisões e levantamentos, consideraram a complexidade inerente ao ensino de Enfermagem Psiquiátrica e saúde mental, uma vez que, através de suas críticas e ponderações, concluem que é fundamental a adesão

efetiva ao modelo psicossocial, em detrimento do modelo biologicista, ao passo que este influencia a metodologia de ensino, conteúdos teóricos, a organização curricular da área de saúde mental e por fim, o discurso teórico e prático dos docentes.

Apreende-se, então, que um conteúdo considerado inadequado ministrado nos cursos de graduação, assim como atividades teórico-práticas em serviços de saúde mental de modelo manicomial, colaborariam para que o futuro enfermeiro desenvolvesse atitudes ambivalentes ou mesmo negativas frente ao portador de transtornos mentais, bem como poderia prejudicar, a princípio, a escolha pela área de saúde mental como futuro campo de trabalho (RODRIGUES, 2010; SOUZA, 2010).

Outros estudos tendem a reforçar o que se acredita de forma global sobre a importância da formação, ou seja, vem sendo reforçada a importância dos métodos educacionais participativos, que possibilitem uma interpretação crítica, transformadora e questionadora, de forma que o estudante vivencie a experiência do cuidado a esta clientela e que esta experiência possa ser ofertada de maneira mais precoce possível para o graduando em Enfermagem, de forma a propiciar um “*insight* clínico” sobre este campo de trabalho com o despertar da compreensão sobre seu papel como profissional atuante nesta área (DE COUX, 2012; CLEARY, HAPPELL, 2012; NEVILLE , GOETZ; 2014, KOOKEN, BAYLOR, SCHWEND; 2014, HERCELINSKYJ et al, 2014).

Em relação a inserção precoce nos campos de atuação para que o futuro profissional vivencie o processo de trabalho e seu papel dentro dele, esta continua sendo uma premissa perseguida desde os primeiros estudos e até os mais atuais, com colocações sobre a importância de se ofertar a maior carga horária possível de estágios curriculares dentro da área de saúde mental. No entanto, o que se observa na prática é a redução da carga horária teórica e prática; o que pode comprometer, em futuro não muito distante, a capacidade de atuação do enfermeiro na área de saúde mental (CLEARY et al, 2012; BROWNE, GRAHAM, SHAW; 2013).

Muito embora os resultados dos estudos qualitativos brasileiros citados, tenham agregado conhecimento, outros são necessários utilizando métodos de estudo menos subjetivos e menos sujeitos aos vieses implícitos no processo de formação profissional, uma vez que se trata do envolvimento da relação entre aluno e professor, paciente,

família, transtorno mental, dos professores entre si e deles com a instituição, assim como também, de forma mais ampla, com a própria sociedade, ou seja, trata-se de relações humanas e sociais, onde tantas condições subjetivas fundamentais necessitam ser aprofundadas através de estudos com métodos de investigação mais confiáveis, os quais podem servir de base para reorientar e avaliar as estratégias de ensino nos diversos cursos de graduação em Enfermagem, particularmente, no que tange ao tema de saúde mental.

De forma sintetizada, pode-se assumir que o instrumento que terá suas propriedades psicométricas avaliadas no presente estudo, não deriva de uma única teoria em si, mas de um conjunto de experiências, incorporação de teorias e conceitos derivados na prática, ensino e na avaliação do processo de ensino-aprendizagem do estudante em saúde mental, ao longo de décadas de experiência, como o conceito de atitude do modelo comportamental, a teoria do contato de Allport (1954), os princípios psicodinâmicos e interpessoais humanistas que influenciaram principalmente as décadas de 50 a 70, como Harry Sullivan, Sigmund Freud, Carl R. Rogers, os quais nortearam, de forma geral, as teorias de Enfermagem Psiquiátrica como as de Hildegard Peplau e Joyce Travelbee, respectivamente (Mc EWEN, WILLS; 2009). Como defendido por Mc Ewen e Wills (2009),

os modelos teóricos são representações esquemáticas de algum tipo de realidade, representando o mundo real. Determinar um modelo é importante, pois contribui para ilustrar os processos pelos quais os resultados ocorrem, especificando as relações entre as variáveis de forma gráfica, de modo que possam ser examinadas quanto à inconsistência, erro ou incompletude.

Sendo assim, a avaliação das propriedades psicométricas do instrumento e a testagem de um instrumento que avalia a aprendizagem em saúde mental, permitirá mensurar o efeito das variáveis envolvidas, a explicação do problema com a previsão de acontecimentos futuros, com vista a ser generalizado e melhorado, a partir de sua aplicação a outros sujeitos, contextos e momentos sócio-políticos e históricos.

OBJETIVO GERAL

Avaliar as propriedades psicométricas do instrumento “*Nursing Students’ Attitudes Toward Mental Health Nursing and Consumers*” para uso entre graduandos de Enfermagem no Brasil.

Objetivos específicos

1. Realizar a adaptação cultural do instrumento, original do inglês, para o idioma português brasileiro, em forma de estudo piloto;
2. Aplicar os devidos testes estatísticos para análise de confiabilidade e validade do instrumento, em sua versão brasileira;

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Teoria da medida psicométrica

Um objeto qualquer pode possuir propriedades (variáveis) as quais podem ser comparadas, analisadas e medidas. Segundo Pasquali (2003; 2010), no ramo das ciências psicossociais, o ato de inferir um modelo matemático a objetos naturais é denominado de psicometria e a teoria que o sustenta, a teoria da medida.

A teoria da medida suscita questionamentos importantes, que envolvem o ato de representar com números, propriedades de fenômenos naturais, levando, então, a possibilidade de erro, para os quais existem parâmetros importantes, que são a validade e a precisão, bem como também diversos recursos estatísticos para diminuir a probabilidade de ocorrência do erro. A medida consiste, então, na atribuição de números às propriedades de objetos ou eventos que estão sendo estudados, considerando também, que um mesmo objeto pode possuir vários e distintos atributos, os quais cada um pode apresentar magnitudes também distintas (PASQUALI, 2003; 2009; 2010).

A teoria da medida em ciências psicossociais, segundo Pasquali (2010) deveria ser denominada de Psicometria, que é, então, uma transposição da introdução do modelo matemático, considerada uma ciência exata, que pressupõe a verdade absoluta, com números, a fenômenos naturais, para os quais existe um modelo empírico, cuja certeza é relativa, em comparação a certeza absoluta da matemática.

Segundo Pasquali (2003; 2010), a psicometria inicia-se por volta dos anos de 1880, através dos trabalhos de Galton, os quais visavam a avaliação de aptidões humanas através de medida sensorial, posteriormente com as contribuições de Cattell, em 1890, Binet em 1900, momento em que Karl Spearman lançou os fundamentos da psicometria clássica e entre 1910 a 1930, consideradas as décadas dos testes de inteligência. Assim, a primeira teoria psicométrica formulada foi denominada de Teoria Clássica dos Testes (TCT).

Segundo Pasquali (2003), a TCT apresenta algumas limitações, como o fato de que todas as medidas são dependentes da amostra dos indivíduos que responderam ao instrumento. Isto significa que as avaliações do teste são válidas se a amostra tiver sido representativa, ou se o instrumento for utilizado em outra amostra com características semelhantes, e por fim, se um mesmo construto for medido por testes diferentes, torna-

se necessário um sistema de equalização mais complexo para poder realizar alguma comparação (GRUIJTER, KAMP; 2008).

Segundo Pasquali (2003, 2010), uma teoria nova, denominada de Teoria da Resposta ao Item (TRI) começa a ganhar destaque a partir da década de 1980, uma vez que seus modelos matemáticos complexos necessitavam de computadores para executar seus cálculos e demonstrar suas teorias.

A TRI, segundo Gruijter e Kamp (2008), é um termo genérico para nomear um conjunto de modelos teóricos, os quais compartilham alguns conceitos principais. Na TCT, os parâmetros estudados são os comportamentos, enquanto que na TRI, além dos comportamentos, entram também processos denominados de traços latentes. Este conceito cria uma grande diferença epistemológica e de concepção de ser humano, entre as duas teorias. A TCT se aplica em explicar o escore de um teste, enquanto a TRI se preocupa em cada item que compõe uma escala e em saber qual a probabilidade de cada item, de forma individual, ser correto ou errado (PASQUALI, 2003; 2009).

Na TCT, a análise dos itens é um procedimento necessário para selecionar os melhores itens, avaliando duas características: a dificuldade e a discriminação. O parâmetro *dificuldade* do item, no caso de itens politômicos, é dado pela proporção de respostas a uma categoria de escolha ou pela média das respostas de todos os indivíduos. Já o parâmetro *discriminação* visa diferenciar o grupo de indivíduos que teve alta pontuação dos que tiveram baixa pontuação total no teste. Ambos os parâmetros podem gerar índices: o índice de dificuldade, varia de 0 a 1, onde o 1 significa que todos responderam afirmativamente e o índice de discriminação pode assumir valores entre -1 e +1 (SARTES; FORMIGONI, 2013). Tal aspecto, faz mister a discussão acerca de diversos tópicos da teoria psicométrica, que serão apresentadas brevemente em sequência.

Níveis de mensuração

Segundo Pasquali (2003; 2010), no processo de representação numérica, há três propriedades básicas, chamadas de axiomas do sistema numérico, que devem ser consideradas. São elas a identidade, a ordem e a aditividade. A identidade, define o conceito de igualdade, ou seja, um número é idêntico a si mesmo; o axioma de ordem, onde além de um número ser diferente de outro, cada número é maior ou menor que outro, podendo ser dispostos numa sequência crescente. Por fim, o axioma de aditividade postula que os números podem ser somados, produzindo um número diferente dos somados.

Em relação ao axioma de aditividade, é possível apenas no caso de atributos extensivos, como peso, comprimento e duração temporal, como anos. Considerando, então, os três axiomas como componentes da teoria da medida, há de se considerar ainda, que a qualidade da medida dependerá do grau de representação (isomorfismo) existente entre as propriedades dos números e as propriedades dos fenômenos naturais estudados. Isso significa que há níveis de medida, denominados de nominal, ordinal, intervalar e de razão (PASQUALI, 2003; 2010).

Denomina-se escala um conjunto de itens pelos quais se pretende medir um atributo não mensurável objetivamente. A escala pode ter itens que são ordinais (onde a posição não implica em razão), pode ser visual analógica (linha de 100 mm, com dois pontos de ancoragem), numérica (linha com classificações numéricas), visual analógica/numérica (linha com dois pontos de ancoragem, mas apontando os valores nas extremidades) e a mais comum de todas, a escala tipo *likert*.

Este último modelo é o formato de escala mais comum desenvolvido para mensuração de atitudes, sendo proposto por Rensis Likert (1932). Ele sugere que em questionários sobre opiniões, os itens que compõem um fator, devem ser apresentados de forma alternada a outros itens de outros fatores, sempre que possível. Os pontos máximos de concordância com a sentença devem ser representados nos extremos da sentença.

Do ponto de vista teórico, uma das desvantagens em relação ao formato da escala visual analógica, reside no fato de que esta permite uma medida em nível intervalar, ao passo que a *likert*, apenas em nível ordinal, permitindo apenas estatísticas não-

paramétricas. No entanto, na prática, vem sendo aceito por um grande número de pesquisadores, inclusive estatísticos, a utilização de medidas paramétricas em escalas tipo *likert*. Na elaboração das sentenças, Likert (1932) estabelece 4 critérios básicos:

1. Que a sentença expresse um comportamento desejável e não uma declaração de eventos ou fatos reais, uma vez que estes podem ser interpretados totalmente diferentes;
2. Que a sentença deve ser clara, concisa, honesta, sincera, com o vocabulário mais simples possível, abordando apenas um tópico, a fim de evitar qualquer tipo de ambiguidade;
3. É desejável também que a Moda das respostas seja a resposta central da sentença;
4. Para evitar respostas estereotipadas, seria desejável que metade seja positivamente orientada e a outra, negativamente orientada.

Stevens (1946) relata que após vários anos de discussão acerca das limitações e aplicações deste modelo de mensuração de variáveis hipotéticas, chegou-se a uma classificação segundo os tipos de variáveis a serem medidas, as quais apresenta, então, a escala nominal, ordinal, intervalar e de razão.

Em épocas atuais, para Pasquali (2003; 2010), a grande maioria das medidas em ciências psicossociais consegue respeitar apenas o axioma de ordem. Quando apenas o axioma de identidade é preservado, a escala é denominada de nominal, e não possui atributos a serem medidos. Apenas quando são preservados os axiomas de ordem, é que se pode inferir uma teoria de medida, respaldada por uma teoria ou um modelo empírico explicativo que esteja consolidado.

Validade

O objetivo do processo de validar algo é generalizar os resultados de um estudo, feito com uma amostra, para a população do qual esta amostra faz parte. Para Gruijter e Kamp (2008), tal generalização pode ser determinada ou planejada, a partir do fato do estudo tenha poder de análise suficiente para que se possa detectar ou medir efeitos nos resultados, ou seja, se possui validade externa.

Os principais estudos sobre a aplicação do termo validade, encontra-se nos trabalhos de Cronbach (1947) e Cronbach e Meehl (1955), no qual o último faz referência a 4 tipos fundamentais de processos de validação, que são a validade preditiva, concorrente, de conteúdo e de construto; sendo as duas primeiras, baseadas em critérios.

Desde então, inúmeros autores reportaram e corroboraram os conceitos por ele apresentados, além de acrescentar outros diversos tipos de validade. Para Pasquali (2009), validade refere-se ao aspecto de uma determinada medida ser congruente com a propriedade medida dos objetos e não com a exatidão com que a mensuração, que descreve esta propriedade do objeto é feita; ou seja, validade é, de fato, a capacidade do teste medir aquilo que se propõe. (ARAÚJO, ANDRADE, BORTOLOTTI, 2009).

Considerando o tempo decorrido desde o surgimento destas teorias, Pasquali (2007) acredita que o termo, ao longo das décadas vem perdendo seu sentido quando foi idealizado por Cronbach (1947) e cita haverem, atualmente, mais de 30 tipos de validade.

De forma sintetizada, pode-se dizer que a validade é analisar através de três técnicas, que são a validade de construto, de conteúdo e de critério. Validade é compreendida a partir do sentido e interpretação dos escores. Ou seja, validade norteia o pesquisador no sentido de proporcionar conclusões sobre o objeto de estudo a partir de um escore. A avaliação da validade pode ser feita de várias formas, onde cada tipo avalia diferentes aspectos da escala, sendo compreendido como um processo em andamento e não como algo terminado. Assim como a confiabilidade, validade não é uma propriedade inerente da escala, mas resulta da interação entre os sujeitos testados e seu contexto, ou seja, um teste é considerado válido quando mede aquilo que supostamente deve medir, dentro daquela determinada população (PASQUALI, 2009).

Validação de Critério

Hulley et al, (2003) passaram a denominar o conceito de validade como validação, substituindo o termo validade de critério, pois segundo os mesmos, trata-se de um método de determinar validade, mais do que apenas um tipo de validade. Para este tipo de validação, é necessário, antes de tudo, definir um critério adequado e medir,

de forma válida, e independentemente do instrumento, tal critério.

Quanto a estes critérios, Pasquali (2003) cita haver diversos, mas considera que os mais usados são o desempenho acadêmico (notas dos alunos), desempenho em treinamento especializado (cursos de capacitação específicos), desempenho profissional (comparação do sucesso profissional ou nível de qualidade do trabalho prestado com o escore do teste), diagnóstico psiquiátrico (“normais” vs pacientes psiquiátricos), e através de outros testes disponíveis, que medem o mesmo traço, mas que são justificáveis, apenas quando o novo teste demonstra ser melhor que o atual.

Validar o critério consiste em correlacionar a nova escala com o método frequentemente aceito de medida de mesmas características – o padrão-ouro. A validação de critério consiste no grau de eficácia que o mesmo tem em predizer um desempenho específico de um sujeito, possuindo ainda, dois tipos (validade preditiva e concorrente). Se a comparação de 2 escalas é feita ao mesmo tempo, é denominada de **validação concorrente**. Esta situação ocorre quando suspeita-se de que a nova escala possa ser superior ao padrão-ouro existente, que se confirmado, pode resultar numa correlação elevada (>0.8). Por outro lado, se o coeficiente de correlação for baixo (<0.30), pode-se supor que medem construtos diferentes (PASQUALI; 2003).

Quando uma escala é comparada a um critério que é medido posteriormente, o novo teste é avaliado por quão bem seja capaz de predizer o escore do objeto a ser mensurado. Este tipo de teste de validação é denominado de **validação preditiva**.

Outros dois tipos de validação de critério, são também os tipos de validade **convergente e validade discriminante**. A validade convergente ocorre quando há uma convergência ou correspondência entre construtos que são teoricamente similares ou relacionados. Em contrapartida, a validade discriminante representa a capacidade do instrumento em diferenciar ou discriminar construtos que são, teoricamente, diferentes (Gruijter e Kamp, 2008; Streiner, Norman; 2008). Para De Von et al (2007), coeficientes de correlação de Pearson (r) $\geq 0,45$ são suficientes para avaliar a validade concorrente, convergente ou preditiva e ≤ 0.45 , para a validade discriminante.

Para Pasquali (2007), por exemplo, o termo validade convergente representa a situação onde um teste tem validade se mostrar correlação alta com um teste que mede um construto teoricamente relacionado ao mensurado. No presente estudo, os

pesquisadores optaram pelo método de validação convergente, usando os domínios Autoritarismo e Visão Minoritária da escala ODM de Rodrigues (1983), esperando alcançar coeficientes de correlação aceitáveis (PASQUALI; 2003).

Validação de conteúdo

Uma das etapas consideradas como a mais subjetiva dentre os demais tipos de validação, a validação de conteúdo representa a determinação da representatividade do conteúdo ou a relevância dos itens de um instrumento, cuja criação possui duas etapas, que são a criação a partir de fontes bibliográficas, experiência profissional e também através da entrevista a sujeitos, alvos do estudo e depois, pela etapa de quantificação/julgamento dos itens (LYNN, 1986)

A validade de conteúdo consiste em verificar se o teste constitui uma amostra representativa de um universo finito de comportamentos. Nesta etapa o pesquisador deve avaliar se todos os aspectos relevantes do objeto de estudo estão inclusos no instrumento e se há itens irrelevantes. Uma escala que mensure um traço latente muito heterogêneo pode apresentar uma baixa consistência interna, a qual pode ser melhorada eliminando itens com baixa correlação com outros itens. No entanto, deve se atentar neste processo o risco de se reduzir a capacidade do instrumento de medir seu construto, bem como a de reduzir a validade de conteúdo.

Não há um método estatístico único indicado para se realizar a validação de conteúdo (Beaton, Bombardier, Guillemin e Ferraz, 2000; Keszei, Novak e Streiner, 2010). No entanto, autores como Alexandre & Coluci, (2011) e outros com grande experiência no ramo da psicometria sugerem métodos matemáticos simples para acrescentar maior confiabilidade a esta etapa de validação, pois possui aspectos subjetivos (Lynn, 1986; Wynd, Schmidt e Schaefer; 2003; Polit e Beck; 2006, Cassep-Borges, Balbinoti, Teodoro; 2010). Tais métodos se propõem a calcular o Coeficiente (ou índice) de Validade de Conteúdo (CVC/IVC), que avalia a concordância entre os juízes que analisaram os itens, cujo resultado mostra a equivalência de conteúdo.

Já quando se trata de variáveis nominais, pode-se usar o índice de concordância de *Kappa* (Cohen, 1960), o qual é calculado a partir da fórmula: $k = \frac{Po - Pe}{1 - Pe}$, onde *Po*= a proporção de casos nos quais os juízes concordaram e *Pe*= a proporção de casos nos

quais cada concordância é esperada pela chance, ou seja, o numerador da fração indica as observações para as quais há concordância real e o denominador, a probabilidade que seria ao acaso. Seu coeficiente varia de -1 a +1, indicando então, discordância total ou concordância total entre os observadores. Para Landis e Koch (1977), um valor acima de 0,80 é considerado perfeito.

Num estudo de revisão bibliográfica, De Von et al (2007) identificaram os diversos conceitos usados em estudos de propriedades psicométricas. No tópico de validade de conteúdo, sugerem duas formas para estimativa de escores. No primeiro método, usa-se uma escala que varia de 0 a 2, sendo o 0 equivalente a ausência de concordância e o 2, a concordância total, dado pela fórmula: $CVC = \frac{j-n/2}{n/2}$, onde j= número de juízes que deu a nota máxima ao item e n= o número total de juízes dividido por 2. Para o instrumento como um todo, pode-se calcular a média de todos os escores de cada um dos itens.

O segundo método é citado como um modelo de dois passos. O primeiro consiste na avaliação da relevância do item, através de escala do tipo likert, sendo o 1 para irrelevante e 4 para extremamente relevante, para determinar se um item deveria ser reformulado ou retirado. A fim de evitar alguns vieses neste processo, Lynn (1986) sugere a opção por uma escala de 4 pontos, sendo 1=não relevante, 2=incapaz de avaliar a relevância sem uma revisão do item, 3=relevante mas necessita de pequenas alterações e 4=muito relevante e sucinto.

Calcula-se a proporção de juízes que consideraram o item extremamente relevante sobre o total de juízes, repetindo o processo para calcular o escore global. Na fase seguinte, o CVC é calculado a partir dos itens remanescentes. É importante frisar que para a retenção ou retirada de um item, é necessário haver concordância total entre os juízes, quando se trata de um comitê com sete ou menos membros (De VON et al, 2007). No presente estudo foi usado o método da concordância, exemplificado por Alexandre e Coluci (2011) e por Polit e Beck (2006). Tal método sugere o cálculo da porcentagem de concordância, ou seja, calcula a proporção de juízes que concordou e a que não concordou a respeito de cada item, multiplicado por 100%, indicando, então, a porcentagem de concordância dos juízes. São considerados adequados valores de 75% até 100%, levando em consideração a quantidade de juízes participantes.

Validação de construto

O construto refere-se ao objeto que se propõe a medir. A validade de construto (ou conceito) é considerada a forma básica de validade dos instrumentos, o qual determina que só pode ser medido de forma científica, um construto passível de representação comportamental adequada. Para Pasquali (2003), é a forma principal para se analisar a validade dos instrumentos.

Segundo Cronbach e Meehl (1955), a lógica por detrás do processo de validação de construto é de que quando o pesquisador acredita que seu instrumento reflita um construto em particular, para o qual estejam atribuídos certos significados, cuja interpretação proposta gera uma hipótese a ser testada, a qual pode confirmá-la ou negá-la. Diferentemente de outras validades como a preditiva e a concorrente, que podem ser expressas por coeficientes, a validade de construto está atrelada a um sistema de conceitos, cujas relações e associações podem ser explicadas e testadas, sobre determinadas situações e contextos de aplicação.

Desta forma, a validade de construto resulta do acúmulo é composta por várias provas, que precisam ser analisadas em todos seus detalhes, como a estabilidade temporal, consistência interna, etc. A compreensão de um instrumento que mede determinado construto ganha mais credibilidade, a partir do momento em que se conhece também o grau de relacionamento com outros construtos, que, em teoria, estariam relacionados. Para Pasquali (2003), a validade de construto pode ser realizada pela utilização de duas técnicas: a análise fatorial exploratória, confirmatória e a análise da consistência interna; modalidades cujos principais pontos serão descritos na sequência.

Análise Fatorial Exploratória

Com o desenvolvimento da TCT, foi desenvolvida uma metodologia de análise de dados multivariada, cujo propósito é avaliar a dimensionalidade dos instrumentos de medida. A análise fatorial, uma técnica de análise de dados multivariada, surge na década de 1930, sendo que das décadas de 1940 a 1980, foi o período de construção de sínteses teóricas e críticas aos modelos e conceitos existentes. Na década de 1980, surge a Teoria de Resposta ao Item (TRI), como forma de suplementação da TCT, com a

tentativa de encontrar respostas a antigos problemas, por meio de novas ferramentas e métodos de trabalho.

A Análise Fatorial Exploratória (AFE) é uma abordagem usada para se encontrar um modelo que melhor adapta as correlações ou covariâncias e as variáveis obtidas a partir da análise. Embora não haja uma regra única para delimitação de uma quantidade mínima de sujeitos para realizar a análise fatorial, a proporção de 10 sujeitos para cada item da escala, sugere ser uma “regra de ouro” a ser seguida dentro desta temática, citada por autores como Sapnas e Zeller (2002). No entanto, estes mesmos autores sustentam também que o número otimizado de sujeitos deve ser encontrado, para que não haja uma amostra deficitária (menos de 50), nem também uma amostra excessiva, podendo ser pelo menos 100 sujeitos e se possível, 300, uma vez que amostras com mais de 300 sujeitos, tende a estabilizar o padrão de respostas.

Contudo, autores como Sapnas e Zeller (2002), questionam a hegemônica “regra de ouro” dos 10 sujeitos por item da escala, argumentando que, nem sempre é possível obter uma amostra tão grande e sugere, para uma análise fatorial exploratória, que uma amostra de 100 sujeitos é suficiente para a realização satisfatória do procedimento (Norris, 1997), mas que não seja inferior a 50 sujeitos. Esta etapa pode ser considerada a de planejamento da análise fatorial.

Considerado o método mais indicado para estimar a validade de construto, a análise fatorial tem como objetivo, reduzir um grande número de medidas a um número reduzido de fatores, a fim de estabelecer quais os que medem os mesmos traços latentes e em que medida está realmente ocorrendo a mensuração que era esperada, bem como quais testes compartilham da variância comum e, assim, medem o mesmo construto. Segundo Hair, et al (2005), análise fatorial é um “nome genérico dado a uma classe de métodos estatísticos multivariados cujo propósito principal é definir a estrutura subjacente em uma matriz de dados(...)”.

A análise fatorial parte do princípio de que a variabilidade de um conjunto de itens que compõe o instrumento, evidenciada por uma matriz de correlações, pode ser parcialmente explicada por um número reduzido de fatores, subjacentes e comuns aos itens. Quando comparada a outras técnicas de análise multivariada, é qualificada como técnica de interdependência, uma vez que não há variáveis dependentes e independentes

nos dados, ou seja, todas as variáveis são simultaneamente consideradas, permitindo, então, a identificação de uma estrutura (Hair et al, 2005).

Segundo Pasquali (2003), a análise fatorial baseia-se na lógica da verificação de quantos construtos em comum são necessários para explicar as covariâncias (intercorrelações) dos itens, uma vez que as devidas correlações entre os itens são resultantes dos traços latentes (construtos, variáveis-fonte) assim como uma menor quantidade de traços latentes é suficiente para explicar um número maior de itens observados, uma vez que n variáveis (X) podem ser explicadas por um fator comum a todas as variáveis, itens, traços (F), somado a um fator específico para cada uma delas (U). Cada variável tem uma equação simplificada, em termos destes dois fatores:

$$X_1 = a_1 F + d_1 U_1$$

Desta forma, a validade de construto de um instrumento psicométrico é determinada pela grandeza das cargas fatoriais (correlações) das variáveis no fator, correspondente ao traço latente para o qual foram elaboradas. Tais cargas fatoriais, fundamentalmente, representam parte do escore verdadeiro na equação da Psicometria Clássica de $T = V + E$, pois a outra parte do “ V ” é constituída pela contribuição específica do item (contida no fator U) para o escore empírico T do instrumento (PRIMI, 2012).

Adjunto a este aspecto, um segundo fator que contribui para que a variância seja afetada é a covariância, pois quanto maior a covariância, maior a variância do escore total, donde que um método eficaz para avaliar o quanto um item contribui para a diferenciação dos sujeitos em um teste, é calcular a correlação entre o item e o escore total no teste, determinando, assim, o poder discriminativo do item.

Hair et al (2005) e Mingoti (2005) descrevem que dentre as técnicas de análise de dados multivariada, existem subtipos, como a Análise Fatorial Exploratória (AFE), a qual pode ainda se valer de dois modelos básicos, que são a análise dos fatores comuns e a análise dos componentes. Resumidamente, pode-se dizer que a AFE é usada para gerar o modelo teórico que se deseja testar, utilizando-se, então, a Análise Fatorial Confirmatória (AFC), que por sua vez, possui uma técnica emergente denominada de Modelagem de Equações Estruturais (MEE) ou o inglês, *Structural Equation Modeling* (SEM), para confirmar estatisticamente o modelo teórico apresentado.

Passada a etapa de planejamento da Análise Fatorial, a etapa seguinte refere-se às suposições ou requisitos, para que a mesma possa ser executada. A principal delas é a multicolinearidade, que significa o grau em que variáveis estejam correlacionadas, onde uma variável pode ser explicada através de sua relação com outras variáveis. Como algum grau é aceitável, usa-se como referência o critério de que hajam pelo menos 50% de correlações com escores maiores do que 0.30, as quais podem ser analisadas na matriz de correlações inter-item e também pela matriz de correlação anti-imagem, que é simplesmente o valor negativo da correlação parcial. Valores muito altos de correlações também são indicativos de que a análise não seja apropriada. Alguns dos indicadores que analisam este aspecto são:

1. Teste de Esfericidade de Barlett, que neste caso, apresenta um p valor < 0.05 . Este teste permite examinar a hipótese nula de que as variáveis não estejam correlacionadas num grau inaceitável.
2. Medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) da amostra. É um escore que varia de 0 a 1, tendo um padrão mínimo aceitável de 0.5, para considerar a amostra adequada.

Uma vez especificadas as condições para se realizar a análise fatorial, o passo seguinte é selecionar o método de extração dos fatores; que pode ser a análise dos fatores comuns ou a análise de componentes. A análise dos fatores comuns é usada para se identificar fatores que reflitam o que as variáveis têm em comum e a análise dos componentes é usada quando o objetivo é resumir a maior parte da informação original a um número mínimo de fatores (componentes), além de não possuir a premissa de normalidade dos dados, como para a análise dos fatores.

Na sequência, decidi-se qual o método de rotação dos fatores. O método ortogonal parte do princípio de que não se pressupõe correlação entre os fatores, ao passo que o método oblíquo, pressupõe uma correlação existente entre as variáveis. Desta forma, praticamente em qualquer análise de instrumentos psicométricos, se pressupõe a existência de algum grau de correlação entre as variáveis, fazendo-nos, então, optar pelo método de rotação oblíquo.

Em seguida, deve-se decidir a respeito de quantos fatores devem ser extraídos. Esta decisão, segundo Hair et al (2005) e Mingoti (2005), deve ser baseada em alguns

critérios:

1. Critério da Raiz Latente. Este critério sugere que itens com autovalores menores que 1 devem ser descartados, quando o número de itens varia entre 20 e 50 variáveis.
2. Critério do conhecimento a priori. Este critério é simples e é baseado na premissa de que o pesquisador já sabe de antemão, quantos fatores devem ser extraídos, como no caso de adaptação transcultural de instrumentos, por exemplo.
3. Critério de percentagem de variância. Este critério baseia-se na fixação de um percentual desejado de variância acumulada, onde para ciências naturais, costuma ser de pelo menos 90%, e para ciências sociais, 60%, ou até menos.
4. Critério do Scree plot. Com base na análise do gráfico de declividade, encontra-se o ponto de inflexão da curva do número de fatores em relação ao autovalor. Muitas vezes, a decisão pelo critério do *Scree Plot*, leva a uma escolha por número de fatores diferente da do critério de Raiz Latente.

Por fim, a próxima etapa consiste na interpretação dos fatores. Na apresentação dos resultados, a matriz fatorial apresentar-se-á como a combinação de variáveis que melhor explica a variabilidade nos dados como um todo. Desta forma, o primeiro fator apresentado na matriz, é considerado o melhor resumo das relações lineares entre os dados e, por isso, possuirá a maior porcentagem de variância explicada, assim como o segundo será a segunda maior porcentagem, até atingir 100% da variância explicada.

Outro ponto que deve ser interpretado é a carga fatorial, que representa o papel que cada variável tem na definição de cada fator. Quanto maior o valor da carga fatorial, maior a contribuição deste item para com o fator, donde que surge o critério em se manter no instrumento, itens que possuam ao menos um valor de 0.4 de carga fatorial (comunalidade). Com isto, se houver necessidade de se eliminar variáveis da análise, deve-se rever a processo rotacional, número de fatores a serem extraídos e o método rotacional. Nesta etapa a experiência do pesquisador é imprescindível para ser mais bem sucedida.

Quanto ao método rotacional ortogonal, existem o Varimax, que maximiza a

soma das variâncias de cargas, fornecendo uma separação mais clara dos fatores. Já o método Quartimax, faz com que uma ou mais variáveis possuam uma carga fatorial alta, num mesmo fator. O método Equimax é um método híbrido entre os dois anteriores.

Na rotação oblíqua, como já citado anteriormente, há uma correlação entre os fatores, tornando a interpretação mais simples. São exemplos, a Oblimin e a Promax, dentre outros, que variam de acordo com cada pacote estatístico. Brown (2006) sugere o uso da rotação oblíqua em casos semelhantes ao deste estudo, devido ao fato desta permitir as correlações entre fatores, e por tornar mais simples a interpretação dos mesmos.

O próximo passo é adotar um critério para classificar as cargas fatoriais como significativas. De maneira geral, um valor de 0.30 representa o valor mínimo para ser interpretada como significativa, ao passo que valores de 0.40 a 0.50 são considerados mais adequados. Neste aspecto, Hair et al (2005), propõem que para uma amostra de 350 casos, uma carga fatorial de 0.30, já seria considerada significativa.

Ao se interpretar a matriz fatorial, deve-se primeiro, examinar a matriz fatorial das cargas. Quando se utiliza a rotação oblíqua, são geradas a matriz de padrão fatorial, a qual possui cargas que representam a contribuição única de cada variável ao fator e a matriz de estrutura fatorial, a qual possui as correlações simples entre variáveis e fatores. A mais usada para apresentação é a matriz de padrão fatorial.

Após esta etapa, deve-se identificar a maior carga para cada variável em cada fator, sendo o costume, sublinhar sempre a maior carga para cada variável, dentre os fatores, caso a variável esteja presente em mais de um fator.

Enquanto a AFE tem como função descobrir a estrutura fatorial, suas relações, quantidade de fatores e a associação entre as variáveis, a próxima etapa é confirmar tais achados, uma vez que não é possível determina-los através da Análise Fatorial Exploratória, fato que só é possível através da análise fatorial confirmatória.

Análise Fatorial Confirmatória¹

Um conjunto de técnicas denominadas de Modelagem de Equações Estruturais (MEE) ou do inglês *Structural Equation Modeling* (SEM), que surgiu, segundo Codes (2005) e Hair et al (2005) na década de 60, tem como objetivo, especificar, estimar e testar relações hipotéticas entre um conjunto de variáveis, nas quais uma variável pode se apresentar como dependente em uma equação e independente em outra, através da capacidade de se acomodar múltiplas relações em um único modelo (ULLMAN, 2006). Tal técnica, desde então, vem sendo utilizada para a realização da AFC. Sua principal diferença em relação a AFE é que a AFC oferece uma comparação entre a matriz de covariância nula (em que não existem relações) e a matriz da população observada.

Basicamente, a SEM é composta por dois “sub modelos”, onde um modelo analisa a mensuração dos construtos (modelo de mensuração) e o outro, as relações estruturais entre eles (modelo estrutural). As propriedades da mensuração são dadas pela análise fatorial confirmatória, ou seja, o que é comumente denominado de AFC, é, na verdade, a aferição do modelo de mensuração. Já a parte estrutural, ocorre através do cálculo de sistemas de equações simultâneas, finalizando o procedimento de especificação e estimação das associações entre as variáveis, que é, na prática, a apresentação do modelo em forma de diagrama contendo as relações entre as variáveis latentes (Hair et al, 2005; Ullman, 2006; Pilati e Laros, 2007).

A MEE, influenciada pela psicometria do início do século XX, atualmente vem sendo aplicada tanto pelas ciências exatas, quanto pela área da psicologia, Econometria e Socionometria. A aplicação da Modelagem de Equações Estruturais, segundo Hair et al (2005) possui três formas ou abordagens a saber: a estratégia de modelagem confirmatória, a de modelos concorrentes e a de desenvolvimento de modelos. Em uma fase inicial, onde o pesquisador necessita fazer o ajuste e daí, explorar os dados e estrutura, a SEM também leva o nome de exploratória, ou *Exploratory Structural Equation Modeling* (ESEM).

A modelagem confirmatória é a aplicação direta, onde o pesquisador especifica um modelo e o testa (caso do presente estudo). Muito embora, seja uma estratégia

¹ Este procedimento foi realizado através de consultoria estatística, cabendo apenas a interpretação e discussão dos resultados ao pesquisador.

bastante rigorosa, ela ainda demonstra que um determinado modelo confirmado é aceito, dentre outros possíveis e aceitáveis. Neste aspecto, na estratégia de modelos concorrentes, diversos modelos alternativos poderiam fornecer ajustes iguais ou até melhores, havendo, então, uma comparação a vários modelos e não a um único apenas, obtendo desta maneira, mais segurança na análise da teoria testada (Hair et al, 2005; Ullman, 2006).

A estratégia de desenvolvimento de modelos difere das citadas anteriormente, pois o objetivo aqui é melhorar o modelo, modificando o modelo estrutural ou o de mensuração, ou seja, a SEM é usada para testar o modelo e também para aperfeiçoá-lo, fornecendo idéias para sua re-especificação.

A verificação da consistência entre o modelo hipotético e os dados empíricos é dada a partir da análise da matriz de covariância² das medidas, onde uma matriz de covariância de um modelo sem qualquer tipo de relação é comparada à matriz empírica, buscando identificar se há consistência entre elas. Desta forma, o modelo hipotético gerado é colocado à prova frente ao modelo empírico, obtido a partir dos dados, para ser testado, havendo, pelo menos os graus de liberdade com valores maiores que zero e a normalidade das distribuições das variáveis.

Tal comparação, denominada de especificação do modelo, entre as matrizes de covariância de ambos os modelos pode ser feito através de alguns índices, que denotam a qualidade de ajuste do modelo (modelo de mensuração):

1. Estatística Qui-quadrado da razão de verossimilhança ou modelo Qui-quadrado.

Um teste de hipóteses compara o modelo observado com o esperado, onde um $p < 0.05$ significa que o modelo não se ajusta e $p > 0.05$, significa que o modelo se ajusta à matriz de covariância, mas não se sabe se este é correto ou falso. Um valor grande relativo aos graus de liberdade indica que as matrizes observadas e estimadas diferem significativamente. Para esta ocasião, são requeridos níveis de significância maiores do que 0.05 ou 0.01, para considerar o ajuste, diferente do valor esperado habitualmente contrário. No entanto, para amostras com mais de 200 casos, ou menos de 100, é mais provável que sejam encontradas diferenças

² A covariância pode ser interpretada como um tipo de correlação não padronizada. Pode ser transformada em correlação ao se dividir a covariância pelo produto dos desvios-padrão de cada variável.

significativas, indicando com maior probabilidade um ajuste não real do modelo. Desta forma, se esperam valores baixos e com $p > 0.05$.

2. Índice de Tucker-Lewis (Tucker-Lewis Index) ou Índice de Ajuste Não-normado (Non-Normed Fit Index), dado pela fórmula $TLI = \frac{(\frac{\chi^2_{nulo}}{df_{nulo}}) - (\frac{\chi^2_{proposto}}{df_{proposto}})}{(\frac{\chi^2_{nulo}}{df_{nulo}}) - 1}$;
3. Índice de Ajuste Normalizado de Bentler-Bonnet, ou Bentler-Bonnet Normed Fit Index (NFI), dado pela fórmula $NFI = \frac{(\chi^2_{nulo} - \chi^2_{proposto})}{\chi^2_{nulo}}$;
4. Índice de Ajuste Comparativo, ou Comparative Fit Index (CFI) (Bentler, 1990). É um índice ajuste incremental que mede a melhoria relativa no ajuste do modelo do pesquisador sobre a de um modelo de referência, normalmente o modelo de independência, dado pela fórmula $CFI = 1 - \frac{\chi^2_{m-df_m}}{\chi^2_{b-df_b}}$. Hu e Bentler (1999) sugerem o uso conjunto do CFI ao SRMR, onde a combinação de um escore de $CFI \geq 0.95$ e $SRMR \leq 0.08$ resultariam num ajuste aceitável para o modelo.
5. Goodness-of-Fit Index. Sugerido por muitos autores, como por exemplo Hooper, Goughlan e Mullen (2008), é um índice que estima a proporção das covariâncias na matriz de dados da amostra explicadas pelo modelo, dado pela fórmula $GFI = 1 - \frac{C_{res}}{C_{tot}}$, onde C_{res} e C_{tot} estimam respectivamente, a variabilidade total e residual da matriz de covariância da amostra, ou seja, relacionam-se a proporção de variância explicada por meio da estimação.
6. Standardized Root Mean Square Residual (SRMR). Este índice é resultado do cálculo da média da covariância residual absoluta, onde um modelo perfeito é indicado por um escore nulo e quanto maior o valor, pior é o modelo, tendo o limite de $SRMR \leq 0.08$ como padrão aceitável aconselhado por Hu e Bentler (1999).
7. Índice Raiz Quadrada do Quadrado Médio do Erro de Aproximação ou Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) e Índice Raiz do Resíduo Quadrático Médio (Root Mean Square Residual) (RMSR) (Hair et al, 2005). Valores entre 0.05 a 0.08 são valores aceitáveis para se considerar o ajuste. Tal

índice é obtido na maioria dos pacotes estatísticos de SEM e também pode ser

$$\text{obtido pela fórmula } \text{RMSEA} = \sqrt{\frac{x_m^2 - df_m}{df_m(N-1)}}$$

Os parâmetros de n.2 a 5 são escores que variam entre 0 e 1, sendo considerado um valor aceitável, aquele acima de 0.9 (Bentler, 1990). Codes (2005) ressalta que a potencialidade desta técnica é a capacidade de ajuste e consideração da existência de erros nos cálculos das correlações e da confiabilidade dos dados. Tais aspectos que não são considerados pelo modelo, são denominados de resíduos e que, por sua vez, exercem influência sobre a variável estudada. Desta forma, os erros de mensuração das variáveis observáveis são muito relevantes para essa metodologia, servindo para a base de cálculos desenvolvidos no modelo testado e com isso, tornando os resultados produzidos, mais confiáveis.

Os índices de ajuste são classificados em absolutos, por determinarem a priori o quão bem o modelo se ajusta (qui-quadrado, RMSEA, GFI, AGFI, RMR, SRMR), incrementais, por não se basearem na utilização do qui-quadrado em seu cálculo (NFI, CFI) e parcimoniosos, pois através de menos rigor produzem melhores ajustes, como o *Parsimony Goodness-of-Fit Index* (PGFI)³, *Parsimonious Normed Fit Index* (PNFI)⁴ e o Critério de Informação de Akaike (AIC). Para o PGFI, valores altos indicam maior parcimônia do modelo, ao passo que o PNFI, compara modelos alternativos com diferentes graus de liberdade, onde diferenças entre 0.06 a 0.09 podem indicar diferenças substanciais entre os modelos alternativos.

Após esta primeira etapa da especificação do modelo, (modelo de mensuração), segue a especificação do modelo estrutural, considerada muito parcimoniosa, denominada de identificação do modelo, pois quando um modelo inicial não é especificado pelo modelo de mensuração, o mesmo deve sofrer modificações guiadas pelas hipóteses do pesquisador, em relação a sua estrutura, levando em consideração, o fato de que muitas vezes os pressupostos teóricos iniciais podem não encontrar correspondência total no modelo empírico, fazendo com que seja possível a modificação de uma teoria, com base em achados não considerados anteriormente.

³ O PGFI é um índice derivado do GFI, ajustado para menos graus de liberdade.

⁴ O PNFI, assim como o PGFI, é derivado do NFI, e também ajustado para menos graus de liberdade.

Se a informação “modelo é considerado recursivo” surge, significa ausência de covariância entre distúrbios de variáveis endógenas e a unidirecionalidade das relações de determinação entre as variáveis, ou seja, na representação gráfica do modelo, observam-se as setas partindo dos fatores para outros fatores ou variáveis observadas. Quando o modelo é considerado não-recursivo, estes apresentam uma relação de dupla determinação entre variáveis e/ou correlações entre os distúrbios de variáveis endógenas (PILATI e LAROS, 2007).

Uma informação importante também diz respeito a escolha do método de estimação do qual derivam os índices de ajuste. O método padrão de estimativa escolhido, segundo Kline (2011), será o de Máxima Verosimilhança (MLE), pois além do pressuposto da normalidade de dados, também se adequa a amostras entre 200 a 500 casos, como no presente estudo.

Por fim, o diagrama construído pelo software AMOS/SPSS, possui símbolos que são utilizados em todos os pacotes estatísticos, de forma universal:

1. Variáveis observadas são representadas por quadrados ou retângulos;
2. Variáveis Latentes com círculos ou elipses;
3. Efeitos hipotéticos direcionais de uma variável sobre outra, com uma seta;
4. Covariâncias ou correlações entre variáveis independentes (exógenas na SEM), com uma linha curva e setas nas duas extremidades.

Confiabilidade

Também tendo como sinônimos os termos precisão, fidedignidade, reprodutibilidade, consistência, estes termos representam a característica que o mesmo deve possuir, ou seja, a de poder medir sem erros, donde existem, basicamente, duas principais técnicas estatísticas, que são a correlação e a análise da consistência interna.

Consistência interna pode ser representada por um coeficiente que afere a média de correlação entre todos os itens e o restante dos itens na medida. Espera-se que os escores dos itens apresentem uma dimensão correlacionada, indicando que aquele conjunto de itens mede um mesmo objeto. Um baixo escore de consistência interna pode indicar que os itens em questão medem diferentes atributos ou ainda, as respostas dos sujeitos são inconsistentes.

O termo confiabilidade foi empregado por diversos psicometristas, dentre eles, Lee J. Cronbach (1947), que sugere a aplicação de 4 princípios básicos para a confiabilidade, segundo os princípios da psicometria clássica, classificado como:

1. O grau no qual um escore indica ausência de mudança em diferenças individuais em qualquer característica, significando então, um coeficiente de estabilidade;
2. O grau no qual um escore de um teste indica ausência de mudança de características individuais no grupo geral e fatores grupais determinados por um teste, representando então, um coeficiente de estabilidade e equivalência;
3. O grau em que um teste indica o status do indivíduo no presente em geral e nos fatores grupais definidos pelo teste, representando então, um coeficiente de equivalência, como os de consistência interna;
4. O grau em que um escore de um teste indica diferenças individuais em quaisquer traços no momento presente.

Enquanto técnicas de estimativa de confiabilidade, Cronbach (1947) descreve métodos, que continuam sendo usados atualmente, embora com denominações distintas, como por exemplo, o método teste-reteste, método dos testes equivalentes (ou paralelos), o método das duas metades, entre outros, ressaltando que não há uma melhor técnica, e sim, a mais adequada aos dados e aos fatores que estão sendo testados. Como recomendação, reitera que a confiabilidade nas ciências psicossociais nunca pode ser observada como uma ciência exata, onde as variáveis são constantes e medidas de forma quantitativa.

A medida mais comum de consistência interna usada é o Alfa de Cronbach, apresentado por Cronbach (1951). Tais medidas não consideram variações no tempo ou de observador a observador e, portanto, produzem uma estimativa de confiabilidade do teste.

O cálculo do alfa, segundo Cronbach (1951) nos dá o grau de covariância dos itens entre si, dada pela fórmula $\alpha = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum si^2}{s^2t} \right)$, onde N: número dos itens, $\sum si^2$ é a soma das variâncias dos itens e s^2t é a variância total dos escores do teste. A partir desta fórmula, o valor do alfa será maior quando a variância específica de cada item for pequena e for grande a variância que os itens em conjunto produzem. Isto significa que,

se todos os itens variarem da mesma maneira, ou seja, se não houver variância entre os itens individualmente, o valor do alfa será de 1, significando que os itens são homogêneos, produzindo a mesma variância.

A fórmula do alfa de Cronbach não possui pressupostos em relação à homogeneidade das variâncias e covariâncias e, considerando que poucos são os casos em que há uma homogeneidade nos dados, faz-se necessária a standardização dos itens, o que vai resultar na obtenção do Alfa de Cronbach standardizado, (ou ainda estratificado, padronizado), proposto por Cronbach, Shonenman e McKie (1965), determinado pela fórmula: $\alpha' = \frac{kxr}{1+(k-1)xr}$, onde r=correlação média dos coeficientes de correlação inter-itens não redudantes.

O índice alfa estima o quanto os itens do instrumento contribuem para a soma não ponderada do mesmo, variando numa escala de 0 a 1, onde o 0 indica ausência de consistência interna e o 1, 100% de consistência interna. Na prática, diversos autores propõem valores de interpretação e aceitação para avaliar o coeficiente alfa, sendo que em sua maioria consideram no mínimo o valor de 0,7 como mínimo aceitável (MAROCO, GARCIA-MARQUES, 2006).

A suposição existente no conceito de consistência interna, segundo Pasquali (2003), é de que, quanto menos variabilidade um mesmo item produz numa amostra de sujeitos, menos erros ele provoca, ou seja, quanto menor a variância do item, mais preciso é o item. Destaca-se também, que os valores de confiabilidade expressos pelo alfa devem ser interpretados à luz das características da medida e população aos quais está associada.

O principal problema, segundo Cortina (1993), Pasquali (2003), Kottner e Streiner (2010) com índices como o alfa de Cronbach, é que são sensíveis não somente a consistência interna da escala, mas também ao tamanho da escala testada. O valor do alfa poderá ser maior em instrumentos com mais de 10 (Kimberlin & Winterstein, 2008) ou 15 itens, independentemente da correlação entre eles e, para escalas longas, outros índices poderiam ser usados, como a média de correlação entre os itens (Cortina, 1993). Para Pasquali (2003), no entanto, em testes com mais de 30 itens, a correlação do item com o escore total ou com o restante dos itens e a correlação do item com o escore total ou com o restante dos itens não apresentará diferenças relevantes.

Nestes casos, como citado anteriormente, existe a alternativa para o cálculo do alfa estratificado, proposto por Cronbach, Shonenman e McKie (1965) para instrumentos cujos itens são agrupados em sub-escalas:

$$a_{estr} = 1 - \frac{\sum_{i=1}^f S_i^{2(1-\alpha_i)}}{S_t^2}$$

Onde S_i^2 é a variância dos itens que o constituem o fator i ($i=1,...,f$), α_i é o alfa de Cronbach para o fator i e S_t^2 é a variância do total do instrumento, sendo muito adequado, inclusive, para instrumentos com itens dicotômicos, onde a subestimação do alfa de cronbach é mais severa.

Inúmeros autores descreveram conceitos de confiabilidade, contextualizando-os a sua época. Em tempos atuais, por exemplo, para Hulley et al (2003), a confiabilidade, quanto mais afetada pelo erro aleatório, que pode ser a variabilidade do observador (causada pelo erro de medida feita por ele), do instrumento e do sujeito de pesquisa, menor é a precisão da medida. A precisão pode ser avaliada de acordo com a consistência de medições repetidas.

Segundo Pasquali (2003), existem duas técnicas estatísticas para avaliação de fidedignidade, que são as correlações; coeficientes que expressam o nível de relação entre as variáveis em momentos diferentes ou duas variáveis distintas, cujo valor varia de -1 a +1 e quanto maior o coeficiente, maior a relação entre as duas variáveis. A outra técnica é denominada de reprodutibilidade intra-observador por Hulley et al (2003) ou confiabilidade teste re-teste, apresentada por Cronbach (1947; 1955), onde um único observador realiza medições repetidas em um conjunto de sujeitos.

Para Pasquali (2003), há três tipos de dificuldades, que são (1) em relação a testes curtos e o intervalo entre o teste e o re-teste ser curto, a memória do sujeito pode fazer com que ele dê a mesma resposta que deu na primeira vez e não em função do conhecimento atual, (2) em caso de testes longos, o problema reside no quesito atitude, pois por perceber o teste como algo enfadonho, pode irritar-se e não responder adequadamente e por fim (3), se o intervalo de teste for demasiado longo, vários fatores interpessoais e ambientais podem mudar, interferindo nas respostas dadas. Geralmente, autores recomendam a utilização de um intervalo de teste-reteste entre 10 e 14 dias (Hulley et al, 2003; De Von et al, 2007). No geral, coeficientes de confiabilidade teste-

reteste acima de 0.9 são considerados altos e o mínimo para aceitável para escalas clínicas situa-se entre 0.7 e 0.8.

Reprodutibilidade inter-observador é a avaliação de um mesmo objeto por dois ou mais avaliadores. Utiliza-se o Coeficiente de Correlação Intra-Classe, baseada na medida repetida da análise da variância, embora possa ser usado também o Coeficiente de Correlação de Pearson. No caso das variáveis serem dicotômicas, pode se usar o índice *Kappa* de Cohen (1960).

Para De Von et al (2007), a confiabilidade alternativa é usada quando se quer testar a equivalência de confiabilidade por meio de aplicação de um instrumento ao início e após o término de um treinamento, por exemplo, a qual é mais indicada pra temas educacionais e não clínicos, sendo desejável um coeficiente de correlação de $r \geq 0,70$.

A confiabilidade não é uma propriedade fixa da escala, e sim, uma função do instrumento, o grupo para o qual está sendo usado e as circunstâncias. É inadequado falar a respeito da confiabilidade de uma escala, sem considerar as circunstâncias em que foi testada, bem como seu público-alvo. A precisão é confiável e legítima, se o instrumento que a produziu for válido (pertinente, relevante) e preciso (calibrado). O que garante a qualidade da medida é a qualidade do instrumento

Para Pasquali (2007), precisão responde se algo está certo ou errado, enquanto que validade responde se algo é verdadeiro ou falso. Os parâmetros de validade e precisão são características do instrumento de medida, do teste, e não da medida feita de um determinado objeto ou traço latente.

A CONSTRUÇÃO, DESENVOLVIMENTO DO INSTRUMENTO ORIGINAL E SUAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS

O devido instrumento possui o objetivo de mensurar as atitudes do estudante de enfermagem frente aos usuários e a enfermagem de saúde mental. O estudo de desenvolvimento do instrumento contou com a entrevista de 687 estudantes de enfermagem que vivenciavam a disciplina de saúde mental em 21 serviços de saúde mental em Victoria, Austrália. A mensuração das atitudes dos estudantes de Enfermagem frente a saúde mental por este devido instrumento ocorre em dois momentos: no primeiro dia, o qual é aplicado o instrumento com 24 sentenças e no último de permanência do estudante dentro da disciplina de saúde mental, momento em que este recebe o incremento de 14 questões (itens 25 a 39), para avaliar a influência do estágio clínico sobre o estudante (HAYMAN-WHITE, HAPPELL; 2005; HAYMAN-WHITE, GOUCH; 2009).

O instrumento, consiste de 24 afirmativas (seção A) e 4 questões demográficas (Seção B), que incluem sexo, universidade, ano do curso e exploração das informações sobre a carreira na enfermagem de saúde mental. As afirmativas apuraram as 3 seguintes áreas de percepções e experiências dos estudantes: preparo para o campo da saúde mental, atitudes em relação ao transtorno mental e usuários dos serviços de saúde mental e, por fim, atitudes em relação a enfermagem de saúde mental, incluindo preferências de carreira. No último dia de estágio clínico, o instrumento é novamente aplicado, acrescentando-se as questões correspondentes aos itens 25 a 39, os quais avaliam a disponibilidade da equipe de enfermagem para com os estudantes, visando avaliar a influência ou a contribuição do estágio clínico em sua formação e futura opção pela carreira.

Os estudantes responderam a cada uma das afirmativas usando uma escala tipo likert com 7 pontos, onde 1= discordo totalmente, 2=discordo muito, 3=discordo, 4=nem concordo, nem discordo, 5=concordo, 6=concordo muito, 7=concordo totalmente. Como pré-teste, foi aplicado a um grupo de 47 estudantes, de forma a garantir que haveria compreensão e adequação das devidas questões. O passo final na avaliação da estrutura do questionário pré-teste consistiu do cálculo dos valores do alfa de Cronbach para avaliar a consistência interna dos itens que compõem as subescalas.

Médias e desvios-padrão foram calculados para cada subescala e por fim, o coeficiente de Correlação de Pearson foi calculado para avaliar as relações entre cada uma das sete subescalas.

O passo final na avaliação da estrutura do questionário pré-estágio clínico consistiu no cálculo do Alfa de Cronbach para avaliar a consistência interna dos itens que compõem as sub-escalas sugeridas.

Os escores das sub-escalas foram calculados para cada participante baseado nos resultados da Análise dos Componentes Principais (ACP). Primeiro, as respostas individuais aos itens correspondentes das variáveis com valores de 0,45 ou mais nos componentes identificados foram somados para criar o escore total das sub-escalas. Em seguida, os escores totais resultantes foram divididos pelo número total de itens que compõe cada componente para criar um conjunto de escores da sub-escala que poderiam ser interpretados à luz do método original de dimensionamento. Uma transformação foi realizada em duas variáveis, primeiramente para os cálculos da sub-escala porque os mesmos carregaram em sentido oposto outras variáveis que compõem o componente identificado. Especificamente, as variáveis correspondem as sentenças 3 e 5, que tiveram seu escore invertido.

A avaliação da estrutura interna ocorreu em quatro passos. Primeiro, a correlação bivariada checou se as variáveis foram suficientemente correlacionadas para justificar a ACP. A maioria das correlações inter-item foi significativa, superiores a um valor absoluto de 0.3. A ACP é uma das técnicas de análise exploratória de dados que permite definir grupos de variáveis correlacionadas.

Com isto, a ACP foi utilizada para determinar o número de componentes com autovalores maiores do que 1 (critério de Kaiser). O número de componentes indicados pelo critério de Kaiser foi confirmado por uma avaliação de um quadro de autovalores versus componentes. Soluções alternativas com diferentes números de componentes foram também examinadas pela interpretabilidade. Os componentes extraídos foram submetidos a rotação oblíqua para alcançar simplicidade estrutural. Uma rotação oblíqua foi usada em preferência pela ortogonal por permitir a probabilidade de componentes correlacionados. A matriz padrão foi usada para interpretar componentes porque o conjunto de variáveis que compõem cada componente está mais facilmente

identificado. Somente variáveis com 0,45 ou mais foram interpretadas como parte dos componentes sugeridos e variáveis complexas foram definidas com 0,45 ou mais em 2 ou mais dos componentes extraídos. Dentro destas condições, apenas o item 13 não atingiu os critérios acima, sendo retirado da composição dos fatores.

A extração dos componentes principais foi realizada com as variáveis correspondentes as 24 sentenças que compõem o questionário pré-estágio clínico. O critério de Kaiser indicou a extração de sete componentes, com porcentagem de 18,9%, 9,0%, 8,6%, 6,3%, 5,3%, 4,6% e 4,3% da variância total, respectivamente. Desta forma, a soma da variância acumulada pelos sete componentes foi de 57%. Após estes componentes serem submetidos a rotação oblíqua, sete componentes significativos foram revelados.

Para os itens de 25 a 39, a análise pelo método Kaiser-Meyer-Olkin apresentou um valor de 0.92, indicando a condição para realização da Análise dos Componentes Principais e além da consistência interna indicada pelo Alfa de Cronbach nesta escala ser de 0.84. Ao se retirar o item 29, o alfa aumentou para 0.88. Foram atribuídas siglas para as sub-escalas, para melhor se referir as mesmas ao longo da discussão deste estudo. As subescalas e seus respectivos itens foram assim representados:

- Capacitação para o campo de saúde mental, (CAPAC) compreende as sentenças 1, 4, 7 e 10. Alto escore representa um grande senso de capacitação. Alfa=0.72;
- Conhecimento sobre saúde mental (CONHEC), compreende as sentenças 9, 18, 19 e 23. Alto escore representa uma atitude mais informada. Alfa=0.56;
- Estereótipos negativos (EST), compreende as sentenças 8, 21 e 24. Baixo escore indica crenças menos estereotipadas. Alfa=0.51;
- Carreira futura(CAR), compreende as sentenças 6 e 12. Alto escore representa um grande desejo de buscar uma carreira na enfermagem de saúde mental. Alfa=0.92;
- Eficácia do curso(EFIC), compreende as sentenças 14 até 17. Alto escore representa o grau no qual os cursos universitários de Enfermagem têm preparado os estudantes para as diversas áreas de atuação da enfermagem. Alfa=0.55;

- Ansiedade em relação ao transtorno mental(ANS), compreende os itens 3 e 5 (ambos com escore revertido) e o item 22 (alto escore representa baixos níveis de ansiedade). Alfa=0.67;
- Contribuições valiosas(CONT), compreende os itens 2, 11 e 20. Alto escore representa uma forte crença que enfermeiras psiquiátricas prestam um valioso serviço aos usuários, à comunidade e aos estudantes das carreiras de enfermagem. Alfa=0.67;
- Pós-estágio clínico(POS):correspondem aos itens 25 a 39. Avaliam a disponibilidade da equipe de enfermagem para com os estudantes. Altos escores indicam grande disponibilidade da equipe e um nível percebido de habilidade clínica na equipe envolvida com os estudantes. Alfa=0.84

Houve um grande número de achados particularmente interessantes com relação as atitudes, preparo e preferências de carreira que mereceram destaque. Em relação ao domínio Carreira futura, poucos estudantes foram sensibilizados a buscar a carreira de enfermagem em saúde mental. A correlação positiva significativa entre este domínio e o domínio Contribuições Valiosas,(0.32) sugeriu que 10,24% do desejo de seguir carreira está relacionado a percepção do papel e relevância prática do enfermeiro de saúde mental.

Baseando-se no escore médio da sub-escala, os estudantes não consideraram tipicamente o transtorno mental como uma fraqueza ou como própria culpa do sujeito. No entanto, estiveram menos corretos acerca dos mitos e estereótipos ligados a doença mental. Em relação a ansiedade frente ao estágio, altos níveis de ansiedade foram associados com um reduzido desejo de buscar a carreira em saúde mental. Portanto, a análise correlacional sugere que prover os estudantes de informações adequadas, pode ajudar a desconstruir os estereótipos e diminuir sua ansiedade.

A média obtida no domínio Preparo para o campo de saúde mental sugeriu que os estudantes não se sentem bem preparados seja para o campo geral ou específico da profissão. No entanto, devido a relação positiva (0.35) entre este domínio e o domínio Carreira Futura, 10,25% dos que buscam a carreira futura de saúde mental se sentiram preparados para atuar profissionalmente.

O PROCESSO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE CONSTRUTOS SUBJETIVOS

Quando se vislumbra uma pesquisa transcultural, particularmente em Enfermagem, percebe-se que as diferenças culturais são muito mais do que o país de origem e o idioma falado pelos sujeitos entrevistados em uma pesquisa, pois remetem-se sobretudo, às diferenças sócio-culturais e econômicas do país de cada sujeito. Autores (Im et al, 2004) ao realizarem um levantamento bibliográfico em bases de dados, concluíram que alguns critérios poderiam ser aplicados à pesquisa transcultural, tornando-a mais rigorosa e, de certa forma, mais confiável, em termos qualitativos.

Tais critérios de avaliação foram a relevância cultural, o qual avalia o quanto a pesquisa pode apresentar melhoria na qualidade de vida dos sujeitos estudados, a contextualidade, que significa a sensibilidade às condições estruturais que interferem nas respostas dos sujeitos de pesquisa e sua interpretação, a adequação, o qual se atém ao processo de tradução dos termos e conceitos usados no arcabouço teórico-metodológico da pesquisa, o respeito mútuo, o qual significa a valorização de aspectos culturais dos sujeitos e dos pesquisadores e por fim, a flexibilidade, a qual se refere ao uso adequado da linguagem e do momento de vida atravessado pelo sujeito de pesquisa. Portanto, a adaptação transcultural de instrumentos deve considerar tais aspectos em seu processo, de forma a garantir um instrumento melhor adaptado à cultura do país, além apenas do idioma (KESZEI, NOVAK, STREINER; 2010)

Escala de mensuração em saúde podem ser desenvolvidas de duas formas. A primeira consiste na sua construção a partir de um pressuposto empírico ou teórico. Com a abordagem empírica, as questões escolhidas são testadas e procedimentos estatísticos são usados para selecionar quais dos itens melhor predizem o resultado esperado. Entretanto, a desvantagem deste método é a dificuldade para interpretar porque os sujeitos responderam determinada questão e, de certa forma, isto tende a ter diferentes resultados (KESZEI, NOVAK, STREINER; 2010).

Segundo Pasquali (2010), quando se idealiza uma escala, deve-se recorrer a uma análise teórica dos itens, por meio de avaliadores com experiência e conhecimento na área, de forma a avaliar tanto a semântica quanto a teoria no qual o item foi idealizado pois escalas desenvolvidas inteiramente a partir de um pressuposto empírico podem ter

valor clínico, mas elas não possibilitam um avanço na compreensão do fenômeno estudado. Uma estratégia alternativa é selecionar questões que foram idealizadas para serem relevantes a partir de um ponto de vista de uma teoria em particular. Para o levantamento de itens, a criação de grupos focais, experiência clínica, entrevistas a sujeitos de pesquisa relacionados ao objeto do estudo são estratégias viáveis além da própria literatura científica. Ademais dessas, a adoção exclusiva de um modelo teórico para construção dos itens também pode ser utilizado, embora haja a possibilidade de se criar um instrumento com baixa validade, se o modelo teórico estiver inadequado.

Proposta para adaptação transcultural de instrumentos (Baseado em Reichenheim e Moraes, 2007)

MATERIAL E MÉTODOS

Delineamento do estudo

Estudo metodológico, para avaliação das propriedades psicométricas de instrumento de medida de construto subjetivo.

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (CAAE n. 12795513.6.0000.5231), bem como as IES participantes no estudo aprovaram a sua inclusão na pesquisa.

Em 20-07-2011, houve o primeiro contato com a autora, buscando obter informações sobre o instrumento criado por ela. Depois da decisão em se realizar o processo de avaliação das propriedades psicométricas e adaptação cultural como projeto de pesquisa de Doutorado, no dia 23-07-2012, a autora enviou uma carta assinada e digitalizada, autorizando a realização da pesquisa com seu instrumento psicométrico.

Etapas percorridas para a adaptação transcultural do instrumento

Como já elucidado anteriormente em relação a não-uniformidade sobre o processo de adaptação transcultural, autores (Reichenheim & Moraes, 2007) propuseram uma forma de operacionalização, baseando-se nos princípios discutidos ao longo dos itens anteriores deste manuscrito, denominando as etapas de equivalência. Tais autores propõem que seja feita em sequência, iniciando pela equivalência conceitual (revisão bibliográfica a respeito do objeto de estudo e publicações relacionadas ao instrumento original, discussão com especialistas e população-alvo), equivalência de itens (discussão com especialistas e população-alvo), equivalência semântica (traduções, retro-traduições, comitê de juízes, pré-teste), equivalência operacional (avaliação pelo grupo de pesquisadores em relação ao formato, modo de aplicação e categorização, instruções e cenário de aplicação), equivalência de mensuração (estudos psicométricos como validade, confiabilidade, consistência interna, etc) e, por fim, a equivalência funcional, que é o resultado das etapas anteriores. Tal etapa pode ser replicada em populações distintas das testadas originalmente, permitindo

que o instrumento possa também ser útil em populações distintas das usadas em seu processo de validação.

Foi utilizada a versão original de língua inglesa da escala “*Nursing Students’ Attitudes Toward Mental Health Nursing and Consumers*” para se fazer a tradução para o português e a retrotradução (“backtranslation”), visando obter uma primeira versão brasileira da escala. Não há uma uniformidade sobre os procedimentos de adaptação transcultural de instrumento, mas tomou-se como referência autores com experiência na área (Beaton, Bombardier, Guillemin e Ferraz, 2000; Reichenheim, Moraes, 2007; Keszei, Novak, Streiner, 2010), para a adaptação transcultural de instrumentos de medidas. Como forma de operacionalização, adotou-se a proposta descrita por Reichenheim & Moraes (2007), para nortear a apresentação dos procedimentos usados.

Etapas 1- Equivalência conceitual e de itens

Nessa etapa, realizou-se a revisão bibliográfica envolvendo publicações da cultura do instrumento original e da população-alvo (ensino de enfermagem psiquiátrica/saúde mental na Austrália e no Brasil), propostas pedagógicas do ensino na Austrália, particularmente nas universidades que serviram de estudo para a construção do instrumento, bem como se solicitou autorização da autora do instrumento, Brenda Happell, via correio eletrônico para adaptação e validação da escala *Nursing Students Attitudes Toward Mental Health Nursing and Consumers* no Brasil.

Etapas 2- Equivalência semântica

Nesta etapa, a versão original foi traduzida para Língua Portuguesa em duas traduções distintas feitas por profissionais com ampla experiência e conhecimento da Língua Inglesa, garantindo-se que ambos não tivessem contato entre eles, antes da tradução. Uma tradutora é psicóloga, Doutora, professora universitária com a linha de pesquisa associada a saúde mental, a segunda tradutora é enfermeira, Doutora, professora universitária, com fluência no idioma inglês e a última outra tradutora é formada em letras, leiga no assunto saúde, também com fluência no idioma.

Este processo resultou na produção da Tradução 1(T1), Tradução 2 (T2) e Tradução 3(T3). Após esta etapa, foi organizada uma reunião com os tradutores e os pesquisadores do estudo, visando comparar as possíveis discrepâncias entre a versão original, T1, T2 e T3, obtendo-se dessa análise a Tradução 1-2-3 T(1-2-3) a qual

constituiu a 1ª versão preliminar em Língua Portuguesa. Dando seguimento à análise da equivalência semântica do instrumento, o próximo passo constituiu-se na tradução reversa ou retrotradução da (T1-2-3). Para isso dois tradutores bilíngues, nativos da Inglaterra e residentes no Brasil, os quais não tiveram contato anterior com o instrumento original, procederam à retrotradução do instrumento originado em Língua Portuguesa a Retrotradução1 (RT1) e a Retrotradução 2 (RT2)

Na sequência, RT1 e RT2 foram submetidas à apreciação do comitê de juízes e foi submetida à apreciação da autora da escala. A mesma concordou com a versão apresentada, solicitando, apenas que o título da escala fosse mantido conforme o original e fazendo também algumas observações e sugestões em algumas palavras sugeridas pelas traduções e retraduições.

A avaliação da Escala do instrumento foi realizada por um comitê de juízes composto por cinco membros, todos professores universitários, sendo uma pedagoga, uma psicóloga especialista em análise do comportamento e em psicometria e dois doutores em Enfermagem Psiquiátrica com experiência docente de cerca de mais de 10 anos no ensino de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental e aplicação de escalas. Para a avaliação da escala, os juízes receberam previamente o material completo (planilha de avaliação, a versão original, T1, T2, T3, T1-2-3, RT1 e RT2), assim como também instruções quanto aos parâmetros de avaliação dos itens, uso da escala, soma e interpretação dos escores e definição conceitual sobre cada dimensão integrante da escala, conforme a sua versão original.

Nesse estágio, os juízes avaliaram o instrumento, na forma de consenso, adotando-se o julgamento consensual de pelo menos 80% de concordância, ou seja, de 5, pelo menos 4 deveria concordar com o julgamento do item segundo os parâmetros utilizados, que foram a equivalência semântica e idiomática, equivalência conceitual e cultural. Para isso, os juízes foram incumbidos de entrar em consenso em relação a cada item no que se referia à clareza da linguagem; pertinência prática; relevância e dimensão teórica, considerando o item adequado ou não. Fez parte do instrumento de validação dos itens um formulário em que os juízes poderiam emitir suas opiniões sobre o instrumento. Após a consolidação desta etapa, foi originada a 2ª versão preliminar da escala.

Como término da etapa de equivalência semântica, o **estudo piloto**, visou ajustar a formulação das questões da 2ª versão preliminar da escala, em função da população-alvo para a qual a escala seria aplicada, a fim de se assegurar uma boa compreensão das questões do questionário.

Etapa 3 - Equivalência operacional

Avaliação pelo grupo de pesquisa quanto à pertinência e adequação do veículo e formato das questões/instruções, cenário de administração, modo de aplicação e categorização. Nesta etapa, foi sugerida a inserção de um cabeçalho explicativo ao instrumento, uma vez que o mesmo não possuía, conforme se observa no anexo. As etapas de 4 a 5 serão descritas na próxima seção, por se referirem às propriedades psicométricas do instrumento. O término desta etapa gerou a versão pré-final do instrumento.

Etapa 4-Equivalência de mensuração

Esta etapa equivale aos procedimentos de análise de dados através de pacotes estatísticos e os métodos de análise dos dados indicados. Foram calculados o Coeficiente Alfa de Cronbach estandarizado, a média de correlação entre os itens e correlação inter-item. Há tendência em se utilizar tais métodos para se testar a confiabilidade do instrumento. Como formas de validação, foi usado o tipo de validação convergente, utilizando-se as dimensões Autoritarismo e Visão Minoritária da Escala de Opiniões sobre Doença Mental (ODM), esperando-se uma correlação com as subescalas do instrumento denominadas Autoritarismo e Visão Minoritária (BROWN, 2006; (FIGUEIREDO FILHO, SILVA JÚNIOR, 2010)).

Os dados foram inseridos no Pacote Estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), v.21, para serem analisados através da análise exploratória descritiva, análise de correlações, comparação de médias e Análise por Componentes Principais (ACP) como técnica de análise fatorial exploratória e rotação oblíqua Oblimin. Após se gerar a estrutura do instrumento a ser testado, utilizou-se a técnica de Análise Fatorial Confirmatória (ACF), através do programa AMOS/SPSS, v.22⁵, para identificar e especificar o modelo, através da estimação por Máxima Verossimilhança (ML). O

⁵ A AFC foi realizada mediante consultoria estatística, cabendo a análise, interpretação e discussão dos dados ao pesquisador e orientador.

modelo teve seu ajuste avaliado pelo modelo X^2 , e os índices mais comuns reportados, como o RMSEA, CFI, GFI, PGFI (BYRNE, 2010).

Para análise de confiabilidade, foi realizado o cálculo do coeficiente Alfa de Cronbach padronizado, média de correlação entre os itens e análise da matriz de correlação inter-item⁶. Para a validade, foi utilizado o método de validação convergente, com dois domínios da Escala ODM apresentados por Rodrigues (1983), (Autoritarismo e a Visão Minoritária), considerada como técnica fundamental, desde sua idealização, até os dias atuais, para autores diversos, como Brown (2006), por exemplo.

RESULTADOS

Caracterização das instituições de ensino colaboradoras e dos sujeitos de pesquisa

Devido a retirada de 4 itens durante a etapa de adaptação transcultural da pesquisa, o número mínimo de sujeitos necessário diminuiu para 350 sujeitos. Este número foi estipulado, pensando-se na proporção de 10 alunos para cada item da escala, já que a mesma possui 35 itens, em sua versão após o teste piloto.

Foram atribuídos os seguintes critérios para se selecionar as instituições participantes: possuir atividades práticas que incluíssem os Centros de Atenção Psicossocial e cuja proposta acadêmica, fosse a de possuir os princípios da Reforma Psiquiátrica, como adotado oficialmente pelo Brasil, bem como os docentes deveriam possuir uma sólida formação e conhecimento da área de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, consonantes com os mesmos princípios citados.

Participaram deste estudo estudantes da 2^a, 3^a e 4^a série do curso de graduação em Enfermagem em 5 instituições públicas de ensino, sendo 2 na capital do Estado de São Paulo, 1 no interior, 1 na capital e 1 no interior do estado do Paraná, totalizando 393 alunos. Deste total, 365 responderam os questionários nos seus dois momentos de aplicação, resultando em 92,87% de participação integral no estudo.

Os sujeitos foram distribuídos em 91,3% do sexo feminino e 8,7% do sexo masculino e sua faixa etária variou de 18 a 58 anos, com uma média(M) de 21,9 anos e um desvio-padrão (dp) de 3,88 anos.

A carga horária teórica de aulas variou de 36 a 71 horas/aula, M=52 hs; dp=13,64 e a carga horária prática, variou de 76 a 100 horas/aula, M=91 e dp=5,22. O intervalo de tempo variou em função do cronograma e carga horária de aulas de cada Instituição de Ensino Superior (IES). Desta forma, esta variável oscilou entre 29 e 136 dias, M=77,63, dp=39,64. Quanto aos locais de estágio, a tabela abaixo ilustra a distribuição dos alunos em seus campos, conforme sua proposta pedagógica:

⁶ A Matriz de correlação inter-item está apresentada nos apêndices, devido ao seu tamanho

Tabela 1. Local de atividades práticas segundo IES, SP-PR, 2013-2014.

IES/LOCAL	A	B	C	D	E	TOTAL
Somente CAPS	0	0	46	11	0	57
Somente CAPS AD	0	0	11	15	0	26
PS/PA Psiquiátrico	0	0	0	11	0	11
Enfermaria psiquiátrica	0	0	0	18	0	18
Hospital psiquiátrico	0	0	0	8	0	8
Rodízio em campos diversos	66	0	0	19	39	124
Internação psiquiátrica e CAPS	0	149	0	0	0	149
TOTAL	66	149	57	82	39	393

Legenda

A: IES interior do PR, B: IES 1 capital SP, C: IES 2 capital SP, D: IES interior SP

E: IES capital PR

Coleta dos dados

Quanto ao período letivo, 23,9% foram oriundos de 2013 e 76,1% de 2014. Quanto a série, 37,9% estavam matriculados na 2ª série, 35,4% na 3ª série e 26,7% na quarta série. Quanto ao Estado de origem, 16,8% foram oriundos de uma instituição de ensino superior (IES) do interior e 9,9% da capital do Paraná(PR). Quanto ao restante, 52,4% da amostra foi obtida a partir de duas IES da capital de SP e 20,9% de uma IES do interior do estado de São Paulo.

Quanto a organização curricular das IES, houve uma variedade de formatos e propostas curriculares, onde os currículos seriados tradicionais foram as IES 1 da capital de SP e a IES da capital do PR. As IES com propostas de currículos integrados, cujas

metodologias pressupõem formas de ensino participativas e integração de disciplinas, foram nas IES do interior de SP e PR e por fim, a IES que se encontra atualmente num processo transitivo de organização curricular, de seriado para integrado, foi a IES 2 da capital de SP.

Análise das propriedades psicométricas da versão avaliada para o idioma português no Brasil

O primeiro passo foi realizar uma análise fatorial exploratória, utilizando a técnica de extração pelos componentes principais. Foi estabelecido o critério inicial de comunalidade $< 0,4$, para exclusão do item do instrumento e um mínimo de 0.7 para o Índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), para a amostra ser considerada adequada e $p < 0.01$ para o teste de Esfericidade de Bartlett. A amostra, inicialmente, apresentou um valor de KMO de 0,87, variância explicada de 63,90%, sendo extraídos 9 componentes e $p < 0.001$ para o teste de Bartlett, assim como todos os itens possuíam comunalidades com valores maiores que 0,40. Foi utilizada a técnica de extração por componentes principais e rotação oblíqua, *Oblimin*.

Tabela 2. Comunalidades dos fatores carregados nas análises dos componentes principais, SP-PR, 2013-2014.

<i>Variável</i>	<i>Extração de 9 componentes</i>	<i>Extração de 7 componentes</i>	<i>Versão 1 de 29 itens</i>	<i>Versão 2 de 23 itens</i>
1	0,57	0,55	0,58	0,59
2	0,62	0,53	0,59	0,67
3	0,62	0,37	***	***
4	0,56	0,54	0,58	0,54
5	0,51	0,28	***	***
6	0,86	0,83	0,87	0,88
7	0,65	0,60	0,65	0,64
8	0,62	0,57	0,68	***

9	0,61	0,48	0,50	***
10	0,60	0,58	0,59	0,59
11	0,70	0,62	0,69	0,66
12	0,86	0,84	0,88	0,89
13	0,59	0,33	***	***
18	0,56	0,34	***	***
19	0,53	0,40	0,50	***
20	0,55	0,52	0,57	0,50
21	0,70	0,64	0,67	***
22	0,53	0,52	0,55	0,55
23	0,51	0,47	0,52	***
24	0,63	0,62	0,65	***
25	0,44	0,39	***	***
26	0,76	0,63	0,77	0,76
27	0,74	0,62	0,74	0,74
28	0,54	0,49	0,53	0,53
29	0,40	0,38	***	***
30	0,59	0,54	0,54	0,51
31	0,79	0,71	0,81	0,80
32	0,60	0,58	0,59	0,58
33	0,81	0,81	0,81	0,81
34	0,83	0,83	0,83	0,83
35	0,68	0,68	0,69	0,68
36	0,64	0,63	0,64	0,64
37	0,73	0,72	0,73	0,72
38	0,64	0,63	0,64	0,62
39	0,77	0,77	0,76	0,73

Aplicou-se então, a extração de 7 componentes, numa segunda análise, para tentar seguir a estrutura original do instrumento. Com este procedimento, houve queda nos valores das comunalidades de 6 fatores, observada na tabela 2, levando, então, a

aplicação dos critérios e realização de uma nova análise.

A terceira análise de componentes principais resultou em 29 itens com comunalidades >0.4 , dos 35 determinados na adaptação cultural. Após a extração dos fatores, obteve-se um índice KMO da amostra de 0,88, variância explicada de 66,07% para 7 componentes e $p<0.001$ para o teste de Bartlett (versão de 29 itens). Ao se analisar a confiabilidade dos domínios da escala, segundo as tabelas 4, 5 e 6, percebeu-se que haviam 03 domínios com valores baixos (<0.70), necessitando então, de conduta. Desta forma, procedeu-se a retirada dos domínios EST (itens 08, 21, 24), e CONHEC (09, 19, 23), mas mantendo o domínio CONT, por apresentar um valor de 0,69, bem próximo do mínimo aceitável. A nova versão com 23 itens, apresentou uma variância explicada de 67,30%, índice KMO de 0,89 e teste de Bartlett com $p<0.001$, sendo extraídos 5 componentes principais, assim como o novo escore padronizado de confiabilidade da sub-escala CONT foi de 0,71.

Tabela 3. Matriz de correlações entre os domínios e validação convergente na versão do instrumento com 29 itens, SP-PR, 2013-2014

	Autoritarismo	Visão Minoritária	CAPAC	EST	CONHEC	CAR	CONT	POS
Autoritarismo	***							
<i>p</i> valor								
Visão Minoritária	,403**	***						
<i>p</i> valor	,000							
CAPAC	-,180**	-,088	***					
<i>p</i> valor	,001	,094						
EST	,081	,084	-,250**	***				
<i>p</i> valor	,124	,108	,000					
CONHEC	-,160**	-,130*	,195**	-207**	***			
<i>p</i> valor	,002	,013	,000	,000				
CAR	-,082	-,152**	,341**	-159**	,046	***		
<i>p</i> valor	,116	,004	,000	,002	,378			
CONT	-,049	-,065	,422**	-,005	,376**	,151**	***	
<i>p</i> valor	,353	,212	,000	,923	,000	,004		
POS	-,112*	-,008	,521**	-,123*	,190**	,201**	,448**	***
<i>p</i> valor	,033	,885	,000	,018	,000	,000	,000	

Correlação é significativa ao nível 0.01 (bi-caudal).**

Correlação é significativa ao nível 0.05 (bi-caudal).*

Em seguida foram calculados os seguintes parâmetros para análise inicial do instrumento em suas versões com 35 itens, com 29 itens e com 23 itens: média de correlação entre os itens, e Alfa de Cronbach estratificado, indicado para instrumentos multidimensionais, correlação inter-item, correlação item-total.

Tabela 4. Análise de confiabilidade pela média da correlação inter-item(CII) nas análises de componentes principais, SP-PR, 2013-2014

Escore	CII	Intervalo de Confiança 95%	
		Limite inferior	Limite superior
Versão original de 35 itens	0,16	0,83	0,87
Versão 1 - 29 itens	0,22	0,87	0,90
Versão 2-23 itens	0,30	0,89	0,92

Segundo a tabela 4, na pré-versão de 29 itens, realizou-se a análise de confiabilidade do instrumento. A média do escore de Correlação Inter-Item aumentou de 0,16 na versão original, para 0,30, na versão com 23 itens, sugerindo maior correlação entre os itens no instrumento, denotando maior consistência interna.

Tabela 5. Escores do Coeficiente Alfa de Cronbach padronizado dos domínios do instrumento nas versões propostas, SP-PR, 2013-2014

Domínio/ACP	1ª ACP-35 itens	2ª ACP-29 itens	3ª ACP-23 itens
Global	0,87	0,89	0,91
CAPAC	0,77	0,81	0,81
EST	0,64	0,64	***
CONHEC	0,41	0,42	***
CAR	0,95	0,95	0,95
CONT	0,69	0,69	0,71
PÓS	0,88	0,89	0,89

De acordo com a tabela 5, o escore alfa padronizado sofreu melhora no instrumento com 23 itens, significando que a dada versão é mais consistente do que a original, de 35 itens.

Tabela 6. Escores de consistência interna da versão com 29 e 23 itens, SP-PR, 2013-2014

Variáveis	Correlação item-total-29 itens	Correlação item-total-23 itens	Coefficiente Alfa de Cronbach se o item for deletado- 29 itens	Coefficiente Alfa de Cronbach se o item for deletado- 23 itens
Q1	0,47	0,45	0,89	0,90
Q2	0,50	0,50	0,89	0,90
Q4	0,48	0,49	0,88	0,90
Q6	0,32	0,32	0,89	0,90
Q7	0,46	0,47	0,89	0,90
Q8	0,14	***	0,89	***
Q9	0,21	***	0,89	***
Q10	0,59	0,58	0,88	0,89
Q11	0,42	0,45	0,89	0,90
Q12	0,34	0,39	0,89	0,90
Q19	0,12	***	0,89	***
Q20	0,38	0,38	0,89	0,90
Q21	0,25	***	0,89	***
Q22	0,54	0,52	0,88	0,89
Q23	0,27	***	0,89	***
Q24	0,36	***	0,89	***
Q26	0,52	0,52	0,88	0,90
Q27	0,64	0,67	0,88	0,89
Q28	0,25	0,24	0,89	0,90
Q30	0,50	0,53	0,88	0,90
Q31	0,52	0,53	0,88	0,90
Q32	0,57	0,58	0,88	0,90
Q33	0,65	0,68	0,88	0,89
Q34	0,67	0,71	0,88	0,89
Q35	0,61	0,65	0,88	0,89
Q36	0,58	0,59	0,88	0,90
Q37	0,63	0,69	0,88	0,89

Q38	0,49	0,50	0,88	0,90
Q39	0,62	0,66	0,88	0,90

Segundo a tabela 6, observa-se que a versão com 23 itens e a de 29 itens são equivalente quanto a estabilidade, ou seja, não há maiores alterações no coeficiente alfa de Cronbach, se quaisquer dos itens forem retirados, sugerindo que a esta estrutura de itens está pronta para ser testada pela AFC.

Após a conclusão do procedimento de AFE e com base em uma nova discussão acerca das relações entre os itens e seus domínios, foi iniciada a etapa de ESEM, para a tentativa de se testar o modelo teórico. Tal procedimento se fez necessário para que as mudanças realizadas sustentassem o novo instrumento e subsidiassem a criação de um modelo teórico a partir da SEM para o novo instrumento proposto, cujo resultado está apresentado na tabela 14.

Tabela 7. Composição dos fatores/disposição dos itens validada pela AFC, SP-PR, 2013-2014

<i>Domínio</i>	<i>Descrição</i>	<i>Itens</i>
CAPAC-R	<u>Capacitação para o campo de saúde mental.</u> O alto escore representa um grande sentimento de capacitação para atuar na área de saúde mental	01, 04, 07, 10, 22, 28
CONT	<u>Contribuições Valiosas.</u> Alto escore representa uma forte crença que enfermeiras psiquiátricas prestam um valioso serviço aos usuários, à comunidade e aos estudantes das carreiras de enfermagem.	02, 11, 20
SUP	<u>Supervisão Docente.</u> Alto escore representa uma percepção positiva da supervisão docente em suas atividades práticas	26, 31, 32, 36
AVAL	<u>Avaliação da equipe de enfermagem.</u> representa uma avaliação a respeito da atitude da equipe de enfermagem em relação ao aluno e aos pacientes.	27, 33, 34, 35, 37, 38, 39
CAR	<u>Carreira Futura.</u> Alto escore representa um grande desejo	06, 12

	de buscar uma carreira na enfermagem de saúde mental
--	--

A partir do Modelo gerado na AFE, apresentado na tabela 7, aplicou-se o procedimento da AFC para verificação do ajuste de sua estrutura fatorial. O modelo de mensuração de cinco fatores da escala foi ajustado por máxima verossimilhança (ML) e apresenta-se na **Erro! Fonte de referência não encontrada..** Inicialmente, o modelo necessitou de um pequeno ajuste, onde foram atribuídas correlações entre os itens 22 e 36, 26 e 27 e 36 com o domínio CAR, para que o modelo tivesse seu ajuste adequado, bem como também o item 30 havia sido retirado na etapa da ESEM, para melhor ajuste do modelo.

Figura 1: Modelo teórico selecionado, testado e validado pela AFC⁷

Ao se interpretar a figura 1, pode-se compreender o quão complexo é o processo de aprendizagem do graduando em saúde mental, pois há importantes correlações, como por exemplo, a apreciação positiva do estudante pela supervisão docente, tem forte

⁷ O Domínio apresentado neste diagrama como CAPAC, será denominado de CAPAC-R, devido ao acréscimo de dois itens.

correlação ($r=0,76$) com o quanto este aluno acredita que a enfermagem de saúde mental possa contribuir valiosamente para o cuidado do cliente.

Apenas os domínios CAR e CONT permaneceram idênticos ao instrumento original. Com isso, foram criados dois novos domínios, que são resultado das modificações feitas no domínio POS, denominados por este autor de AVAL, (o qual representa uma avaliação sobre a atitude da equipe de enfermagem em relação ao aluno e aos pacientes), SUP (o qual representa sua percepção em relação a supervisão docente de suas atividades práticas) e, por fim, dois itens foram acrescentados ao domínio CAPAC, passando, então, este a se denominar CAPAC-R que simboliza a forma reestruturada deste domínio.

O modelo validado permite compreender o quão complexo é o processo de aprendizagem do graduando em saúde mental, pois indica importantes correlações, como por exemplo, a apreciação positiva do estudante pela supervisão docente, tem forte correlação ($r=0,76$) com o quanto este aluno acredita que a enfermagem de saúde mental possa contribuir valiosamente para o cuidado do cliente.

Os índices de ajuste absolutos, que são o GFI, AGFI e o RMSEA, apresentaram valores de 0,90, 0,87, 0,05, respectivamente, os incrementais (NFI, CFI), foram de 0,91 e 0,95 e o parcimonioso (PGFI), foi de 0,68, permitindo aos pesquisadores aceitarem o modelo teórico como válido. O modelo resultante, no final, foi representado pelo próprio software AMOS/SPSS, v.22, contendo os 5 domínios, os sentidos, tipos e coeficientes de correlações entre as variáveis e os domínios. Após a conclusão da especificação e identificação do modelo, realizou-se a análise de confiabilidade dos domínios do novo instrumento validado pela AFC.

Tabela 8⁸. Análise de confiabilidade do domínio Avaliação da Equipe de Enfermagem -AVAL, SP-PR, 2013-2014

Estatísticas de confiabilidade					
Alfa de Cronbach		Alfa de Cronbach com base em itens padronizados		N de itens	
,93		,93		7	
Estatísticas de item-total					
	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Q27	29,53	79,513	,799	,717	,924
Q33	29,74	77,726	,857	,816	,918
Q34	29,83	79,447	,872	,818	,917
Q35	29,96	83,273	,741	,611	,929
Q37	30,04	84,135	,782	,674	,926
Q38	29,60	84,389	,683	,567	,935
Q39	29,42	82,327	,801	,671	,924

A tabela acima apresenta a análise de confiabilidade do domínio AVAL. Nota-se pela tabela 8, que a estrutura dos itens permite uma consistência interna estável, dado que nenhuma retirada de item desequilibra a consistência interna do domínio. A correlação item-total, também é elevada.

Tabela 9. Análise de confiabilidade do Domínio Capacitação para o campo de saúde mental – CAPAC-R, SP-PR, 2013-2014

<i>Estatísticas de confiabilidade</i>		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,76	,78	6
<i>Estatísticas de item-total</i>		

⁸ As Matrizes de correlação inter-item foram omitidas, pois foi apresentada anteriormente, a matriz de correlação inter-item de todos os itens, na tabela 13.

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Q1B	24,82	25,004	,588	,384	,708
Q4B	24,01	25,135	,525	,323	,721
Q7B	24,90	23,927	,599	,412	,701
Q10B	23,97	24,617	,610	,394	,702
Q22B	24,45	23,628	,558	,391	,710
Q28	25,75	25,043	,273	,086	,811

Nota-se na tabela 9, que a inserção do item 28 a este domínio, foi considerada adequada pelo AFC, mas na análise da consistência interna, o item, apesar de válido, apresenta pequena discrepância em relação aos demais itens, pois se retirado do domínio o item 28, a confiabilidade pelo alfa, aumentaria para 0,81, além de sua correlação item-total ser bem inferior ao dos demais itens.

Tabela 10. Análise de confiabilidade do Domínio Supervisão Docente- SUP, SP-PR, 2013-2014

Estatísticas de confiabilidade					
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados		N de itens		
,83			,83	4	
<i>Estatísticas de item-total</i>					
	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Q26	18,28	10,404	,715	,572	,764
Q31	18,27	10,326	,753	,605	,746
Q32	18,42	11,947	,606	,370	,813
Q36	18,45	11,315	,581	,342	,825

A tabela 10 revela que o domínio SUP apresentou-se estável e confiável, com consistência equilibrada e aceitável, com os escores de correlação e confiabilidade adequados.

Tabela 11 Análise de confiabilidade do Domínio Carreira Futura -CAR, SP-PR, 2013-2014

Estatísticas de confiabilidade					
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados		N de itens		
,95			,95	2	
<i>Estatísticas de item-total</i>					
	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Q6B	2,87	3,497	,906	,821	
Q12B	2,72	3,591	,906	,821	

A tabela 11 apresenta o domínio CAR, um domínio que foi mantido como no instrumento original. O escore de confiabilidade deste domínio foi considerado o mais elevado, dentre todos os outros.

Tabela 12. Análise de confiabilidade do Domínio CONT, SP-PR, 2013-2014

<i>Estatísticas de confiabilidade</i>					
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados				N of Items
,69					3
<i>Estatísticas de Item-Total</i>					
	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item-total corrigida	Correlação Múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for deletado
Q2B	12,36	4,017	,599	,378	,513
Q11B	12,35	3,997	,506	,314	,596
Q20B	12,97	2,931	,465	,230	,705

A tabela 12 apresenta a análise de confiabilidade do domínio CONT, que também foi mantido como no instrumento original e é o domínio com o menor escore

de confiabilidade. Pela tabela 12, o item 20, em tese, poderia ser retirado para a melhoria do instrumento, mas como o escore ainda está dentro do limite mínimo aceitável, optou-se por manter o mesmo no instrumento, para ao menos, garantir dois domínios não alterados do instrumento original.

Tabela 13. Matriz de correlação entre os domínios do modelo teórico validado pela AFC, SP-PR, 2013-2014

<i>DOMÍNIO</i>	<i>AVAL</i>	<i>CAPAC-R</i>	<i>CONT</i>	<i>CAR</i>	<i>SUP</i>
AVAL	1				
CAPAC-R	0,41*	1			
CONT	0,40*	0,58*	1		
CAR	0,10	0,36*	0,17*	1	
SUP	0,48*	0,68*	0,76*	0,29*	1

*A correlação é significativa ao $p < 0.01$, bi-caudal

A tabela 13 apresenta os coeficientes de correlação entre os domínios do modelo teórico validado pela AFC. Nota-se que apenas o coeficiente da correlação entre o domínio CAR e AVAL não é estatisticamente significativa.

O maior valor de correlação encontrada foi entre os domínios CONT e SUP ($r=0.76$), significando que 57,76%⁹ dos estudantes que consideraram a supervisão docente como positiva, também acreditam que a Enfermagem psiquiátrica presta uma contribuição valiosa para os pacientes e vice-versa. Ao passo que, a menor correlação identificada foi entre os domínios CONT e CAR ($r=0,17$), significando que apenas 2,9% dos estudantes que pensam em seguir a carreira de saúde mental, também acreditam que a Enfermagem psiquiátrica presta uma contribuição valiosa para os pacientes.

O menor coeficiente encontrado foi entre o domínio CAR e CONT e a maior, foi entre os domínios CONT e SUP. O sentimento de estar capacitado, também foi representado como a segunda maior correlação do modelo teórico ($r=0.68$) com a supervisão docente (SUP). Ou seja, quando a supervisão docente quando é considerada

⁹ A Interpretação descrita desta maneira no texto tem como base o cálculo da variância compartilhada entre as duas variáveis. Ao se elevar ao quadro o coeficiente de correlação e multiplicar o valor por 100%

positiva, 46,24% dos estudantes também se sentem capacitados.

O terceiro maior coeficiente de correlação foi, de acordo com a tabela 17, entre os domínios CAPAC-R e CONT ($r=0,58$), significando que 33,64% dos estudantes que se sentem capacitados, também possuem uma visão positiva sobre a importância do serviço de enfermagem em saúde mental, ou seja, à medida que o estudante acredita estar capacitado, ele valoriza os serviços de saúde mental, bem como o papel do enfermeiro neles, e vice-versa.

Em seguida, o coeficiente de correlação entre os domínios criados denominados de AVAL e SUP foi de 0.48, significando, na prática que, 23,04% dos estudantes que avaliaram positivamente a supervisão docente, também avaliaram positivamente a equipe de enfermagem dos campos de estágio e vice-versa. Ao se observar o coeficiente de correlação entre os domínios AVAL e CAPAC-R e AVAL e CONT, os coeficientes são bastante semelhantes, representando, na prática, que cerca de 16% dos estudantes que avaliaram positivamente a equipe de enfermagem dos campos de estágio, também se sentiram mais capacitados e com uma visão positiva sobre o serviço de saúde mental e a inserção do enfermeiro neste e vice-versa.

Tabela 14. Média e Desvio-padrão dos domínios do instrumento validado, SP-PR, 2013-2014

<i>Descritivos/domínio</i>	<i>AVAL</i>	<i>CAPAC-R</i>	<i>CONT</i>	<i>CAR</i>	<i>SUP</i>
Média	4,95	4,92	6,27	2,79	6,11
Desvio-padrão	1,49	0,96	0,88	1,83	1,07

A tabela 18 apresenta os escores de média e desvio-padrão dos domínios validados pela AFC. Nota-se que o menor escore foi para o domínio CAR e o maior escore, para o domínio CONT. O domínio com menor desvio padrão foi o CONT e o maior desvio-padrão foi o domínio CAR.

obtem-se a variância compartilhada.

Tabela 15. Saída do Teste T-pareado para os domínios CONT e CAR

		Correlação	Sig.			
Par 1	CAR1 & CAR 2	,505	,000			
Par 2	CONT 1 & CONT 2	,336	,000			
		Diferenças emparelhadas				
		Média	Desvio padrão	Erro padrão da média	95% Intervalo de confiança da diferença Inferior	
Par 1	CAR 1 – CAR 2	-,47204	1,69158	,09702	-,66295	
Par 2	CONT 1 – CONT 2	-,28947	1,00908	,05787	-,40336	
		Diferenças emparelhadas 95% Intervalo de confiança da diferença Superior		t	gl	Sig. (2 extremidades)
Par 1	CAR 1 – CAR 2	-,28112		-4,865	303	,000
Par 2	CONT 1 – CONT 2	-,17559		-5,002	303	,000

A tabela 15 apresenta os resultados do teste-T pareado, que comparou a média dos escores dos domínios CAR e CONT, ao início e ao fim das disciplinas de saúde mental. Foi calculado o escore de magnitude de efeito de Cohen (r), pela fórmula $r = \sqrt{\frac{t^2}{t^2 + gl}}$. O escore t negativo e a significância ($p < 0.001$) do teste sugerem que há diferenças significativas em relação às médias iniciais e finais, ($t(303) = -5$ e $-4,8$; $p < 0.001$), ou seja, escore do Domínio CONT (final) é 0,28 maior em relação ao inicial, ao passo que o Domínio CAR (final) é 0,47 maior em relação ao inicial. O r de Cohen obtido foi de 0,27, para ambos os domínios. A partir das correlações, nota-se que 25,5%¹⁰ dos estudantes tiveram suas respostas correlacionadas em relação a pretensão em seguir a carreira de saúde mental e 11,3% em relação a percepção sobre o valor da

¹⁰ A interpretação é dada pelo cálculo do coeficiente de correlação elevado ao quadrado e multiplicado por 100%, obtendo-se a variância compartilhada entre as variáveis.

serviços de saúde mental e do enfermeiro neles.

Quando se analisa o coeficiente de correlação entre o domínio CAPAC-R e CAR, segundo a tabela 17, observa-se um valor de 0.36, significando, na prática, que cerca de 13% dos estudantes que sentiram-se mais capacitados ao fim da disciplina de saúde mental demonstraram pretensão em seguir carreira futura na área de saúde mental e vice-versa. Neste sentido, nota-se que a influência acadêmica para a escolha da área de saúde mental como futuro campo de trabalho é pequena, muito embora, como demonstrado na tabela 19, tal influência é verdadeira e importante ($p < 0.001$). Tal interpretação é também sustentada ao se interpretar o escore r de Cohen de 0.27.

DISCUSSÃO

AFE e de Confiabilidade

A primeira AFE, que não teve a priori o número de componentes a serem extraídos, segundo a tabela 2, resultou numa estrutura de 9 componentes, em que todos os itens obtiveram cargas fatoriais com valores superiores a 0.4. No estudo de desenvolvimento do instrumento as pesquisadoras referem ter extraído 7 componentes principais em sua primeira etapa, apresentada por Hayman-White, Happell; (2005), bem como realizaram separadamente a análise da escala PÓS, que é relatada em outro estudo (HAPPELL, GOUCH; 2009).

As autoras obtiveram uma variância de 57%, sendo que na versão analisada pela ACP com 7 componentes, a mesma foi de 66,07%, ou seja, um valor superior ao estudo original. Baseando-se nos critérios adotados para realização e interpretação da análise fatorial, na segunda AFE, foram retirados os itens 03, 05, 13, 18, 25 e 29. Segundo a autora do instrumento o item 29 também apresentou problemas, e quando foi retirado, a consistência da sub-escala PÓS aumentou de 0.84 para 0.88 (Happell e Gouch, 2009).

As sub-escalas EST, CONHEC e CONT apresentaram valores não aceitáveis (<0.70) e a literatura, a exemplo mais atual (Maroco e Garcia-Marques, 2006) recomendam a retirada ou melhora na estrutura do instrumento, de forma que o mesmo possa ter sua confiabilidade melhorada. Como o escore da sub-escala CONT era 0.69, decidiu-se tentar uma nova análise, sem as duas outras sub-escalas, já que estas, por sua vez, apresentavam escores muito baixos.

Com isso, uma nova análise da consistência interna foi realizada através do Alfa de Cronbach padronizado, obtendo, então o escore de 0.71 e, desta forma, a sub-escala pôde ser mantida na estrutura do instrumento. A estrutura dos itens é estável, pois nenhuma alteração significativa ocorre na consistência interna do instrumento, caso algum outro item seja retirado, excetuando-se a possibilidade de se propor um outro modelo teórico, o que levaria a uma nova análise de confiabilidade.

No estudo original (Happell e Gouch, 2009), a sub-escala CONHEC apresentou um escore de 0.56, superior ao presente estudo (0.41). Todas as demais sub-escalas apresentaram escores inferiores aos do presente estudo, sendo 0.51 para a sub-escala

EST, contra 0.64, 0.92 da sub-escala CAR, contra 0.95, 0.67 da sub-escala CONT, contra 0.71 e 0.72 da sub-escala CAPAC, contra 0.77 e 0.81, depois da inclusão do item 22 a esta sub-escala. A sub-escala PÓS, em seu estudo original apresentou escore do alfa de Cronbach de 0.84, contra 0.89 no presente estudo.

Comparando o escore de correlação entre as sub-escalas com o estudo original (Happell e Gouch, 2009), percebeu-se que houve correlações inferiores e superiores ao estudo original. As correlações que foram superiores em relação as do estudo original, foram entre as sub-escalas PÓS e CAPAC (0,52 contra 0,37), CONT e CAPAC(0,42 e 0,39), CAR e CAPAC(0,34 e 0,28), EST e CAPAC(0,25 e 0,08). As sub-escalas que tiveram escores inferiores aos do estudo original foram as POS e CONHEC (0,19 E 0,23),PÓS e CAR (0,20 e 0,40), PÓS e CONT (0,45 e 0,57), CONT e CONHEC (0,37 E 0,45) e CONHEC e CAPAC (0,19 e 0,21).

A validação convergente entre os domínios Autoritarismo e Visão Minoritária da escala ODM (Rodrigues, 1983), indica que os escores encontrados entre os domínios esperados, apesar de significativos estatisticamente, não são considerados suficientes para se considerarem válidos por este método, já que se espera ao menos, valores superiores a 0,45, segundo De Von et al (2007). Desta forma, a estrutura testada de 23 itens não foi considerada válida, pelo método de convergência de construto, já que, apesar de existente a correlação, não é suficientemente alta, sugerindo que sejam construtos distintos. Soma-se a este fato, que também o instrumento ODM não foi desenhado para estudantes e data da década de 80 (Rodrigues, 1983), onde predominava o modelo hospitalocêntrico, diferente do modelo atual, onde se predominam os estágios em CAPS. Tais fatores, se somados, podem contribuir para diminuir a validade do instrumento, muito embora tenha sido o único utilizado nas pesquisas no Brasil, feitas por Pedrão et al (2003), por exemplo.

A respeito da confiabilidade dos domínios do instrumento validado pela AFC, todos possuem um coeficiente alfa satisfatório, (Maroco e Garcia-Marques, 2006) diferentemente do instrumento desenvolvido pela autora no qual diversos domínios possuíam uma confiabilidade não aceitável (GOUCH, HAPPEL; 2009).

AFC

Foi definida uma pré-versão final com 23 itens, distribuídas em 5 componentes, para ser submetida à Análise Fatorial Confirmatória(AFC), muito embora já se havia percebido que a presente estrutura se apresentava muito diferente da original, equivalendo a apenas 59% do instrumento original, que possui 39 itens.

À primeira análise, (ESEM) ajustes se fizeram necessários, aliando o rigor dos ajustes estatísticos ao conhecimento e experiência prévia de pesquisador e orientador. Sendo assim, as alterações foram a criação dos domínios AVAL e SUP, acréscimo do item 28 e 22 ao domínio CAPAC, atribuindo a nova denominação de CAPAC-R, a retirada do item 30 e a atribuição de correlações entre os itens 26 e 27, 22 e 36 e o item 36 com o domínio CAR. Tais correlações foram admitidas uma vez que na interpretação do pesquisador, havia sentido teórico e relação entre os itens, já que os itens 26 (Eu fui bem supervisionado em meu estágio clínico) e 27 (Eu me senti acolhido pela equipe de enfermagem durante meu estágio clínico) pertenciam ao mesmo domínio original PÓS,(Happel e Gouch, 2009) os itens 22(Eu me senti seguro durante este estágio clínico de psiquiatria/saúde mental) questionam o mesmo assunto que o item 36 (Eu gostei do meu estágio em psiquiatria/saúde mental) e este, com o domínio CAR, uma vez que o fato de se pressupor que gostar do estágio de saúde mental tenha relação com a vontade do estudante de seguir sua carreira futura na área de saúde mental.

Apesar do item 28 já ter sido carregado no componente 4, juntamente com os outros itens do domínio CAPAC, esta decisão foi tomada apenas após a primeira tentativa de confirmação do modelo teórico. A SEM é também usada inicialmente, para se realizar uma “exploração dos dados”, (ESEM) antes de se concretizar realmente a confirmação do modelo teórico (HAIR et al, 2005; BROWN, 2006; KLINE, 2011).

O modelo teórico assim como o próprio instrumento, demonstraram-se ajustados e aprovados, uma vez que os índices de ajuste usados ($CFI > 0.9$, $GFI > 0.9$, $RMSEA < 0.08$) indicam tal ajuste. Apenas o modelo Qui-quadrado não se apresentou válido, mas, considerando o número de casos analisados, há uma ressalva quanto a utilização deste teste. Considerando que apenas dois domínios permaneceram os mesmos que o do instrumento original, entendeu-se que o instrumento resultante validado é um híbrido, resultado da versão original, e das intervenções feitas pelos

autores na estrutura fatorial e criação de um modelo teórico, antes inexistente.

Interpretação do modelo teórico

Neste estudo, apenas a correlação entre os domínios CAR e AVAL não é significativa. Em estudo qualitativo feito por Jansen e Venter (2015) a respeito dos motivos pela não escolha da carreira de saúde mental como carreira, revelou que, dentre diversos motivos, a perda das habilidades aprendidas, a consideração da saúde mental como uma atividade que gera muita sobrecarga emocional, o prognóstico pouco estabelecido dos pacientes, o comportamento pouco profissional da equipe e o abuso físico e verbal sofrido pela equipe foram fatores considerados pelos estudantes na África do Sul para não optarem pelo campo de saúde mental.

Também o estudo transversal feito por Harrison, Hauck e Hoffman (2014) com 192 enfermeiros sobre os motivos de escolha e permanência na saúde mental revelou que, dentre diversos, os associados a escolha foram o fato da saúde mental ir de encontro a interesses próprios, acreditar que “faziam a diferença” e para permanecer na área, foi apontado o cuidado centrado no paciente e a paixão pela saúde mental.

Percebe-se, então, que a influência da equipe de enfermagem na escolha da carreira de saúde mental, apesar de ter sido validada num estudo qualitativo, não se mostrou consistente no presente estudo, assim como também, os fatores de escolha e permanência, sugerem ser de ordem muito particular, merecendo estudos aprofundados.

Tais questões suscitam o importante debate acerca do panorama político e profissional da categoria, no qual poucos alunos se imaginam trabalhando ou seguindo carreira na área de saúde mental, como citado no estudo feito por Happell e Rushworth (2000), Happell (2009) e Happell et al (2013), mas pela sua complexidade e dificuldade, não se encontram estudos com os mesmos objetivos no Brasil.

A respeito da aplicação de medidas de efeito para se estimar o impacto das mudanças ou ainda uma “eficácia” do ensino sobre o aluno, Conboy (2003), como exemplo dentre outros autores, resgata a reflexão sobre conceituar efeitos (*d, r, etc*) de Cohen (1992) como pequenos, médios ou grandes, advertindo que esta conceituação é mais complexa do que parece. No entanto, autores como Hedges e Hedberg (2007) e Volker (2006), a partir de simulações e cálculos estatísticos, consideram o efeito de 0,20

importante em pesquisa educacionais. Desta forma, o escore r de 0,27 obtido pela fórmula sugerida por Rosnow e Rosenthal (2000), pode ser interpretado, na prática, como importante, apesar de ser interpretado como pequeno, para Cohen (1992).

No estudo original, a autora também realizou um teste T pareado para comparar as médias pré e pós-disciplina, obtendo, também diferenças estatisticamente significativas (Happell & Gouch; 2009), bem como também, se considerarmos que a escala likert usada possui 7 pontos, pode-se afirmar que a importância que o aluno atribui ao serviço de enfermagem em saúde mental é elevada.

Neste aspecto, pode-se resgatar os estudos feitos por Pedrão et al (2002; 2003), onde ao comparar as médias dos escores da escala ODM, verificou que inicialmente, os alunos apresentam-se mais autoritários e menos benevolentes do que quando terminam a faculdade e/ou cursam a disciplina de saúde mental. Em um outro estudo (Bond et al, 2015), que comparou a eficácia de um curso a distância e um presencial sobre estigma, e conhecimento sobre saúde mental, verificou que na forma a distância, o preconceito relacionado a concepção do doente mental como pessoa fraca, perigosa, incapaz e não doente não se modificou significativamente e na forma presencial, apenas a concepção de fraqueza e não-doença não sofreu mudanças significativas.

Pode-se notar, então, sem citar a totalidade de estudos, que, a instrução acadêmica oferece mudanças, mas não em todos os aspectos desejados, cabendo, então, buscar outras formas de se investir na mudança dos aspectos pouco modificáveis do estudante. No estudo feito por Happell et al (2013) com o intuito de compreender os motivos de escolha e não-escolha pela carreira de saúde mental, concluiu que através da aproximação docente, reconhecimento das dificuldades do aluno e manifestação de suporte e apoio, é possível melhorar a escolha pela carreira.

O presente estudo demonstrou, para o domínio CAR, o menor escore para este ($M=2,79$), significando que é pouco o interesse pela área de saúde mental. Muito embora, a instrução acadêmica contribua de maneira tímida, pode-se afirmar que tal contribuição é estatisticamente significativa, como também foi encontrado no estudo da autora do instrumento (HAPPELL & GOUCH; 2009).

Ao se estudar fatores que pudessem determinar a satisfação do estudante em relação ao estágio clínico de saúde mental, Happell (2008a), concluiu que o

acolhimento e supervisão pelo docente, bem como poder contar com oportunidades para praticar o cuidado foram fatores significativos para determinar um melhor nível de satisfação com o aprendizado obtido na saúde mental, ou seja, a supervisão docente foi considerada como muito importante para poder considerar a experiência de aprendizagem como positiva, como apontado no modelo teórico validado.

Neste sentido, a experiência relatada por Sims e Overton (2012) de aplicar uma metodologia de recrutamento e treinamento para a prática do cuidar em saúde mental, pode ser uma estratégia para melhorar tal aspecto, pois quando se analisa o coeficiente de correlação entre o domínio CAPAC-R e CAR, segundo a tabela 17, observa-se um valor de 0.36, significando, na prática, cerca de 13% dos estudantes que sentiram-se mais capacitados ao fim da disciplina de saúde mental demonstraram pretensão em seguir carreira futura na área de saúde mental e vice-versa. Neste sentido, nota-se que a influência acadêmica para a escolha da área de saúde mental como futuro campo de trabalho é pequena, muito embora, como demonstrado, tal influência é verdadeira e importante ($p < 0.001$). Tal interpretação é também sustentada ao se interpretar o escore r de Cohen de 0.27, considerando as observações feitas por Hedges e Heberg (2007) e Volker (2006).

A estratégia relatada por Sims e Overton (2012), apresenta, dentre outros resultados, a conclusão de que a metodologia adotada permite ao aluno expressar-se livremente, fornecendo um *feed-back* de seu aprendizado, suas dificuldades e seus sentimentos gerados no contato com os clientes psiquiátricos, diferente da avaliação feita apenas por formulários anônimos.

Também o estudo de coorte feito por Stevens, Browne e Graham (2013), concluiu, dentre outros resultados, que os motivos de escolha e não escolha pela saúde mental como futuro campo de trabalho não variaram significativamente, ao passo que as áreas de pediatria, saúde do adulto, geriatria, saúde coletiva e cuidados peri operatórios variaram de forma estatisticamente significativas ao longo dos 3 anos do estudo. Os autores consideram que a presença da interface tecnológica das outras áreas atrai mais os estudantes, em detrimento da prática de cuidar em saúde mental. Neste mesmo estudo, 3% dos estudantes relataram que escolheriam a saúde mental como possível campo de trabalho, assim como no estudo feito por Soares e Bueno (2006), no qual 4%

dos estudantes escolheriam a saúde mental, mas apenas como segunda opção de trabalho, servindo como exemplo, de forma quantitativa, o quanto a pretensão em seguir a especialidade é baixa dentre estudantes de graduação em Enfermagem.

Um estudo qualitativo feito por Happel et al (2015b) com estudantes e preceptores de campo de estágio revelou que sentimentos, percepções e sensações de medo e poder permeiam a mente do estudante, assim como consideraram que a troca de experiências de vida entre preceptores e estudantes e a discussão sobre, pode colaborar para a desmistificação destes temas para o estudante, motivando-o a optar pela área de saúde mental. Tal achado, apesar de ressonante em termos qualitativos, foi menos expressivo quando se analisa a correlação entre o domínio CAR e o domínio SUP, observando-se o coeficiente de 0.29. Isto representa, na prática, que apenas 8,4% dos estudantes que manifestaram maior desejo de seguir a carreira de saúde mental, também avaliaram positivamente a supervisão docente e vice-versa.

Neste sentido, observa-se que o papel docente, apesar de muito bem avaliado, exerce pouca influência na escolha da especialidade pelo aluno, muito embora, como mencionado anteriormente, a contribuição da universidade neste sentido, apesar de pequena, é verdadeira e estatisticamente significativa, e muito embora, a média do domínio SUP tenha sido a segunda maior ($M=6,11$). A partir das discussões feitas por Hedges e Hedberg (2007) e Volker (2006) quanto ao se considerar e interpretar o tamanho do efeito, os autores sugerem que um efeito de tamanho 0,20, para pesquisas educacionais, já poderiam ser consideradas de impacto político considerável, levando-se a considerar que a supervisão docente, nas instituições estudadas, é considerada satisfatória.

A pretensão de escolher a especialidade de saúde mental como futuro campo de atuação, também sugere estar pouco correlacionada a visão do estudante sobre o serviço de saúde mental e o papel do enfermeiro nele, uma vez que 2,9% dos estudantes que têm a pretensão de seguir a área de saúde mental, tiveram também uma conceituação positiva acerca dos serviços de saúde mental e o papel do enfermeiro neles. Happell e Rushworth (2000), realizaram um estudo quase-experimental acerca de formas de estimular a escolha da carreira futura pela área de saúde mental, no graduando de Enfermagem, concluíram que métodos educacionais baseados na aprendizagem baseada

em problemas apresenta bons resultados no sentido de se desenvolver atitudes mais positivas frente à saúde mental.

Neste aspecto, parece confluir a idéia apresentada também por Santos, Soares e Hirata (2013) em relação a proposta curricular integrada, também explanada por Kikuchi e Guariente (2012), enquanto possível fator diferencial para apresentar melhores resultados no perfil esperado da atitude do estudante de enfermagem em relação à área de saúde mental, uma vez que neste estudo feito pelos autores citados, cogitou-se como hipótese explicativa para escores diferentes o fator currículo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a ausência de instrumentos psicométricos para mensuração da aprendizagem do graduando de Enfermagem, este estudo teve como objetivo avaliar as propriedades psicométricas do instrumento em questão. Os procedimentos realizados neste estudo tiveram como objetivo primário, de adaptar transculturalmente o instrumento, avaliar sua confiabilidade e sua validade, bem como a adequação de sua estrutura fatorial ao conjunto de dados analisados, os quais se acredita representarem o modelo de ensino de Enfermagem em Saúde Mental no Brasil.

Em relação ao modelo original, não foi divulgada a realização da análise de sua validade de construto para comprovação em seu país de origem, pelo método da AFC. Ao ser este procedimento realizado no Brasil, permitiu-nos concluir que o construto originalmente apresentado através da estrutura fatorial do instrumento não é válido, mas permitiu-nos a elaboração de um instrumento baseado no original.

Ao se interpretar o modelo teórico, obtiveram-se explicações acerca do processo de aprendizagem em saúde mental, da atitude do estudante frente ao papel do enfermeiro neste campo, bem como também, suscitaram-se questões importantes relacionadas ao campo prático da profissão, como a imagem profissional do enfermeiro, e o cenário político e profissional da categoria. Tais assuntos, são, sem sombra de dúvida importantes para o debate, mas devem ser realizados em estudos futuros, uma vez que o presente estudo versa sobre as propriedades psicométricas do instrumento testado.

Tendo como base também, os procedimentos estatísticos usados e o conhecimento e experiência do pesquisador e orientador, foi possível apresentar um novo modelo teórico, baseado nos fatores do instrumento, sendo que foram mantidos dois domínios e outros foram reformulados e/ou extintos. Este novo modelo teórico pode ser testado novamente no país de origem, de forma que a pesquisa e o estudo destas propriedades possam ser estendidos, permitindo-nos obter melhores conclusões e avanços no tema. A versão brasileira do instrumento recebeu o acréscimo da sigla BR ao fim do mesmo, permanecendo, então, como Nursing Students' Atitudes Toward Mental Health Nursing and Consumers-BR.

Como limitações no estudo, deve ser constatada a ausência de instrumentos

semelhantes confiáveis e válidos para o tema pesquisado, o que ao mesmo tempo, dificulta maiores comparações, e dificulta o processo de validação, mas também, torna o estudo, pioneiro no Brasil para o estudante de Enfermagem na área de saúde mental, por se caracterizar como o primeiro instrumento baseado em um proveniente de outra língua e cultura, ou seja, este estudo validou o instrumento, mas de forma híbrida, mantendo dois domínios originais e acrescentando melhorias, como a retirada dos itens com baixa comunalidade, consistência interna e outros que se revelaram inadequados no ajuste do modelo fatorial. Também foi acrescentado um cabeçalho explicativo que não existia no instrumento original e preservada, de forma opcional, a metodologia de aplicação pré e pós-disciplina.

Entretanto, faz-se necessária a realização de estudos futuros para aprimorar o instrumento resultante, e de se avaliar outras formas de se testar a validade do mesmo possam ser implementadas, já que tal propriedade foi avaliada, porém com consideráveis limitações, necessitando de aprimoramento, outros estudos se fazem necessários para que o modelo empírico explicativo possa ser melhorado.

Acredita-se que o presente estudo contribuiu para a pesquisa e o ensino de Enfermagem em Saúde Mental, por apresentar um instrumento de avaliação da aprendizagem em saúde mental, e um modelo teórico para avaliar o processo de aprendizagem e a atitude do estudante na área de saúde mental, bem como também, para mensurar a contribuição da disciplina de Saúde Mental para a prática profissional e formação acadêmica.

Quanto ao domínio denominado EST, que abordava os estereótipos negativos relacionados a doença mental e o domínio CONHEC, que mensurava o conhecimento do estudante sobre o tema, ambos se apresentaram com baixa confiabilidade, onde sugere-se que novos estudos sejam realizados para aprimorá-los, uma vez que são relevantes por que abordam temas referentes as crenças e preconceitos trazidos pelos alunos, aspectos fundamentais para serem trabalhados.

Por fim, o estudo possibilitará pesquisas dentro de uma vertente quantitativa, uma vez que até então, predominavam os métodos qualitativos de pesquisas sobre o processo de ensino e aprendizagem nesta especialidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXANDRE NMC, COLUCI MZO. Content Validity in the development and adaptation processes of measurement instruments. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p.3061-8, 2011. DOI: 10.1590/S1413-81232011000800006.
- AJZEN, I. **Attitudes, personality and behavior**. 2nd Ed. England: McGraw-Hill, 2005.
- AJZEN, I. The theory of planned behavior. **Organizational Behavior and Human Decision Processes**, v. 50, n.2, p.179-211, 1991.
- ALLPORT, G.W. **The nature of prejudice**. Cambridge: MA; Addison-wesley, 1954.
- ARAÚJO, E.A.C.; ANDRADE, D.F.; BORTOLOTTI, S.L.V. Teoria da resposta ao item. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.43, n.esp., p.1000-8, 2009.
- AVANCI RC, MALAGUTI SE, PEDRÃO LJ. Authoritarianism and benevolence towards mental illness: study with students beginning a nursing program. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.10, n.4, p.509-15, 2002.
- BEATON DE, BOMBARDIER C, GUILLEMIN F, FERRAZ MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v.25, n.24, p.3186-91, 2000.
- BENTLER, P.M. Comparative fit indexes in structural models. **Psychological Bulletin**, v.107, n.2, p.238-46, 1990.
- BOND, K.S.; JORM, A.F.; KITCHNER, B.A.; REAVLEY, N.J. Mental Health first aid training for Australian Medical and Nursing students: an evaluation study. **BMC Psychology**, v.3, n.11, p.1-9, 2015. DOI: 10.1186/s40359-015-0069-0. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com>. Acesso em 16 jun 2015.
- BRAGA, V.A.B.; SILVA, G.B. da. O ensino de enfermagem psiquiátrica no Ceará: a realidade que se esboça. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 8, n. 1, p.13-21, 2000.
- BRECKLER, Empirical validation of affect, behavior and cognition as distinct components of attitude. **Journal of Personality and Social Psychology**, v.47, n.6, p.1191-205, 1984.
- BROWN, T.A. **Confirmatory factor analysis for applied research**. NY: The Guilford Press, 2006. 475p.
- BROWNE, G.C; GRAHAM, A; WARREN, I.S. Addressing the mental health nurse

shortage: undergraduate nursing students working as assistants in nursing in inpatient mental health settings. **International Journal of Nursing Practice**, v.19, n.5, p.539-545, 2013. DOI: 10.1111/ijn.12090.

BYRNE, B.M. **Structural Equation Modeling with AMOS: basic concepts, application and programming**. 2nd. Ed. New York: Routledge Taylor & Francis Group, 2010.

CAMILLO, S.O.; SILVA, A.L; NASCIMENTO, A.J. Do. .Perceptions of nursing undergraduate students concerning the human dimension in the learning process. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.15, n.2, p.207-13, 2007.

CAMPOY, M.A.; MERIGHI, M.A.B.; STEFANELLI, M.C. O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: visão do professor e do aluno na perspectiva da fenomenologia social. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p.165-172, 2005.

CASSEP-BORGES V, BALBINOTTI MAA, TEODORO MLM. Tradução e validação de conteúdo: uma proposta para a adaptação de instrumentos. p.506-20. In: Pasquali L(organizador). **Instrumentação psicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CLEARY, M.H; HAPPELL, B. Promoting mental health nursing: employing undergraduate nursing students as assistants in mental health. **International Journal of Mental Health Nursing**, v.21, n.1, p.69-74, 2012. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2011.00760.x.

CLEARY, M.H; O'HARA-AARONS, J; MANNIX, M; JACKSON, J; HUNT, D; GLENN, E. Views and experiences of mental health nurses working with undergraduate assistants in nursing in an acute mental health setting. **International Journal of Mental Health Nursing**, v.21, n.2, p.184-190, 2012. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2011.00784.x.

CODES, A.L.M. Modelagem de equações estruturais: um método para a análise de fenômenos complexos. **Caderno CRH**, v.18, n.45, p.471-84, 2005.

COHEN, J. A coefficient of agreement for nominal scales. **Education and Psychological Measurement**, v.20, n.1, p.37-45, 1960.

COHEN, J. A power primer. **Psychological Bulletin**, v.112, n.1, p.155-9, 1992.

COHEN, J.; STRUENING, E.L. Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. **Journal of Abnormal Society Psychology**, v. 64, n.5, p.349-

360, 1962.

CONBOY, J.E. Algumas medidas típicas univariadas da magnitude do efeito. **Análise Psicológica**, v.2, n.12, p.145-58, 2003.

CORTINA, J.M. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. **Journal of Applied Psychology**, v.78, n.1, p.98-104, 1993.

CRONBACH, L.J.; SCHONEMANN, P.; Mc KIE, D. Alpha coefficients for stratified-parallel tests. **Educational and Psychological Measurement**. v.25, n.2, p.291-312, 1965.

CRONBACH, L.J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**, v.16, n.3, p.297-334, 1951.

CRONBACH, L.J.; MEEHL, P.E. Construct validity in psychological tests. **Psychological Bulletin**, v.52, n.4, p.281-301, 1955.

_____. Test Reliability: Its meaning and determination. **Psychometrika**, v.12, n.1, p.1-16, 1947.

DECOUX, M.H. Constructivism applied to psychiatric-mental health nursing: an alternative to supplement traditional clinical education. **International Journal of Mental Health Nursing**, v.21, n.1, p.60-68, 2012. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2011.00755.x.

De VON, H.A. et al. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. **Journal of Nursing Scholarship**, v.39, n.2, p.155-64, 2007.

DOVIDIO, J.F.; ELLER, A.; HEWSTONE, M. Improving intergroup relations through direct, extended and other forms of indirect contact. **Group Process and Intergroup relations**, v.14, n.2, p.147-160, 2011. DOI: 10.1177/1368430210390555.

FERNANDES, J.D; et al. Teaching psychiatric nursing/mental health: its interface with the brazilian psychiatric reform and national curriculum guidelines. **Revista da Escola Enfermagem da USP**, v.43,n.4, p: 962-968, 2009.

FIGUEIREDO FILHO, D.B., SILVA JÚNIOR, J.A. da. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. **Opinião Pública**, v.16, n.1, p.160-85, 2010.

GABBIDON, J.C; NIEUWENHUIZEN, S.V; KASSAM, A; BROHAN, E.N; GRAHAM, I.T. Mental illness: clinicians' attitudes (MICA) scale psychometric properties of a version for healthcare students and professionals. **Psychiatry Research**,

v.206, n.1, p. 81-87, 2013. DOI: 10.1016/j.psychres.2012.09.028.

GOUGH K, HAPPELL B. Undergraduate nursing students attitude to mental health nursing: a cluster analysis approach. **Journal of Clinical Nursing**, v.18, n.22, p.3155-64, 2009. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02764.x.

GRUIJTER, D.N. de; KAMP, L.J.T.V.D. **Statistical test theory for the behavioral sciences**. USA: Taylor and Francis Group; 2008, 264p.

HAIR, J.F.; ANDERSON, R.E.; TATHAM, R.L.; BLACK, W.C. **Análise multivariada de dados**. 5ª. ed. Porto Alegre: Bookman; 2005, 593p.

HAPPELL, B. Influencing undergraduate nursing students attitudes toward mental health nursing: acknowledging the role of theory. **Issues in Mental Health Nursing**, v.30, n.1, p.39-46, 2009. DOI: 10.1080/016/2840802557113.

HAPPELL, B.; GASKIN, C.J.; The attitudes of undergraduate nursing students towards mental health nursing: a systematic review. **Journal of Clinical Nursing**, v.22, n.1-2, p.148-58, 2012. DOI:10.1111/jocn.12022.

HAPPELL, B.; GOUCH, K. Nursing Students' Attitudes to Mental Health Nursing: Psychometric Properties of a Self-report Scale. **Archives of Psychiatric Nursing**, v.23, n.5, p. 376–386, 2009. DOI: 10.1016/j.apnu.2008.10.005.

HAPPELL, B. Clinical experience in mental health nursing: Determining satisfaction and the influential factors. **Nurse Education Today**, v.28, n.7, p.849-55, 2008a.

HAPPELL, B.; ROBINS, A.; GOUCH, K. Developing more positive attitudes towards mental health nursing in undergraduate students part 1-does more theory help? **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v.15, n.6, p.439-46, 2008b. DOI: 10.1111/j1365-2850.2007.01203.x

_____. Developing more positive attitudes towards mental health nursing in undergraduate students part 2-the impact of theory and clinical experience **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v.15, n.7, p.849-85, 2008c. DOI: 10.1111/j1365-2850.2007.01233.x

HAPPELL, B; RUSHWORTH, L. Can educational methods influence the popularity of psychiatric nursing? **Nurse Education Today**, v.20, n.4, p.318-26, 2000.

HAPPELL, B.; WELCH, T.; MOXHAM, L.; BYRNE, L. Keeping the flame alight: understanding and enhancing interest in mental health nursing as a career. **Archives of Psychiatric Nursing**, v.27, n.4, p.161-5, 2013. DOI: 10.1016/j.apnu.2013.04.002.

HAPPELL, B. et al. Clinical placements in mental health: a literature review. **Issues in Mental Health Nursing**, v.36, n.1, p.44-51, 2015a.

HAPPELL, B. et al. Lived experience in teaching mental health nursing: issues of fear and power. **International Journal of Mental Health Nursing**, v.24, n.1, p.19-27, 2015b. DOI: 10.1111/inm.12091.

HARRISON, C.A.; HAUCK, Y.; HOFFMAN, R. Choosing and remaining in mental health nursing: perceptions of western Australian nurses. **International Journal of Mental Health Nursing**, v.23, n.6, p.561-9, 2014. DOI: 10.1111/inm.12094.

HAYMAN-WHITE, K.; HAPPELL, B. Nursing Students' Attitudes Toward Mental Health Nursing and Consumers: Psychometric Properties of a Self-Report Scale. **Archives of Psychiatric Nursing**, v.19, n.4, p: 184–193, 2005.

HEDGES, L.V.; HEDBERG, E.C. Intraclass Correlation Values for Planning Group-Randomized Trials in Education. **Educational Evaluation and Policy Analysis**, v.29, n.1, p.60-87, 2007. DOI: 10.3102/0162373707299706.

HEIJDEN, A.V.D.; BIJL, J.V.D.; LATOUR, C.H.M.; HOEKSTRA, H.; MEIJEL, B.V. Student's nurses' perceptions of mental health care: validation of a questionnaire. **Nurse Education Today**, v.32, n.4, p.373-7, 2012. DOI: 10.1016/j.nedt.2011.05.013.

HERCELINSKYJ, G.C; BROWN, M; PHILLIPS, P.B. Perceptions from the front line: professional identity in mental health nursing. **International Journal of Mental Health Nursing**, v.23, n.1, p.24-32, 2014. DOI: 10.1111/inm.12001

HOOPER, D.; COUGHLAN, J.; MULLEN, M.R. Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. **The Electronic Journal of Business Research Methods**, v.6, n.1, p.53 - 60, 2008. Disponível em <http://www.ejbrm.com>. Acesso em 02 jun 2015.

HU, L.; BENTLER, P.M. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. **Structural Equation Modeling**, v.6, n.1, p.1-55, 1999.

- HULLEY SB et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. RS: Artmed, 2003.
- HUNTER, L. et al. Nursing student's attitudes about psychiatric mental health nursing. **Issues in Mental Health Nursing**, v.36, n.1, p. 29-34, 2015.
- IM EO, PAGE R, LIN LC, TSAI HM, CHENG CY. Rigor in cross-cultural nursing research. **International Nursing Studies**, v.41, n.8, p.891-9, 2004.
- JANSEN, R.; VENTER, I. Psychiatric nursing: an unpopular choice. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v.22, n.2, p.142-8, 2015.
- KANTORSKI, L.P., PINHO, L.B., SAEKI, T, SOUZA, M.C.B.M. Expectativas de docentes sobre o ensino do cuidado em saúde mental. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [Internet] ;v. 8, n.3, p. 363-9, 2006. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a07.htm. Acesso: 06 jun 2012.
- KANTORSKI, L.P.; SILVA, G.B. **Ensino de enfermagem e reforma psiquiátrica**. Pelotas: Editora da Universidade Federal de Pelotas, 2001.
- _____. O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: um olhar a partir dos programas das disciplinas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 8, n. 6, p.27-34, 2000.
- KESZEI AP, NOVAK M, STREINER DL. Introduction to health measurement scales. **Journal of Psychosomatic Research** v. 68, n.4, p. 319-23, 2010. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2010.01.006.
- KIKUCHI, E.M.; GUARIENTE, M.H.D. de M. (orgs.) **Currículo integrado: a experiência do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina**. Londrina: UEL, 2012.
- KIMBERLIN CL, WINSTERSTEIN AG. Validity and reability of measurement instruments used in research. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v.65, n.23, p. 2276-84, 2008.
- KLINE, R.B. **Principles and practice of structural equation modeling**. 3rd. ed. NY: The Guilford Press; 2011. 427p.
- KOOKEN, W; BAYLOR, J; SCHWEND, K.R. Worlds apart in the same town? A qualitative comparison of pre and post-clinical themes assessing student nurse perceptions of homeless, mentally ill clients. **Nurse Education Today**, v.34, n.3, p.306-

312, 2014. DOI: 10.1016/j.nedt.2013.06.005.

KOTTNER, J.; STREINER, D.L. Internal consistency and Cronbach's alpha. A comment on Beeckman et al (2010). **International Journal of Nursing Studies**, v.47,n.7, p.926-8, 2010. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2009.12.018.

LANDIS, J.R.; KOCH, G.G. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. **Biometrics**, v.33, n.1, p. 159-174, 1977.

LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. **Archives of Psychology**, v.22, n.140, p.5-55, 1932.

LYNN, M.R. Determination and quantification of content validity. **Nursing Research**, v.35, n.6, p.382-5, 1986.

MADIANOS MG et al. . Nursing students' attitude change towards mental illness and psychiatric case recognition after a clerkship in psychiatry. **Issues in Mental Health Nursing**, v.26, n.2, p.169-83, 2005.

MAROCO, J.; GARCIA-MARQUES, T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? **Laboratório de Psicologia**, v.4, n.1, p.65-90, 2006.

Mc EWEN, M.; WILLS, E.M. Bases teóricas para a Enfermagem. 2.ed. RS: Artmed, 2009.

MINGOTI, S.A. **Análise de dados através de métodos de estatística multivariada**. Belo Horizonte: UFMG, 2005. 297p.

NORRIS, A.E. Structural Equation Modeling. p.368-397. In: MUNRO, B.H. **Statistical methods for health care research**. 3rd.ed. Philadelphia: Lippincott, 1997. 444p.

NAPOLETANO, M.A. The effects of academic instruction in psychology on student nurses' attitudes toward mental illness. **Teaching of Psychology**, v.8, n.1, p.22-4, 1981.

NATIONAL ORGANIZATION OF NURSE PRACTITIONER FACULTIES. **National Panel for Psychiatric-mental Health Nurse Practitioner Competencies**. Washington, DC, 2003. Disponível em [http:// www.nonpf.org/?page=14](http://www.nonpf.org/?page=14). Acesso em 15 jan 2013.

NEVILLE, C; GOETZ, S. Quality and substance of educational strategies for mental health in undergraduate nursing curricula. **International Journal of Mental Health Nursing**, v.23, n.2, p.128-134, 2014. DOI: 10.1111/inm.12025.

- OSTROM, T.M. The relationship between the affective, behavioral and cognitive components of attitude. **Journal of Experimental Social Psychology**, v.5, p.12-30, 1969.
- PASQUALI, L.(org.). **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 568p.
- _____. **Psicometria**. 2ª.ed. SP: Vozes, 2003.
- _____. Psicometria. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.43, n.esp. p.992-9, 2009.
- _____. Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? **Psicologia: teoria e pesquisa**, v.23, n. esp, p.99-107, 2007.
- PEDRÃO, L.J., AVANCI, R.C., MALAGUTI,S,E.; AGUILERA, A,M,S. Atitudes frente à doença mental: Estudo comparativo entre ingressantes e formandos em Enfermagem. **Medicina** v.36, n.1, p.37-44, 2003.
- PEDRÃO, L.J.; AVANCI, R.C.; MALAGUTI, S.E. Profile of undergraduate nursing students' attitudes as to mental disease before the influence of specific courses. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.10, n.6, p.794-9, 2002.
- PEDRÃO, L.J. et al. Attitudes of graduate nursing students towards mental disorders in Brazil, Chile and Peru. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.13, n.3, p.339-43, 2005.
- PETTIGREW, T.F. Intergroup contact theory. **Annual Review of Psychology**, v.49, n.1, p.65-85, 1998.
- PILATI, R.; LAROS, J.A. Modelos de equações estruturais em psicologia: conceitos e aplicações. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.23, n.2, p.205-16, 2007.
- POLIT, D.F.; BECK, C.T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in Nursing & Health**, v.29, n.5, p.489-97, 2006.
- PRIMI, R. Psicometria: Fundamentos matemáticos da teoria clássica dos testes. **Avaliação Psicológica**, v.11, n.2, p.297-307, 2012.
- REICHENHEIM ME, MORAES CL. Operationalizing the cross-cultural adaptation of epidemiological measurement instruments. **Revista de Saúde Pública** v.41, n.4, p. 665-73, 2007.

RODRIGUES, C.R.C. **Atitudes frente à doença mental**: estudo transversal de uma amostra de profissionais da saúde. Ribeirão Preto, 1983. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

RODRIGUES, J. **O ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental nos cursos de graduação no estado de Santa Catarina**. 2010, 327 f. Tese. [Doutorado]. Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), 2010.

RODRIGUES J, SANTOS SMA DOS, SPRICCIGO JS. Teaching nursing care in mental health in undergraduate nursing. **Acta Paulista de Enfermagem** [online]. 2012; 25(6) [citado 2013-06-06], p. 844-51 . Disponível em: <http://www.scielo.br/>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000600004>.

ROGERS, A.H.; COHEN, M.; NARANICK, C.S. A validation study of the custodial mental-illness ideology scale. **Journal of Clinical Psychology**, v.14, n.3, p.269-70, 1958.

ROMEM, P.; ANSON, O.; KAWAT-MAYMON, Y.; MOISA, R. Reshaping students attitudes toward individuals with mental illness through a clinical nursing clerkship. **Journal of Nursing Education**, v.47, n.9, p.396-402, 2008.

ROSNOW, R.L.; ROSENTHAL, R.; RUBIN, D.B. Contrasts and correlation in effect-size estimation. **Psychological Science**, v.11, n.6, p.446-53, 2000. DOI: 10.1111/1467-9280..00287.

SANTOS, S.S.; SOARES, M.H.; HIRATA, A.G.P.; Attitudes, knowledge, and opinions regarding mental health among undergraduate nursing students. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.47, n.5, p.1202-10, 2013. DOI: 10.1590/S0080-623420130000500026. Disponível em <http://www.scielo.org/reeusp>. Acesso em 08 jun 2015.

SAPNAS, K.G.; ZELLER, R.A. Minimizing small size when using exploratory factor analysis for measurement. **Journal of Nursing Measurement**, v.10, n.2, p.135-54, 2002.

SARTES, L.M.A.; FORMIGONI, M.L.O. de S. Avanços na psicometria: da teoria clássica dos testes à teoria de resposta ao item. **Psicologia: reflexão e crítica**, v.26, n.2, p. 241-50, 2013.

SCHAFER, T; WOOD, S; WILLIAMS, R. A survey into student nurses' attitudes towards mental illness: Implications for nurse training. **Nurse Education Today**, v.31, n.4, p.328-332, 2011. DOI: 10.1016/j.nedt.2010.06.010.

SIMS, T.T.; OVERTON, S. The student training and recruitment system. **American Journal of Nursing**, v.112, n.2, p.65-8, 2012. Disponível em <http://www.ajnonline.com>. Acesso em 19 set 2013.

SOARES, M.H.; BUENO, S.M.V. A percepção do aluno do quarto ano de Enfermagem em relação ao seu ingresso no mercado de trabalho. **Nursing**, v.101, n.9, p.1064-9, 2006.

SOUZA, M.C.B e M. **O ensino de Enfermagem Psiquiátrica e/ou saúde mental: avanços, limites e desafios**. 2010,168 f. Tese [Livre-docência]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

STEVENS, J.; BROWNE, G.; GRAHAM, I. Career in mental health still an unlikely career choice for nursing graduates: a replicated longitudinal study. **International Journal of Mental Health Nursing**, v.22, n.3, p.213-20, 2013. DOI:10.1111/j.447.0349.2012.00860.x.

STEVENS, S.S. On the theory of scales of measurement. **Science**, v.103, n.2684, p.677-680, 1946.

STREINER, D.L.; NORMAN, G.R. **Health measurement scales: a practical guide to their development and use**. 4th. ed. New York: Oxford Press, 2008.

SWAN, H.L. Nursing students attitudes toward mental illness. **Nursing Research**, v.22, n.1, p.59-65, 1973.

ULLMAN, J.B. Structural equation modeling: reviewing the basics and moving forward. **Journal of Personality Assessment**, v.87, n.1, p.35-50, 2006.

VOLKER, M.A. Reporting effect size estimates in school psychology research. **Psychology in the Schools**, v.43, n.6, p.653-72, 2006. DOI: 10.1002/pits.20176. Disponível em <http://www.interscience.wiley.com>. Acesso em 19 jun 2015.

TAYLOR, M.; DEAR, M.J. Scaling community attitudes toward the mentally ill. **Schizophrenia Bulletin**, v.7, n.2, p.225-40, 1981.

WYND C.A.; SCHMIDT, B.; SCHAEFER, M.A. Two quantitative approaches for estimating content validity. **Western Journal of Nurs Res**, v.25, n.5, p.508-18, 2003.

GLOSSÁRIO DE TERMOS

Alfa (ou nível de significância): é o critério requerido para estabelecer significância estatística. Assumindo que a hipótese nula seja verdadeira, é a probabilidade de se obter uma estatística de teste igual ou mais extrema que aquela observada em uma amostra. Quando se define um alfa de 0.05, significa que em apenas menos de 5% das vezes, rejeitar-se-ia a hipótese nula, quando ela fôsse verdadeira.

Alfa de Cronbach: coeficiente que mede a correlação entre as respostas de um questionário através da análise das respostas dadas pelos respondentes, apresentando uma correlação média entre as perguntas de um questionário.

Análise Fatorial: É uma técnica de análise de dados multivariada que examina as relações entre variáveis e permite verificar se elas se agrupam em fatores/dimensões, com o objetivo de identificar uma estrutura subjacente entre as variáveis da análise, composta de dois subtipos a saber: a exploratória, que tem como objetivo identificar a estrutura latente e como se relacionam os itens e a confirmatória, na qual se visa confirmar ou testar a relação pré-estabelecida.

Autovalor (Eigenvalue): é a variância total explicada por cada fator.

Carga dos Fatores: é a correlação simples entre as variáveis e os fatores.

Coefficiente de correlação: indica a força e a direção do relacionamento linear entre duas variáveis aleatórias, ou seja, a medida da relação entre duas variáveis, embora correlação não implique causalidade.

Comunalidade: quantidade de variância que uma variável compartilha com todas as demais, ou seja, quanto da variância de um item está sendo utilizada na solução fatorial.

Consistência interna: medida baseada na correlação entre diferentes itens no mesmo teste (ou entre subescalas no mesmo teste). Ela mede se os diversos itens que se propõe a medir o mesmo construto geral produzem resultados semelhantes. Seu indicador mais utilizado é o Alfa de Cronbach.

Construto: Trata-se de um conceito teórico não-observável direta e objetivamente, sendo mensurável apenas, segundo os pressupostos teóricos da Psicometria. Pode ser interpretado também como traço latente, fator, aptidão, atitude, entre outros.

Confiabilidade: é o grau em que uma variável ou conjunto de variáveis é consistente. em medir aquilo que se propõe a medir, sinônimo de Consistência interna.

Correlação Parcial: é a correlação que permanece inexplicada depois que os efeitos das outras variáveis são considerados. Se houver fatores “verdadeiros” nos dados, a correlação parcial deverá ser pequena. Uma alta correlação parcial significa que a variável não está correlacionada com um grande número de outras variáveis na análise.

Covariância: É a média do grau de inter-relação numérica entre duas variáveis, indicando o quanto duas variáveis variam de forma conjunta.

Desvio-padrão: medida de dispersão estatística que mostra o quanto de dispersão (ou variação) existe em relação à média (ou ao valor esperado). É obtido pela raiz quadrada da variância.

Efeito (magnitude de): Significância prática de um dado escore obtido em testes.

Erro tipo I: representado pela letra α , é o tipo de erro ocasionado quando mesmo obtendo-se um achado significativo do ponto de vista estatístico, este foi obtido ao acaso. Quanto menor o valor de alfa, menor a probabilidade de ocorrência do erro do tipo I, mas, maior a probabilidade de ocorrência do erro tipo II. É chamado ainda de “falso-positivo”.

Erro do tipo II: A probabilidade de cometer este erro é representada pela letra β , a qual consiste em não rejeitar a hipótese nula quando a mesma na realidade é falsa. Chamado também de “falso negativo”, embora não seja, na prática, possível predizer a probabilidade de ocorrência do Erro do tipo II, sendo feito, então, o controle da probabilidade de ocorrência do Erro do tipo I.

Fator: é uma dimensão latente que explica as correlações entre um conjunto de variáveis. Pode ser interpretado, muitas vezes como sinônimo para traço latente.

Graus de liberdade. É um estimador do número de categorias independentes. Encontram-se mediante a fórmula $n-1$, onde n é o número de elementos na amostra.

Hipótese alternativa: É a hipótese formulada pelo pesquisador quando se realiza um teste de hipótese e se pode afirmar, segundo o mesmo, que há associação entre as variáveis estudadas.

Hipótese nula: Hipótese que pressupõe a não-existência de associação entre as variáveis estudadas.

KMO (Kaiser-Meyer-Olkin): é um índice usado para avaliar a adequação da amostra a ser analisada pela Análise Fatorial.

Multicolinearidade: é a medida em que uma variável pode ser explicada por outras variáveis, quando há maior multicolinearidade, maior a dificuldade da interpretação dos dados.

P valor: Quando se faz um teste de hipótese, o **p valor**-é o menor nível de significância com que não se rejeitaria a hipótese nula.

Resíduos: é a diferença entre as correlações observadas (que vem dos dados) e as correlações reproduzidas (estimadas pela técnica).

Scree Plot: é o gráfico dos autovalores x n° de fatores que mostra o momento um fator adicional passa a ter pouca contribuição incremental.

Teste de Esfericidade de Barlett: permite examinar a hipótese nula de que as variáveis não estejam correlacionadas na população.

Teste de Hipóteses (Teste de significância) é um método para verificar se os dados são compatíveis com alguma hipótese, podendo muitas vezes sugerir a não-validade da mesma. O teste de hipóteses é um procedimento estatístico baseado na análise de uma amostra, através da teoria de probabilidades, usado para avaliar determinados parâmetros que são desconhecidos numa população. São sempre conduzidos pela hipótese nula e hipótese alternativa.

Variância: é uma medida de dispersão que indica o quão longe em geral os valores se encontram de um valor esperado.

Variância Comum: variância compartilhada com outras variáveis na análise fatorial.

Variância Específica: variância de cada variável, única àquela variável e que não é explicada ou associada com outras variáveis na análise fatorial.

Variável Endógena: conceito similar ao de variável dependente, recebendo as setas unidirecionais, no diagrama de MEE.

Variável exógena: conceito similar ao de variável preditora, ou independente, originando as setas unidirecionais, no diagrama de MEE.

APÊNDICE 1

Planilha com as traduções e versão pré-final

Versão /item	Tradução leiga	Tradução especialista 1	Tradução especialista 2	Versão T1-2-3 (enviada para retrotradução) <u>PRÉ-FINAL</u>
1	Senti-me bem preparado para o meu estágio clínico em saúde mental/psiquiátrica.	Eu me senti bem preparado para a prática clínica de saúde mental/psiquiatria.	Eu me senti muito preparado para meu estágio clinico em psiquiatria/saúde mental.	1-Eu me sinto/senti bem preparado para meu estágio clinico em psiquiatria/saúde mental
2	A enfermagem em saúde mental/psiquiátrica contribui positivamente com o tratamento das pessoas portadoras de problemas mentais.	A enfermagem em psiquiatria/saúde mental possui uma contribuição positiva no tratamento de pessoas com problemas de saúde mental.	A enfermagem psiquiátrica/saúde mental traz uma contribuição positiva para pessoas que vivenciam um problema de saúde mental.	2-A Enfermagem Psiquiátrica/saúde mental traz uma contribuição positiva para pessoas que vivenciam um problema de saúde mental
3	Estou ansioso para trabalhar com pessoas portadoras de problemas mentais.	Estou ansioso para trabalhar com pessoas que tem problemas de saúde mental.	Eu estou ansioso quanto ao trabalho com pessoas que vivenciam um problema de saúde mental.	3-Eu estou ansioso quanto ao trabalho com pessoas que vivenciam um problema de saúde mental.
4	Compreendo bem o papel de um enfermeiro psiquiátrico	Eu tenho boa compreensão do papel do enfermeiro psiquiátrico.	Eu tenho uma boa compreensão sobre o papel do enfermeiro psiquiátrico.	4-Eu tenho boa compreensão do papel do enfermeiro psiquiátrico.
5	Tenho dúvidas sobre como agir em relação às doenças mentais.	Tenho dúvidas sobre como agir em relação à alguém com transtorno mental.	Eu não sei ao certo como agir em relação a uma pessoa com problemas mentais.	5-Tenho dúvidas sobre como agir em relação à alguém com transtorno mental.
6	Vou me inscrever em um	Eu irei me candidatar a uma	Eu vou me inscrever em um	6-Eu vou fazer a Pós-graduação em

	Programa de Pós-Graduação em enfermagem em saúde mental/psiquiátrica.	Pós-Graduação de enfermagem em psiquiatria/saúde mental.	Programa de Pós-graduação em enfermagem psiquiátrica/saúde mental.	enfermagem psiquiátrica/saúde mental.
7	Tenho confiança na minha capacidade de cuidar de pessoas portadoras de problemas mentais.	Tenho confiança na minha capacidade de cuidar de pessoas portadoras de problemas mentais.	Eu me sinto confiante quanto a minha habilidade de cuidar de pessoas que vivenciam um problema de saúde mental.	7-Eu me sinto confiante quanto a minha habilidade de cuidar de pessoas que vivenciam um problema de saúde mental.
8	Pessoas portadoras de problemas mentais são imprevisíveis. .	Pessoas portadoras de transtornos mentais são imprevisíveis.	Pessoas com doenças mentais são imprevisíveis.	8-Pessoas com transtornos mentais são imprevisíveis.
9	A doença mental não é um sinal de fraqueza em uma pessoa.	O transtorno mental não é um sinal de fraqueza em uma pessoa.	Doença mental não é um sinal de fraqueza da pessoa.	9-Transtorno mental não é sinal de fraqueza em uma pessoa
10	Meu conhecimento teórico de enfermagem em saúde mental/psiquiátrica me preparou bem para meu estágio clínico.	Meu conhecimento teórico de enfermagem psiquiátrica/saúde mental me preparou bem para minha prática clínica.	Minhas aulas teóricas de enfermagem psiquiátrica/saúde mental me prepararam bem para o estágio clínico.	10-As aulas teóricas de enfermagem psiquiátrica/saúde mental me prepararam bem para o estágio clínico.
11	O estágio clínico em Enfermagem Psiquiátrica/Saúde Mental contribuiu significativamente para com a minha prática em enfermagem.	Esta prática clínica em Enfermagem Psiquiátrica/Saúde Mental proporcionou uma experiência valiosa para a minha prática em enfermagem.	Os estágios clínicos em enfermagem psiquiátrica/saúde mental propiciaram uma experiência valiosa para minha prática em enfermagem.	11-O estágio clínico em Enfermagem Psiquiátrica/Saúde Mental irá me proporcionar uma experiência valiosa para a minha prática em enfermagem.
12	Tenho a intenção de seguir a carreira de enfermagem em saúde mental/psiquiátrica.	Pretendo seguir carreira na enfermagem psiquiátrica/saúde mental.	Eu pretendo seguir uma carreira em enfermagem	12-Eu pretendo seguir uma carreira em enfermagem psiquiátrica/saúde mental.

			psiquiátrica/saúde mental.	
13	Se eu desenvolvesse uma doença mental, eu não contaria a ninguém, a menos que tivesse que fazê-lo obrigatoriamente.	Se eu desenvolvesse uma doença mental, eu não contaria às pessoas, a não ser que tivesse que fazê-lo.	Se eu desenvolvesse um transtorno mental, eu não contaria às pessoas, a não ser que tivesse que contar.	13-Se eu desenvolvesse um transtorno mental, eu não contaria às pessoas, a não ser que tivesse que fazê-lo.
14	Meu curso me preparou para trabalhar como enfermeiro graduado em um programa de pós-graduação médico-cirúrgica.	Meu curso me preparou para trabalhar como enfermeiro em um programa de pós-graduação médico-cirúrgica.	Meu curso me preparou para trabalhar como enfermeiro graduado em um programa de pós-graduação em enfermagem médico-cirúrgica.	14-Meu curso me preparou para trabalhar como enfermeiro em um programa de pós-graduação em enfermagem médico-cirúrgica.
15	Meu curso me preparou para trabalhar como enfermeiro graduado em um programa de pós-graduação pediátrica.	Meu curso me preparou para trabalhar como enfermeiro em um programa de pós-graduação em pediatria.	Meu curso me preparou para trabalhar como enfermeiro graduado em um programa de pós-graduação em pediatria.	15-Meu curso me preparou para trabalhar como enfermeiro em um programa de pós-graduação em pediatria.
16	Meu curso me preparou para trabalhar como enfermeiro em um programa de pós-graduação em saúde mental/psiquiátrica.	Meu curso me preparou para trabalhar como enfermeiro em um programa de pós-graduação em psiquiatria/saúde mental.	Meu curso me preparou para trabalhar como enfermeiro graduado em um programa de pós-graduação em <u>psiquiatria/saúde mental.</u>	16-Meu curso me preparou para trabalhar como enfermeiro em um programa de pós-graduação em psiquiatria/saúde mental.
17	Meu curso me preparou para trabalhar como enfermeiro graduado em um programa de pós-graduação em cuidados de idosos.	Meu curso me preparou para trabalhar como enfermeiro em um programa de pós-graduação em cuidado ao idoso.	Meu curso me preparou para trabalhar como enfermeiro graduado em um programa de pós-graduação em cuidados ao idoso.	17-Meu curso me preparou para trabalhar como enfermeiro em um programa de pós-graduação em cuidado ao idoso.
18	Alguém que eu conheço é portador de problemas	Alguém que eu conheço teve problemas de saúde mental.	Alguém que conheço vivenciou	18-Alguém que conheço vivenciou um problema de saúde mental.

	mentais.		um problema de saúde mental.	
19	Uma pessoa não tem culpa de desenvolver um problema mental.	Quando uma pessoa desenvolve um transtorno mental, isto não é culpa dela.	Quando uma pessoa desenvolve uma doença mental não é culpa dela.	19-Quando uma pessoa desenvolve um transtorno mental, não é culpa dela.
20	Serviços de saúde mental fornecem uma valiosa assistência às pessoas portadoras de problemas mentais.	Serviços de saúde mental proporcionam assistência valiosa às pessoas com problemas de saúde mental.	Serviços de saúde mental oferecem assistência valiosa a pessoas que vivenciam problemas de saúde mental.	20-Serviços de saúde mental oferecem assistência valiosa a pessoas que vivenciam problemas de saúde mental.
21	Pessoas portadoras de doenças mentais não são capazes de lidar com muitas responsabilidades.	Pessoas com transtorno mental não podem ter muitas responsabilidades.	Pessoas com doença mental não conseguem lidar com muita responsabilidade.	21-Pessoas com transtorno mental não conseguem lidar com muitas responsabilidades.
22	Senti-me seguro durante o estágio clínico em saúde mental/psiquiátrica.	Eu me senti seguro neste estágio clínico de psiquiatria/saúde mental.	Eu me senti seguro durante este estágio de psiquiatria/saúde mental.	22-Eu me sinto seguro para este estágio clínico de psiquiatria/saúde mental.
23	A maneira com que pessoas portadoras de doenças mentais se sentem pode ser afetada pelas atitudes de outras pessoas em relação a elas.	A maneira como as pessoas com transtorno mental se sentem, pode ser afetada pelas atitudes de outras pessoas em relação a elas.	O modo como as pessoas com transtorno mental se sentem pode ser afetado pelas atitudes das outras pessoas em relação a elas.	23-O modo como as pessoas com transtorno mental se sentem pode ser afetado pelas atitudes das outras pessoas em relação a elas.
24	Pessoas portadoras de doenças mentais são mais propensas a cometer ofensas e crimes.	Pessoas com transtorno mental são mais susceptíveis a cometer ofensas ou crimes.	Pessoas com doença mental tem mais chances de cometer delitos ou crimes.	24-Pessoas com transtorno mental são mais propensas a cometer delitos ou crimes.
25	Fui encorajado pela equipe	Fui encorajado pela equipe de	Eu fui encorajado pela equipe de	Eu fui encorajado pela equipe de

	de enfermagem a considerar enfermagem em saúde mental/psiquiátrica como uma carreira.	enfermagem a seguir carreira na enfermagem psiquiátrica/saúde mental.	enfermagem para considerar a enfermagem psiquiátrica/saúde mental como uma carreira.	enfermagem para considerar a enfermagem psiquiátrica/saúde mental como uma carreira.
26	Fui bem orientado em meu estágio.	Fui bem orientado para a prática clínica.	Eu fui muito bem supervisionado em meu estágio.	Eu fui bem supervisionado em meu estágio clínico.
27	Tive apoio da equipe de enfermagem durante meu estágio clínico.	Me senti preparado pela equipe de enfermagem durante minha prática clínica.	Eu me senti acolhido pela equipe de enfermagem durante meu estágio clínico.	Eu me senti acolhido pela equipe de enfermagem durante meu estágio clínico.
28	Meu estágio clínico foi longo o suficiente para consolidar meu conhecimento de enfermagem em saúde mental/psiquiátrica.	Minha prática clínica teve o tempo suficiente para consolidar meu conhecimento de enfermagem psiquiátrica/saúde mental.	Meu estágio clínico foi longo o suficiente para consolidar meu entendimento sobre a enfermagem psiquiátrica/saúde mental.	Meu estágio clínico foi longo o suficiente para consolidar meu conhecimento de enfermagem psiquiátrica/saúde mental.
29	A equipe de enfermagem estava ocupada demais para me oferecer suporte adequado.	A equipe de enfermagem estava muito ocupada para me proporcionar apoio.	A equipe de enfermagem estava muito ocupada para me oferecer um suporte adequado.	A equipe de enfermagem estava muito ocupada para me oferecer apoio adequado.
30	Tive maior apoio neste estágio clínico do que em outros.	Me senti melhor apoiado neste local de prática clínica do que em outros locais de prática.	Eu me senti mais acolhido/suportado neste estágio clínico do que me senti em outros estágios.	Eu me senti mais acolhido neste estágio clínico do que me senti em outros estágios.
31	Senti-me apoiado pelo meu professor/preceptor clínico.	Eu me senti apoiado pelo professor/preceptor de prática clínica.	Eu me senti suportado/acolhido por meu supervisor clínico/professor.	Eu me senti acolhido por meu supervisor clínico/professor.
32	Fui encorajado a me	Fui encorajado a me envolver	Eu fui encorajado a me envolver	Fui encorajado a me envolver no cuidado

	envolver nos cuidados com pacientes durante o estágio clínico.	no cuidado aos pacientes durante a prática clínica.	com o cuidado dos pacientes durante o estágio.	aos pacientes durante o estágio clínico.
33	A equipe de enfermagem foi acolhedora com os alunos no estágio clínico.	A equipe de enfermagem foi acolhedora com os alunos na prática clínica.	A equipe de enfermagem acolheu os estudantes estagiários.	A equipe de enfermagem foi acolhedora com os alunos no estágio clínico.
34	A equipe de enfermagem estava preparada na minha chegada.	A equipe de enfermagem estava preparada para a minha chegada.	A equipe de enfermagem estava preparada para me receber.	A equipe de enfermagem estava preparada para me receber.
35	A equipe de enfermagem estava familiarizada com os objetivos de aprendizagem do meu curso.	A equipe de enfermagem estava familiarizada com os objetivos de aprendizagem da minha disciplina.	A equipe de enfermagem estava familiarizada com os objetivos de aprendizagem do meu curso.	A equipe de enfermagem estava familiarizada com os objetivos de aprendizagem do meu curso.
36	Gostei do meu estágio em saúde mental/psiquiátrica.	Eu gostei da minha prática clínica em psiquiatria/saúde mental.	Eu gostei do meu estágio em psiquiatria/saúde mental.	Eu gostei do meu estágio em psiquiatria/saúde mental.
37	A equipe de enfermagem demonstrou um alto nível de habilidade clínica	A equipe de enfermagem demonstrou um alto nível de habilidades clínicas.	A equipe de enfermagem demonstrou um alto nível de habilidades clínicas.	A equipe de enfermagem demonstrou um alto nível de habilidades clínicas.
38	A equipe de enfermagem tratou os pacientes com respeito e dignidade.	A equipe de enfermagem tratou os pacientes com respeito e dignidade.	A equipe de enfermagem tratava os pacientes com respeito e dignidade.	A equipe de enfermagem tratou os pacientes com respeito e dignidade.
39	A equipe de enfermagem foi sensível aos meus pedidos de esclarecimento ou ajuda.	A equipe de enfermagem respondeu aos meus questionamentos para elucidar dúvidas ou prestar cuidados.	A equipe de enfermagem foi responsiva quanto aos meus pedidos de clarificação ou ajuda.	A equipe de enfermagem foi sensível aos meus pedidos de esclarecimento ou ajuda.

APÊNDICE 2- Planilha de retrotradução

Item	Item original	Back-translation A	Back-translation B
01	I feel/felt well prepared for my psychiatric/mental health clinical placement.	I feel/felt well prepared for my psychiatry/mental health clinical internship	I feel/felt well-prepared for my clinical internship in psychiatry/mental health.
02	Psychiatric/mental health nursing makes a positive contribution to people experiencing a mental health problem.	Psychiatric/mental health nursing contributes positively to the treatment of people with mental health problems	Psychiatric/mental health nursing contributes positively to the treatment of people with mental health problems.
03	I am anxious about working with people experiencing a mental health problem.	I am anxious about working with people who have mental health problems.	I am eager to work with people who have mental health problems.
04	I have a good understanding of the role of a psychiatric nurse.	I have a good understanding of the role of the psychiatric nurse.	I have a good understanding of the role of the psychiatric nurse.
05	I am uncertain how to act towards someone with a mental illness.	I have questions about how to act in relation to someone with a mental disorder.	I am unsure about how to interact with people who have mental disorders.
06	I will apply for a Graduate Program in psychiatric/mental health nursing.	I will enroll in a psychiatric/mental health nursing Postgraduate Program.	I will enroll in a postgraduate psychiatric/mental health nursing program.
07	I feel confident in my ability to care for people experiencing a mental health problem.	I feel confident about my ability to care for people with a mental health problem.	I feel confident about my ability to care for people with mental health problems.
08	People with mental illness are unpredictable.	People with mental disorders are unpredictable.	People with mental disorders are unpredictable.
09	Mental illness is not a sign of weakness in a person.	A mental disorder is not a sign of weakness in a person	Having a mental disorder is not a sign of personal weakness.
10	My theoretical component of psychiatric/mental health nursing prepared me well for my clinical placement.	My theoretical classes in psychiatric/mental health nursing prepared me well for the clinical internship.	My theoretical psychiatric/mental health nursing classes have prepared me for a clinical internship.
11	This clinical placement in	The psychiatric/mental health nursing	The clinical internship in psychiatric/mental health

	psychiatric/mental health nursing has provided valuable experience for my nursing practice.	clinical internship provided valuable experience for my nursing practice.	nursing provided valuable experience for my nursing practice.
12	I intend to pursue a career in psychiatric/mental health nursing.	I intend to pursue a career in psychiatric/mental health nursing.	I plan to pursue a career in psychiatric/mental health nursing.
13	If I developed a mental illness I wouldn't tell people unless I had to.	If I developed a mental disorder, I would not tell people, unless I had to.	If I developed a mental disorder, I would not tell anyone unless I had to.
14	My course has prepared me to work as a graduate nurse in a <u>medical-surgical</u> graduate program.	My course has prepared me to work as a nurse in a medical-surgical nursing postgraduate program.	My course has prepared me to work as a nurse in a postgraduate medical-surgical nursing program.
15	My course has prepared me to work as a graduate nurse in a <u>paediatric</u> graduate program.	My course has prepared me to work as a nurse in a pediatrics postgraduate program.	My course has prepared me to work as a nurse in a postgraduate pediatrics program.
16	My course has prepared me to work as a graduate nurse in a <u>psychiatric/mental health</u> graduate program.	My course has prepared me to work as a nurse in a psychiatry/mental health postgraduate program.	My course has prepared me to work as a nurse in a postgraduate psychiatric/mental health program.
17	My course has prepared me to work as a graduate nurse in an <u>aged care</u> graduate program.	My course has prepared me to work as a nurse in an elderly care postgraduate program.	My course has prepared me to work as a nurse in a postgraduate elderly care program.
18	Someone I know has experienced a mental health problem.	Someone I know has experienced a mental health problem.	Someone I know has had a mental health problem.
19	When a person develops a mental illness it is not their fault.	When a person develops a mental disorder, it is not his/her fault.	When a person develops a mental health disorder, it is not his fault.
20	Mental health services provide valuable assistance to people experiencing a mental health problem.	Mental health services provide valuable care to people who experience mental health problems.	Mental health services offer valuable assistance to people who are experiencing mental health problems.
21	People with mental illness can't handle too much responsibility.	People with mental disorders are not capable to having many responsibilities.	People with mental disorders are incapable of having many responsibilities.

22	I felt/feel safe during this psychiatric/mental health placement.	I felt/feel safe during this psychiatry/mental health clinical internship.	I felt/feel confident [or: safe] during my clinical psychiatric/mental health internship.
23	The way people with mental illness feel can be affected by other people's attitudes towards them.	The way people with mental illness feel might be affected by the attitudes of other people towards them.	The way people with mental disorders feel can be affected by the attitudes of others towards them.
24	People with mental illness are more likely to commit offences or crimes.	People with mental disorders are more likely to commit offenses or crimes.	People with mental disorders are more likely to commit crimes.
25	I was encouraged by nursing staff to consider psychiatric/mental health nursing as a career.	I was encouraged by the nursing team to consider psychiatric/mental health nursing as a career.	I was encouraged by the nursing team to consider psychiatric/mental health nursing as a career.
26	I was well oriented to my placement.	I was well supervised in my clinical internship.	I was well-supervised during my clinical internship.
27	I felt supported by nursing staff during my clinical placement.	I felt welcomed by the nursing team during my clinical internship.	I felt welcomed by the nursing team during my clinical internship.
28	My clinical placement was long enough to consolidate my understanding of psychiatric/mental health nursing.	My clinical internship was long enough to consolidate my knowledge of psychiatric/mental health nursing.	My clinical internship was long enough to consolidate my knowledge of psychiatric/mental health nursing.
29	Nursing staff were too busy to provide me with proper support.	The nursing team was too busy to give me adequate support.	The nursing team was too busy to offer me adequate support.
30	I felt better supported in this clinical placement than I have on other clinical placements.	I felt more welcomed in this clinical internship than I felt in other internships.	I felt more welcomed in this clinical internship than I have been in other internships.
31	I felt supported by my clinical teacher/preceptor.	I felt welcomed by my clinical supervisor/teacher.	I felt welcomed by my clinical supervisor/professor.
32	I was encouraged to become involved with patients care whilst on placement.	I was encouraged to get involved in the patient care during the clinical internship.	I was encouraged to get involved with patient care during the clinical internship.
33	Nursing staff were welcoming of students	The nursing team was welcoming with the	The nursing team was welcoming toward clinical

	on placement.	students in the clinical internship.	interns.
34	Nursing staff were prepared for my arrival.	The nursing team was prepared to receive me.	The nursing team was prepared to receive me.
35	Nursing staff were familiar with the learning objectives of my course.	The nursing team was familiar with the learning aims of my course.	The nursing team was familiarized with the learning objectives of my course.
36	I enjoyed my psychiatric/mental health placement.	I enjoyed my psychiatry/mental health internship.	I enjoyed my psychiatric/mental health internship.
37	The nursing staff demonstrated a high level of clinical skill.	The nursing team showed a high level of clinical skills.	The nursing team demonstrated a high level of clinical skill.
38	The nursing staff treated patients with respect and dignity.	The nursing team treated the patients with respect and dignity.	The nursing team treated patients with respect and dignity.
39	The nursing staff were responsive to my requests for clarification or assistance.	The nursing team was responsive to my requests for clarification or help.	The nursing team was sensitive to my requests for clarification or help.

APÊNDICE 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TITULO DA PESQUISA:

ESTUDO DE VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO “NURSING STUDENTS’ ATTITUDES TOWARD MENTAL HEALTH NURSING AND CONSUMERS”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa **“ESTUDO DE VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO “NURSING STUDENTS’ ATTITUDES TOWARD MENTAL HEALTH NURSING AND CONSUMERS”**

realizada no Centro de Ciências da Saúde-UEL. O objetivo da pesquisa é validar uma escala de atitudes frente à saúde mental, pelo estudante de enfermagem, importante para melhoria do ensino de saúde mental no Brasil.

A sua participação é muito importante e ela se daria através da resposta aos dois questionários propostos, no primeiro dia da disciplina e no último dia da disciplina. Ao término da pesquisa, os questionários serão recolhidos pelo pesquisador e armazenados em local protegido e usados apenas para os dados da pesquisa, não apresentando dados que possam identificá-lo posteriormente.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo o senhor: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios esperados são a melhoria do ensino de saúde mental na graduação em Enfermagem, visando também, melhorar de forma indireta, a atuação profissional do enfermeiro. Informamos que o senhor não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode me contactar. Sou o prof. Marcos Hirata Soares, situo-me na av. Robert Koch, 60, CCS-

Departamento de Enfermagem, Vila Operária, telefone de contato: 3371 2249, celular 043 8826-8060 ou procure o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60, ou no telefone 3371 – 2490.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

_____, ____ de _____ de 201__.

Pesquisador Responsável

RG: _____

(**nome por extenso do sujeito de pesquisa**), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

APÊNDICE 4 – VERSÃO PRÉ-FINAL DO INSTRUMENTO PARA APLICAÇÃO INICIAL

NURSING STUDENTS' ATTITUDES TOWARD MENTAL HEALTH NURSING AND CONSUMERS

PARTE 1

Nome _____ (usado apenas para fins de pesquisa)

Idade sexo:

Esta escala tem como objetivo ser um instrumento de pesquisa para avaliar a contribuição da disciplina/módulo de Enfermagem Psiquiátrica/Saúde mental em sua formação acadêmica, na sua atitude em relação à pessoa com transtorno mental e sua atuação profissional. Não existe resposta certa ou errada. Por favor, responda sinceramente e para cada uma das sentenças, indique o quanto você concorda ou discorda, circulando o número correspondente: **1 = Discordo totalmente** **7= Concordo totalmente**. Quanto maior o número, maior a concordância e quanto menor o número, menor a concordância com a sentença.

	<i>Discordo totalmente</i>				<i>Concordo totalmente</i>		
1-Eu me sinto bem preparado para meu estágio clínico em psiquiatria/saúde mental	1	2	3	4	5	6	7
2-A Enfermagem Psiquiátrica/saúde mental traz uma contribuição positiva para pessoas que vivenciam um problema de saúde mental	1	2	3	4	5	6	7
3-Eu estou ansioso quanto ao trabalho com pessoas que vivenciam um problema de saúde mental.	1	2	3	4	5	6	7
4-Eu tenho boa compreensão do papel do enfermeiro psiquiátrico.	1	2	3	4	5	6	7
5-Tenho dúvidas sobre como agir em relação à alguém com transtorno mental.	1	2	3	4	5	6	7
6-Eu vou fazer a Pós-graduação em enfermagem psiquiátrica/saúde mental.	1	2	3	4	5	6	7
7-Eu me sinto confiante quanto a minha habilidade de cuidar de pessoas que vivenciam um problema de saúde mental.	1	2	3	4	5	6	7
8-Pessoas com transtornos mentais são imprevisíveis.	1	2	3	4	5	6	7

9-Transtorno mental não é sinal de fraqueza em uma pessoa	1	2	3	4	5	6	7
10-As aulas teóricas de enfermagem psiquiátrica/saúde mental irão me preparar/ me prepararam bem para o estágio clínico.	1	2	3	4	5	6	7
11-O estágio clínico em Enfermagem Psiquiátrica/Saúde Mental irá me proporcionar uma experiência valiosa para a minha prática em enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7
12-Eu pretendo seguir uma carreira em enfermagem psiquiátrica/saúde mental.	1	2	3	4	5	6	7
13-Se eu desenvolvesse um transtorno mental, eu não contaria às pessoas, a não ser que tivesse que fazê-lo.	1	2	3	4	5	6	7
18-Alguém que conheço vivenciou um problema de saúde mental.	1	2	3	4	5	6	7
19-Quando uma pessoa desenvolve um transtorno mental, não é culpa dela.	1	2	3	4	5	6	7
20-Serviços de saúde mental oferecem assistência valiosa a pessoas que vivenciam problemas de saúde mental.	1	2	3	4	5	6	7
21-Pessoas com transtorno mental não conseguem lidar com muitas responsabilidades.	1	2	3	4	5	6	7
22-Eu me sinto seguro para este estágio clínico de psiquiatria/saúde mental.	1	2	3	4	5	6	7
23-O modo como as pessoas com transtorno mental se sentem pode ser afetado pelas atitudes das outras pessoas em relação a elas.	1	2	3	4	5	6	7
24-Pessoas com transtorno mental são mais propensas a cometer delitos ou crimes.	1	2	3	4	5	6	7

APÊNDICE 5 – VERSÃO PRÉ-FINAL DO INSTRUMENTO PARA APLICAÇÃO NO ÚLTIMO DIA CURSADO DA DISCIPLINA DE SAÚDE MENTAL

NURSING STUDENTS' ATTITUDES TOWARD MENTAL HEALTH NURSING AND CONSUMERS
PARTE 2

Nome _____ (usado apenas para fins de pesquisa)

Idade sexo:

Este instrumento tem como objetivo ser um instrumento de pesquisa para avaliar a contribuição da disciplina/módulo de Enfermagem Psiquiátrica/Saúde mental em sua formação acadêmica, na sua atitude em relação à pessoa com transtorno mental e sua atuação profissional. Não existe resposta certa ou errada.

Devo lembrar que este procedimento trata-se de uma pesquisa e não implicará em nada na sua avaliação formal Da disciplina/ módulo de saúde mental.

Por favor, responda sinceramente e para cada uma das sentenças, indique o quanto você concorda ou discorda, circulando o número correspondente: **1** = **Discordo totalmente** **7= Concordo totalmente.**

Quanto maior o número, maior a concordância e quanto menor o número, menor a concordância com a sentença.

	<i>Discordo totalmente</i>				<i>Concordo totalmente</i>		
1-Eu me senti bem preparado para meu estágio clínico em psiquiatria/saúde mental	1	2	3	4	5	6	7
2-A Enfermagem Psiquiátrica/saúde mental traz uma contribuição positiva para pessoas que vivenciam um problema de saúde mental	1	2	3	4	5	6	7
3-Estou ansioso quanto ao trabalho com pessoas que vivenciam um problema de saúde mental.	1	2	3	4	5	6	7
4-Eu tenho boa compreensão do papel do enfermeiro psiquiátrico.	1	2	3	4	5	6	7
5-Tenho dúvidas sobre como agir em relação à alguém com transtorno mental.	1	2	3	4	5	6	7
6-Eu vou fazer a Pós-graduação em enfermagem psiquiátrica/saúde mental.	1	2	3	4	5	6	7

7-Eu me sinto confiante quanto a minha habilidade de cuidar de pessoas que vivenciam um problema de saúde mental.	1	2	3	4	5	6	7
8-Pessoas com transtornos mentais são imprevisíveis.	1	2	3	4	5	6	7
9-Transtorno mental não é sinal de fraqueza em uma pessoa	1	2	3	4	5	6	7
10-As aulas teóricas de enfermagem psiquiátrica/saúde mental me prepararam bem para o estágio clínico.	1	2	3	4	5	6	7
11-O estágio clínico em Enfermagem Psiquiátrica/Saúde Mental me proporcionou uma experiência valiosa para a minha prática em enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7
12-Eu pretendo seguir uma carreira em enfermagem psiquiátrica/saúde mental.	1	2	3	4	5	6	7
13-Se eu desenvolvesse um transtorno mental, eu não contaria às pessoas, a não ser que tivesse que fazê-lo.	1	2	3	4	5	6	7
18-Alguém que conheço vivenciou um problema de saúde mental.	1	2	3	4	5	6	7
19-Quando uma pessoa desenvolve um transtorno mental, não é culpa dela.	1	2	3	4	5	6	7
20-Serviços de saúde mental oferecem assistência valiosa a pessoas que vivenciam problemas de saúde mental.	1	2	3	4	5	6	7
21-Pessoas com transtorno mental não conseguem lidar com muitas responsabilidades.	1	2	3	4	5	6	7
22-Eu me senti seguro durante este estágio clínico de psiquiatria/saúde mental.	1	2	3	4	5	6	7
23-O modo como as pessoas com transtorno mental se sentem pode ser afetado pelas atitudes das outras pessoas em relação a elas.	1	2	3	4	5	6	7
24-Pessoas com transtorno mental são mais propensas a cometer delitos ou crimes.	1	2	3	4	5	6	7
25-Eu fui encorajado pela equipe de enfermagem a considerar a enfermagem psiquiátrica/saúde mental como uma carreira.	1	2	3	4	5	6	7
26-Eu fui bem supervisionado em meu estágio clínico.	1	2	3	4	5	6	7

27-Eu me senti acolhido pela equipe de enfermagem durante meu estágio clínico.	1	2	3	4	5	6	7
28-Meu estágio clínico foi longo o suficiente para consolidar meu conhecimento de enfermagem psiquiátrica/saúde mental.	1	2	3	4	5	6	7
29-A equipe de enfermagem estava muito ocupada para me oferecer apoio adequado.	1	2	3	4	5	6	7
30-Eu me senti mais acolhido neste estágio clínico do que me senti em outros estágios.	1	2	3	4	5	6	7
31-Eu me senti acolhido por meu supervisor clínico/professor.	1	2	3	4	5	6	7
32-Fui encorajado a me envolver no cuidado aos pacientes durante o estágio clínico.	1	2	3	4	5	6	7
33-A equipe de enfermagem foi acolhedora com os alunos no estágio clínico.	1	2	3	4	5	6	7
34-A equipe de enfermagem estava preparada para me receber.	1	2	3	4	5	6	7
35-A equipe de enfermagem estava familiarizada com os objetivos de aprendizagem do meu curso.	1	2	3	4	5	6	7
36-Eu gostei do meu estágio em psiquiatria/saúde mental.	1	2	3	4	5	6	7
37-A equipe de enfermagem demonstrou um alto nível de habilidades clínicas.	1	2	3	4	5	6	7
38-A equipe de enfermagem tratou os pacientes com respeito e dignidade.	1	2	3	4	5	6	7
39-A equipe de enfermagem foi sensível aos meus pedidos de esclarecimento ou ajuda.	1	2	3	4	5	6	7

APÊNDICE 6–PLANILHA DE ORIENTAÇÃO PARA ANÁLISE DO JUIZ

ADAPTAÇÃO CULTURAL DO INSTRUMENTO

ETAPA DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Nome do Juiz: _____ Anos de experiência docente na
área de Saúde Mental: _____ Linha de pesquisa: _____

INSTRUÇÕES

Você está recebendo este material, porque foi indicado pela sua expertise e capacidade de contribuição com este tema. O material que está recebendo contém o instrumento, alvo de estudo, uma planilha com as 3 traduções e a versão síntese das traduções, e as duas retrotraduções, feitas por bilíngues. Este processo faz parte do estudo de validação do instrumento **“NURSING STUDENTS’ ATTITUDES TOWARD MENTAL HEALTH NURSING AND CONSUMERS”**, cujo objetivo é avaliar o aprendizado e a motivação pela carreira de Enfermagem Psiquiátrica/saúde mental. Sendo assim, pode se tornar um instrumento importante para se aprimorar o ensino e a aprendizagem nesta área. A escala é aplicada em dois momentos, sendo o primeiro momento no início da disciplina e o outro, ao fim do estágio/disciplina de Enfermagem psiquiátrica. Por este motivo, há “dois” instrumentos, onde há diferenças quanto ao tempo verbal em alguns itens e em relação aos itens 25 a 39, que são aplicados somente ao fim do estágio.

Nesta etapa, você deve fazer uma avaliação dos itens, para que possamos aprovar/reprovar por consenso os itens que se fizerem necessários, bem como encaminhar sugestões de reformulação para os mesmos. Muito obrigado por sua colaboração.

FATORES QUE COMPÕEM A ESCALA:. Abaixo se apresentam as dimensões da escala, bem como seus itens componentes.

- Capacitação para o campo de saúde mental. Compreende as sentenças 1, 4, 7 e 10. Alto escore representa um grande senso de capacitação.
- Conhecimento sobre saúde mental. Compreende as sentenças 9, 18, 19 e 23. Alto escore representa uma atitude mais informada.
- Estereótipos negativos. Compreende as sentenças 8, 21 e 24. Baixo escore indica crenças menos estereotipadas.

- Carreira futura. Compreende as sentenças 6 e 12. Alto escore representa um grande desejo de buscar uma carreira na enfermagem de saúde mental.
- Eficácia do curso. Compreende as sentenças 14 até 17. Alto escore representa o grau no qual os cursos universitários de Enfermagem têm preparado os estudantes para as diversas áreas de atuação da enfermagem.
- Ansiedade em relação ao transtorno mental, compreende os itens 3 e 5 (ambos com escore revertido) e o item 22 (alto escore representa baixos níveis de ansiedade).
- Contribuições valiosas. Compreende os itens 2, 11 e 20. Alto escore representa uma forte crença que enfermeiras psiquiátricas prestam um valioso serviço aos usuários, à comunidade e aos estudantes das carreiras de enfermagem.
- Impacto do estágio clínico: Compreende os itens de 25 a 39. Altos escores indicam maior disponibilidade da equipe para os estudantes nos locais de estágio e um alto nível percebido de habilidades clínicas na equipe envolvida com os estudantes.

PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO

Os seguintes parâmetros abaixo devem ser usados para avaliação de cada item da escala. Após análise individual, será aberto um debate entre o grupo para a sua reformulação/exclusão, caso seja necessário.

Clareza de linguagem: Considera a linguagem utilizada nos itens, tendo em vista as características da população correspondente.

Pertinência prática: Considera se cada item foi elaborado de forma a avaliar o conceito de interesse em uma determinada população. Analisa se de fato cada item possui importância para o instrumento.

Relevância teórica: Considera o grau de associação entre o item e a teoria. Visa analisar se o item está relacionado com o construto ao qual pertence.

Dimensão teórica: investiga a adequação de cada item à teoria estudada. A qual dos fatores o item pertence? Está de acordo com a composição original do instrumento? (A composição dos fatores está na página anterior).

APÊNDICE 7- INSTRUMENTO PROPOSTO PELO AUTOR, VALIDADO PELA AFC

NURSING STUDENTS' ATTITUDES TOWARD MENTAL HEALTH NURSING AND CONSUMERS¹¹

Nome _____ Idade _____ sexo: _____

Este instrumento tem como objetivo ser um instrumento de pesquisa para avaliar a contribuição da disciplina/módulo de Enfermagem Psiquiátrica/Saúde mental em sua formação acadêmica, na sua atitude em relação à pessoa com transtorno mental e sua atuação profissional. Este questionário pode ser aplicado ao início e ao final da disciplina/módulo de saúde mental, ou somente ao término e não possui qualquer relação ou interferência em sua avaliação formal.

Não existe resposta certa ou errada. Por favor, responda sinceramente e para cada uma das sentenças, indique o quanto você concorda ou discorda, circulando o número correspondente: **1 = Discordo totalmente** **7= Concordo totalmente.**

	Discordo totalmente					Concordo totalmente	
1--Eu me senti bem preparado para meu estágio clínico em psiquiatria/saúde mental	1	2	3	4	5	6	7
2-A Enfermagem Psiquiátrica/saúde mental traz uma contribuição positiva para pessoas que vivenciam um problema de saúde mental	1	2	3	4	5	6	7
4-Eu tenho boa compreensão do papel do enfermeiro psiquiátrico.	1	2	3	4	5	6	7
6-Eu vou fazer a Pós-graduação em enfermagem psiquiátrica/saúde mental.	1	2	3	4	5	6	7
7-Eu me sinto confiante quanto a minha habilidade de cuidar de pessoas que vivenciam um problema de saúde mental.	1	2	3	4	5	6	7
10-As aulas teóricas de enfermagem psiquiátrica/saúde mental me prepararam bem para o estágio clínico.	1	2	3	4	5	6	7

¹¹ Projeto financiado pela Chamada Pública nº 13/2014 - Programa de Apoio a Capacitação Docente das Instituições Públicas de Ensino Superior do Paraná – Doutorado (Acordo CAPES/Fundação Araucária, convênio 800/2014).

11-O estágio clínico em Enfermagem Psiquiátrica/Saúde Mental me proporcionou uma experiência valiosa para a minha prática em enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7
12-Eu pretendo seguir uma carreira em enfermagem psiquiátrica/saúde mental.	1	2	3	4	5	6	7
20- Serviços de saúde mental oferecem assistência valiosa a pessoas que vivenciam problemas de saúde mental.	1	2	3	4	5	6	7
22-Eu me senti seguro durante este estágio clínico de psiquiatria/saúde mental.	1	2	3	4	5	6	7
26-Eu fui bem supervisionado em meu estágio clínico.	1	2	3	4	5	6	7
27-Eu me senti acolhido pela equipe de enfermagem durante meu estágio clínico.	1	2	3	4	5	6	7
28-Meu estágio clínico foi longo o suficiente para consolidar meu conhecimento de enfermagem psiquiátrica/saúde mental.	1	2	3	4	5	6	7
31-Eu me senti acolhido por meu supervisor clínico/professor.	1	2	3	4	5	6	7
32-Fui encorajado a me envolver no cuidado aos pacientes durante o estágio clínico.	1	2	3	4	5	6	7
33-A equipe de enfermagem foi acolhedora com os alunos no estágio clínico.	1	2	3	4	5	6	7
34-A equipe de enfermagem estava preparada para me receber.	1	2	3	4	5	6	7
35-A equipe de enfermagem estava familiarizada com os objetivos de aprendizagem do meu curso.	1	2	3	4	5	6	7
36-Eu gostei do meu estágio em psiquiatria/saúde mental.	1	2	3	4	5	6	7
37-A equipe de enfermagem demonstrou um alto nível de habilidades clínicas.	1	2	3	4	5	6	7
38-A equipe de enfermagem tratou os pacientes com respeito e dignidade	1	2	3	4	5	6	7
39-A equipe de enfermagem foi sensível aos meus pedidos de esclarecimento ou ajuda.	1	2	3	4	5	6	7

APÊNDICE 8- INSTRUMENTO PROPOSTO PELO AUTOR, VALIDADO PELA AFC, PARA APLICAÇÃO NO INÍCIO DA DISCIPLINA (OPCIONAL)

NURSING STUDENTS' ATTITUDES TOWARD MENTAL HEALTH NURSING AND CONSUMERS¹²

Nome _____ Idade _____ sexo: _____

Este instrumento tem como objetivo ser um instrumento de pesquisa para avaliar a contribuição da disciplina/módulo de Enfermagem Psiquiátrica/Saúde mental em sua formação acadêmica, na sua atitude em relação à pessoa com transtorno mental e sua atuação profissional. Este questionário pode ser aplicado ao início e ao final da disciplina/módulo de saúde mental, ou somente ao término e não possui qualquer relação ou interferência em sua avaliação formal.

Não existe resposta certa ou errada. Por favor, responda sinceramente e para cada uma das sentenças, indique o quanto você concorda ou discorda, circulando o número correspondente: **1 = Discordo totalmente** **7= Concordo totalmente.**

	Discordo totalmente					Concordo totalmente	
2-A Enfermagem Psiquiátrica/saúde mental traz uma contribuição positiva para pessoas que vivenciam um problema de saúde mental	1	2	3	4	5	6	7
6-Eu vou fazer a Pós-graduação em enfermagem psiquiátrica/saúde mental.	1	2	3	4	5	6	7
11-O estágio clínico em Enfermagem Psiquiátrica/Saúde Mental me proporcionou uma experiência valiosa para a minha prática em enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7
12-Eu pretendo seguir uma carreira em enfermagem psiquiátrica/saúde mental.	1	2	3	4	5	6	7
20- Serviços de saúde mental oferecem assistência valiosa a pessoas que vivenciam problemas de saúde mental.	1	2	3	4	5	6	7

¹² Projeto financiado pela Chamada Pública nº 13/2014 - Programa de Apoio a Capacitação Docente das Instituições Públicas de Ensino Superior do Paraná – Doutorado (Acordo CAPES/Fundação Araucária, convênio 800/2014).

APÊNDICE 9 – COMPROVANTE DE ACEITE DE PUBLICAÇÃO DA ADAPTAÇÃO CULTURAL DO INSTRUMENTO, COMO RESULTADO PARCIAL DO ESTUDO

Marcos Hirata Soares

De: REBEn - Assistente Editorial [assisteditorial.reben@abennacional.org.br]
Enviado em: terça-feira, 17 de março de 2015 17:10
Para: Marcos Hirata Soares
Cc: Margarita Antonia Villar Luís; Andréia Gonçalves Pestana Hirata
Assunto: Revista Brasileira de Enfermagem - Envio de manuscrito para conferência
Anexos: Adaptação cultural do instrumento "Nursing Students' Attitudes Toward Mental Health Nursing and Consumers" no Brasil.pdf

Prezado autor Marcos Hirata Soares,

Estamos finalizando a editoração do manuscrito "**Adaptação cultural do instrumento "Nursing Students' Attitudes Toward Mental Health Nursing and Consumers" no Brasil**", para publicação na **REBEn vol.68, nº 02, de 2015**. Para tanto, solicitamos que confira, no arquivo anexo a esta mensagem, o **nome completo** (inclusive a grafia), ordem de autoria e vinculação institucional de todos os autores, assim como que reveja o texto do manuscrito e referências, de modo a confirmar se está tudo correto.

É comum que os autores, no processo de atendimento às solicitações dos revisores, removam referências ou troquem citações de lugar, em virtude de alterações no texto. Isso implica em reordenação das referências, o **que** nem sempre é checado no envio da versão final.

Solicitamos, também, atenção para trechos grifados/destacados no manuscrito em anexo (se houver), para verificação da grafia, concordância e elementos das citações/ referências bibliográficas, conforme indicado.

Esclarecemos que esta etapa de refinamento e conferência tem o objetivo de possibilitar correções que porventura ainda sejam necessárias. Alertamos que não é permitida a inclusão de novos autores, de novas referências, ou de mudanças no título do manuscrito, exceto quando isto representar correção de equívocos ocorridos no processo de editoração.

A conferência deverá ser realizada pelos autores, com indicação de alterações, exclusivamente, pelo autor correspondente. Esse processo será realizado apenas uma única vez. Em conformidade com a política editorial da REBEn, para autores vinculados a Programa de Pós-Graduação do qual derivou o manuscrito que tenha sido resultante de defesa de dissertação/tese, a vinculação indicada será a Instituição de Pós-Graduação.

Aguardaremos resposta a esta mensagem até o dia 20/03/2015. Em caso de ausência de manifestação nesse prazo, nos reservamos o direito de entender que não há correções a fazer e, portanto, solicitações posteriores de errata serão desconsideradas.

APÊNDICE 10 - Matriz de 9 Componentes Principais Extraídos, SP-PR, 2013-2014.¹³

Matriz de 9 Componentes Principais Extraídos									
	Componentes								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Q34	,727	-,525							
Q27	,710	-,475							
Q33	,710	-,530							
Q39	,694	-,478							
Q37	,688	-,441							
Q35	,671	-,451							
Q36	,654								
Q32	,651								
Q10B	,649								
Q26	,605								
Q31	,600								
Q22B	,590								
Q2B	,577								
Q30	,564								
Q4B	,558								
Q38	,545	-,500							
Q7B	,518								
Q1B	,517								
Q11B	,491		-,430						
Q25	,489								
Q20B	,447		-,421						
Q21B			,529						
Q24B			,519	,516					
Q29									
Q23B									
Q12B		,451		-,574					
Q6B		,487		-,545					
Q19B				,416					
Q9B				,405					
Q13B						,536			,504

¹³ Método de Extração: Análise dos Componentes Principais

Q8B	,437
Q28	
Q18B	,427
Q5B	
Q3B	

APÊNDICE 11. Variância Total Explicada para 9 componentes, SP-PR, 2013-2014.

Componente	Auto valores Iniciais			Somadas das cargas extraídas ao quadrado		
	Total	% da Variância	% Acumulada	Total	% da Variância	% Acumulada
1	8,547	24,420	24,420	8,547	24,420	24,420
2	3,309	9,453	33,873	3,309	9,453	33,873
3	2,339	6,683	40,556	2,339	6,683	40,556
4	1,994	5,698	46,254	1,994	5,698	46,254
5	1,574	4,496	50,750	1,574	4,496	50,750
6	1,302	3,720	54,470	1,302	3,720	54,470
7	1,138	3,253	57,723	1,138	3,253	57,723
8	1,116	3,189	60,912	1,116	3,189	60,912
9	1,045	2,986	63,898	1,045	2,986	63,898
10	,964	2,755	66,652			
11	,874	2,496	69,148			
12	,830	2,370	71,519			
13	,793	2,265	73,783			
14	,769	2,198	75,981			
15	,735	2,100	78,081			
16	,654	1,868	79,949			
17	,618	1,766	81,715			
18	,597	1,704	83,420			
19	,585	1,670	85,090			
20	,569	1,625	86,715			
21	,521	1,488	88,203			
22	,499	1,425	89,627			
23	,444	1,270	90,897			
24	,421	1,203	92,100			
25	,410	1,170	93,270			

26	,388	1,108	94,378
27	,346	,989	95,367
28	,328	,936	96,303
29	,289	,826	97,129
30	,246	,702	97,831
31	,220	,628	98,459
32	,191	,547	99,006
33	,155	,442	99,448
34	,108	,308	99,756
35	,085	,244	100,000

APÊNDICE 12. Matriz de padrão - 7 Componentes Principais Extraídos, SP-PR, 2013-2014

	Componentes						
	1	2	3	4	5	6	7
Q34	,745	-,511					
Q33	,726	-,515					
Q27	,725	-,453					
Q39	,709	-,459					
Q37	,699	-,433					
Q35	,683	-,442					
Q32	,652						
Q36	,643						
Q10B	,642						
Q31	,606					-,477	
Q26	,603					-,484	
Q2B	,582						
Q22B	,579						
Q38	,562	-,496					
Q30	,560						
Q4B	,552						
Q1B	,505						
Q7B	,500						
Q11B	,486	,416					
Q20B	,461		-,412				
Q21B			,526	,443			

Q23B			
Q24B		,471	,602
Q12B	,434	,415	-,547
Q6B	,465	,418	-,525
Q9B			,426
Q28			
Q8B			-,519
Q19B			

APÊNDICE 13. Variância Total Explicada de 7 Componentes Principais Extraídos, SP-PR, 2013-2014

Componente	Autovalores Iniciais			Soma das cargas extraídas ao quadrado		
	Total	% de Variância	% Acumulada	Total	% de Variância	% Acumulada
1	8,149	28,102	28,102	8,149	28,102	28,102
2	3,187	10,990	39,091	3,187	10,990	39,091
3	2,220	7,655	46,746	2,220	7,655	46,746
4	1,832	6,319	53,065	1,832	6,319	53,065
5	1,474	5,083	58,148	1,474	5,083	58,148
6	1,181	4,073	62,221	1,181	4,073	62,221
7	1,116	3,849	66,070	1,116	3,849	66,070
8	,873	3,010	69,080			
9	,796	2,744	71,825			
10	,765	2,638	74,463			
11	,681	2,347	76,810			
12	,653	2,252	79,062			
13	,624	2,151	81,214			
14	,606	2,090	83,304			
15	,556	1,917	85,221			
16	,508	1,751	86,973			
17	,478	1,649	88,621			
18	,432	1,490	90,111			
19	,425	1,466	91,576			
20	,396	1,364	92,941			
21	,359	1,237	94,178			
22	,350	1,209	95,387			

23	,299	1,032	96,419
24	,250	,862	97,280
25	,227	,783	98,064
26	,202	,696	98,760
27	,160	,551	99,311
28	,114	,392	99,703
29	,086	,297	100,000

APÊNDICE 14. Variância Total Explicada de 5 Componentes Principais Extraídos na versão com 23 itens, SP-PR, 2013-2014

Componente	Valores próprios iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas rotativas de carregamentos ao quadrado ^a
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa	Total
1	7,954	34,584	34,584	7,954	34,584	34,584	6,345
2	3,054	13,277	47,862	3,054	13,277	47,862	2,489
3	1,877	8,160	56,022	1,877	8,160	56,022	2,636
4	1,487	6,463	62,485	1,487	6,463	62,485	4,666
5	1,109	4,823	67,308	1,109	4,823	67,308	4,769
6	,814	3,540	70,848				
7	,773	3,360	74,209				
8	,699	3,039	77,248				
9	,637	2,768	80,016				
10	,581	2,524	82,540				
11	,489	2,127	84,667				
12	,486	2,111	86,778				
13	,451	1,962	88,740				
14	,420	1,825	90,565				
15	,403	1,750	92,316				
16	,382	1,663	93,978				
17	,314	1,366	95,344				
18	,267	1,163	96,507				

19	,234	1,019	97,526
20	,205	,891	98,417
21	,161	,702	99,118
22	,115	,499	99,617
23	,088	,383	100,000

Método de extração: análise do componente principal.

a. Quando os componentes são correlacionados, as somas de carregamentos ao quadrado não podem ser adicionadas para se obter uma variância total.

APÊNDICE 15. Matriz de padrão - 5 Componentes Principais Extraídos, SP-PR, 2013-2014

Matriz de padrão^a					
	Componente				
	1	2	3	4	5
Q33	,894				
Q34	,891				
Q37	,839				
Q39	,835				
Q38	,827				
Q27	,822				
Q35	,772				
Q11B		,682			
Q2B		,664			
Q20B		,608			
Q28		-,496		,466	
Q12B			,926		
Q6B			,913		
Q30			,428		-,405
Q1B				,783	
Q7B				,765	
Q22B				,653	
Q4B				,637	
Q10B				,624	
Q31					-,914
Q26					-,879
Q32					-,581
Q36					-,461

Método de extração: Análise do Componente principal.

Método de rotação: Oblimin com normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 12 iterações.

APÊNDICE 16. Matriz de correlações inter-item, SP-PR, 2013-2014

Inter-Item Correlation Matrix														
	Q1	Q2	Q4	Q6	Q72	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q19	Q20	Q21	Q22
Q1	1,000	,270	,396	,228	,478	,150	,152	,498	,234	,209	,013	,124	,184	,507
Q2	,270	1,000	,428	,113	,228	,031	,116	,382	,551	,124	,117	,458	,004	,282
Q4	,396	,428	1,000	,207	,475	,092	,083	,477	,371	,181	-,006	,182	,059	,364
Q62	,228	,113	,207	1,000	,360	,141	,087	,207	,173	,906	-,064	,056	,188	,275
Q7	,478	,228	,475	,360	1,000	,073	,070	,449	,277	,338	-,050	,116	,115	,534
Q8	,150	,031	,092	,141	,073	1,000	,035	,090	,100	,151	-,031	-,089	,324	,090
Q9	,152	,116	,083	,087	,070	,035	1,000	,154	,127	,039	,178	,154	,256	,164
Q10	,498	,382	,477	,207	,449	,090	,154	1,000	,393	,188	,016	,235	,167	,460
Q11	,234	,209	,371	,173	,277	,100	,127	,393	1,000	,187	,142	,365	,037	,264
Q12	,209	,124	,181	,906	,338	,151	,039	,188	,187	1,000	-,071	,077	,179	,287
Q19	,013	,117	-,006	-,064	-,050	-,031	,178	,016	,142	-,071	1,000	,274	,075	,060
Q20	,124	,458	,182	,056	,116	-,089	,154	,235	,365	,077	,274	1,000	,028	,208
Q21	,184	,004	,059	,188	,115	,324	,256	,167	,037	,179	,075	,028	1,000	,253
Q22	,507	,282	,364	,275	,534	,090	,164	,460	,264	,287	,060	,208	,253	1,000
Q23	,107	,293	,229	,099	,170	,049	,226	,217	,487	,101	,188	,277	,058	,207
Q24	,232	,032	,121	,023	,143	,291	,263	,168	,020	,032	,071	-,089	,507	,184
Q26	,247	,368	,385	,156	,244	,076	,107	,422	,354	,138	,116	,267	,105	,309
Q27	,243	,358	,216	,064	,161	,001	,078	,351	,168	,089	,062	,341	,100	,258
Q28	,214	,043	,195	-,021	,199	,015	,074	,267	-,064	-,020	,075	,025	,138	,165
Q30	,249	,239	,187	,338	,314	,019	,107	,312	,228	,361	-,004	,179	,096	,312
Q31	,250	,386	,338	,113	,250	,064	,110	,411	,375	,107	,135	,291	,020	,274
Q32	,270	,437	,400	,111	,314	,082	,093	,405	,374	,123	,147	,324	-,040	,347
Q33	,192	,282	,250	,077	,164	,006	,096	,299	,147	,092	,079	,305	,081	,235
Q34	,222	,284	,237	,080	,189	-,006	,096	,330	,135	,105	,058	,287	,083	,280
Q35	,232	,269	,218	,094	,163	-,038	,077	,330	,102	,109	,063	,294	,105	,281
Q36	,328	,436	,350	,375	,330	,118	,124	,399	,480	,397	,074	,274	,128	,463
Q37	,211	,279	,278	,124	,224	,048	,078	,307	,152	,156	,016	,228	,091	,267
Q38	,148	,213	,134	,023	,139	,078	,074	,199	,087	,046	,091	,210	,104	,209
Q39	,210	,314	,285	,049	,197	,061	,019	,300	,176	,086	,074	,266	,038	,262

Inter-Item Correlation Matrix

	Q23	Q24	Q26	Q27	Q28	Q30	Q31	Q32	Q33	Q34	Q35	Q36	Q37	Q38
Q1	,107	,232	,247	,243	,214	,249	,250	,270	,192	,222	,232	,328	,211	,148
Q2	,293	,032	,368	,358	,043	,239	,386	,437	,282	,284	,269	,436	,279	,213
Q4	,229	,121	,385	,216	,195	,187	,338	,400	,250	,237	,218	,350	,278	,134
Q62	,099	,023	,156	,064	-,021	,338	,113	,111	,077	,080	,094	,375	,124	,023
Q7	,170	,143	,244	,161	,199	,314	,250	,314	,164	,189	,163	,330	,224	,139
Q8	,049	,291	,076	,001	,015	,019	,064	,082	,006	-,006	-,038	,118	,048	,078
Q9	,226	,263	,107	,078	,074	,107	,110	,093	,096	,096	,077	,124	,078	,074
Q10	,217	,168	,422	,351	,267	,312	,411	,405	,299	,330	,330	,399	,307	,199
Q11	,487	,020	,354	,168	-,064	,228	,375	,374	,147	,135	,102	,480	,152	,087
Q12	,101	,032	,138	,089	-,020	,361	,107	,123	,082	,105	,109	,397	,156	,046
Q19	,188	,071	,116	,062	,075	-,004	,135	,147	,079	,058	,063	,074	,016	,091
Q20	,277	-,089	,267	,341	,025	,179	,291	,324	,305	,287	,294	,274	,228	,210
Q21	,058	,507	,105	,100	,138	,096	,020	-,040	,081	,083	,105	,128	,091	,104
Q22	,207	,184	,309	,258	,165	,312	,274	,347	,235	,280	,281	,463	,267	,209
Q23	1,000	,057	,226	,070	-,040	,055	,230	,276	,066	,085	,081	,257	,075	,028
Q24	,057	1,000	,030	,078	,184	,031	,019	,039	,077	,080	,069	,031	,062	,062
Q26	,226	,030	1,000	,366	,054	,314	,736	,537	,306	,300	,298	,495	,215	,120
Q27	,070	,078	,366	1,000	,178	,362	,299	,344	,829	,789	,629	,305	,615	,517
Q28	-,040	,184	,094	,178	1,000	,122	,140	,187	,182	,259	,319	,011	,251	,169
Q30	,055	,031	,314	,362	,122	1,000	,388	,350	,393	,389	,356	,438	,362	,191
Q31	,230	,019	,736	,299	,140	,388	1,000	,556	,293	,298	,305	,545	,246	,153
Q32	,276	,039	,537	,344	,187	,350	,556	1,000	,335	,364	,366	,459	,345	,284
Q33	,066	,077	,306	,829	,182	,393	,293	,335	1,000	,861	,673	,273	,656	,562
Q34	,085	,080	,300	,789	,259	,389	,298	,364	,861	1,000	,765	,289	,677	,582
Q35	,081	,069	,298	,629	,319	,356	,305	,366	,673	,765	1,000	,215	,617	,558
Q36	,257	,031	,495	,305	,011	,438	,545	,459	,273	,289	,215	1,000	,335	,189
Q37	,075	,062	,215	,615	,251	,362	,246	,345	,656	,677	,617	,335	1,000	,730
Q38	,028	,062	,120	,517	,169	,191	,153	,284	,562	,582	,558	,189	,730	1,000
Q39	,132	,052	,290	,695	,181	,293	,293	,378	,747	,715	,583	,308	,723	,634

	Q39
Q1	,210
Q2	,314
Q4	,285
Q62	,049
Q7	,197
Q8	,061
Q9	,019
Q10	,300
Q11	,176
Q12	,086
Q19	,074
Q20	,266
Q21	,038
Q22	,262
Q23	,132
Q24	,052
Q26	,290
Q27	,695
Q28	,181
Q30	,293
Q31	,293
Q32	,378
Q33	,747
Q34	,715
Q35	,583
Q36	,308
Q37	,723
Q38	,634
Q39	1,000

ANEXOS

ANEXO I - MENTAL HEALTH NURSING EDUCATION SURVEY

PART 1

SECTION A:

Name _____ (used for matching purposes, not to be published)

For each of the statements below, please indicate the degree to which you agree by CIRCLING the appropriate number: **1 = Strongly Disagree** **7= Strongly Agree**

	Strongly Disagree					Strongly Agree	
1. I feel well prepared for my psychiatric/mental health clinical placement.	1	2	3	4	5	6	7
2. Psychiatric/mental health nursing makes a positive contribution to people experiencing a mental health problem.	1	2	3	4	5	6	7
3. I am anxious about working with people experiencing a mental health problem.	1	2	3	4	5	6	7
4. I have a good understanding of the role of a psychiatric nurse.	1	2	3	4	5	6	7
5. I am uncertain how to act towards someone with a mental illness.	1	2	3	4	5	6	7
6. I will apply for a Graduate Program in psychiatric/mental health nursing.	1	2	3	4	5	6	7
7. I feel confident in my ability to care for people experiencing a mental health problem.	1	2	3	4	5	6	7
8. People with mental illness are unpredictable.	1	2	3	4	5	6	7
9. Mental illness is not a sign of weakness in a person.	1	2	3	4	5	6	7
10. My theoretical component of psychiatric/mental health nursing has prepared me well for my clinical placement.	1	2	3	4	5	6	7

11. This clinical placement in psychiatric/mental health nursing will provide valuable experience for my nursing practice.	1	2	3	4	5	6	7
12. I intend to pursue a career in psychiatric/mental health nursing.	1	2	3	4	5	6	7
13. If I developed a mental illness I wouldn't tell people unless I had to.	1	2	3	4	5	6	7
14. My course has prepared me to work as a graduate nurse in a <u>medical-surgical</u> graduate program.	1	2	3	4	5	6	7
15. My course has prepared me to work as a graduate nurse in a <u>paediatric</u> graduate program.	1	2	3	4	5	6	7
16. My course has prepared me to work as a graduate nurse in a <u>psychiatric/mental health</u> graduate program.	1	2	3	4	5	6	7
17. My course has prepared me to work as a graduate nurse in an <u>aged care</u> graduate program.	1	2	3	4	5	6	7
18. Someone I know has experienced a mental health problem.	1	2	3	4	5	6	7
19. When a person develops a mental illness it is not their fault.	1	2	3	4	5	6	7
20. Mental health services provide valuable assistance to people experiencing a mental health problem.	1	2	3	4	5	6	7
21. People with mental illness can't handle too much responsibility.	1	2	3	4	5	6	7
22. I feel safe about this psychiatric/mental health placement.	1	2	3	4	5	6	7
23. The way people with mental illness feel can be affected by other people's attitudes towards them.	1	2	3	4	5	6	7
24. People with mental illness are more likely to commit offences or crimes.	1	2	3	4	5	6	7

SECTION B:

1.	Gender:	☐ M	☐ F		
2.	Age:	18-29 ☐	30-39 ☐	40-49 ☐	50 or older ☐
3.	This placement is:	☐ Mental Health	☐ Other (please specify)		
4.	I have had a mental health placement before	☐ Yes	☐ No		

Thank you for taking the time to complete this survey.

ANEXO 2- PSYCHIATRIC / MENTAL HEALTH NURSING PART 2

SECTION A:

Name _____ (used for matching purposes, not to be published)

For each of the statements below, please indicate the degree to which you agree by CIRCling the appropriate number: **1 = Strongly Disagree** **7= Strongly Agree**

<div>Strongly</div> <div><i>Disagree</i>Strongly Agree</div>							
1. I felt well prepared for my psychiatric/mental health clinical placement.	1	2	3	4	5	6	7
2. Psychiatric/mental health nursing makes a positive contribution to people experiencing a	1	2	3	4	5	6	7
3. I am anxious about working with people experiencing a mental health problem.	1	2	3	4	5	6	7
4. I have a good understanding of the role of a psychiatric nurse.	1	2	3	4	5	6	7
5. I am uncertain how to act towards someone with a mental illness.	1	2	3	4	5	6	7
6. I will apply for a Graduate Program in psychiatric/mental health nursing.	1	2	3	4	5	6	7

7. I feel confident in my ability to care for people experiencing a mental health problem.	1	2	3	4	5	6	7
8. People with mental illness are unpredictable.	1	2	3	4	5	6	7
9. Mental illness is not a sign of weakness in a person.	1	2	3	4	5	6	7
10. My theoretical component of psychiatric/mental health nursing prepared me well for my clinical placement.	1	2	3	4	5	6	7
11. This clinical placement in psychiatric/mental health nursing has provided valuable	1	2	3	4	5	6	7
12. I intend to pursue a career in psychiatric/mental health nursing.	1	2	3	4	5	6	7
13. If I developed a mental illness I wouldn't tell people unless I had to.	1	2	3	4	5	6	7
14. My course has prepared me to work as a graduate nurse in a <u>medical-surgical</u> graduate program.	1	2	3	4	5	6	7
15. My course has prepared me to work as a graduate nurse in a <u>paediatric</u> graduate	1	2	3	4	5	6	7
16. My course has prepared me to work as a graduate nurse in a <u>psychiatric/mental health</u> graduate program.	1	2	3	4	5	6	7
17. My course has prepared me to work as a graduate nurse in an <u>aged care</u> graduate program.	1	2	3	4	5	6	7
18. Someone I know has experienced a mental health problem.	1	2	3	4	5	6	7
19. When a person develops a mental illness it is not their fault.	1	2	3	4	5	6	7
20. Mental health services provide valuable assistance to people experiencing a mental health problem.	1	2	3	4	5	6	7
21. People with mental illness can't handle too much responsibility.	1	2	3	4	5	6	7
22. I felt safe during this psychiatric/mental health placement.	1	2	3	4	5	6	7

23. The way people with mental illness feel can be affected by other people's attitudes	1	2	3	4	5	6	7
24. People with mental illness are more likely to commit offences or crimes.	1	2	3	4	5	6	7
25. I was encouraged by nursing staff to consider psychiatric/mental health nursing as a career.	1	2	3	4	5	6	7
26. I was well oriented to my placement.	1	2	3	4	5	6	7
27. I felt supported by nursing staff during my clinical placement.	1	2	3	4	5	6	7
28. My clinical placement was long enough to consolidate my understanding of psychiatric/mental health nursing.	1	2	3	4	5	6	7
29. Nursing staff were too busy to provide me with proper support.	1	2	3	4	5	6	7
30. I felt better supported in this clinical placement than I have on other clinical	1	2	3	4	5	6	7
31. I felt supported by my clinical teacher/preceptor.	1	2	3	4	5	6	7
32. I was encouraged to become involved with patients care whilst on placement.	1	2	3	4	5	6	7
33. Nursing staff were welcoming of students on placement.	1	2	3	4	5	6	7
34. Nursing staff were prepared for my arrival.	1	2	3	4	5	6	7
35. Nursing staff were familiar with the learning objectives of my course.	1	2	3	4	5	6	7
36. I enjoyed my psychiatric/mental health placement.	1	2	3	4	5	6	7
37. The nursing staff demonstrated a high level of clinical skill.	1	2	3	4	5	6	7
38. The nursing staff treated patients with respect and dignity.	1	2	3	4	5	6	7
39. The nursing staff were responsive to my requests for clarification or assistance.	1	2	3	4	5	6	7

SECTION B:

1.	Gender:	☐ M	☐ F		
2.	Age:	18-29 ☐	30-39 ☐	40-49 ☐	
		50 or older ☐			
3.	This placement is:	☐ Mental Health		☐ Other (please specify clinical area)	
4.	I have had a mental health placement before				
	☐ Yes	☐ No			

Thank you for taking the time to complete this survey.

ANEXO 3 – SUB-ESCALAS AUTORITARISMO E VISÃO MINORITÁRIA DO INSTRUMENTO ODM APLICADO NOS DOIS MOMENTOS

Opiniões sobre doença mental

6. É fácil de se reconhecer alguém que já teve uma doença mental grave.

Concordo totalmente	Concordo	Em dúvida, mas provavelmente concordo	Em dúvida, mas provavelmente discordo	Discordo	Discordo totalmente
1	2	3	4	5	6

11. Existe alguma coisa nos doentes mentais que torna fácil distinguí-los das pessoas normais.

Concordo totalmente	Concordo	em dúvida, mas provavelmente concordo	Em dúvida, mas provavelmente discordo	Discordo	Discordo totalmente
1	2	3	4	5	6

17. Os pacientes em hospitais psiquiátricos são, sob muitos aspectos, como crianças.

Concordo totalmente	Concordo	em dúvida, mas provavelmente concordo	Em dúvida, mas provavelmente discordo	Discordo	Discordo totalmente
1	2	3	4	5	6

21. Pessoas portadoras de doença mental nunca devem ser tratadas no mesmo hospital que pessoas com doenças físicas.

Concordo totalmente	Concordo	em dúvida, mas provavelmente concordo	Em dúvida, mas provavelmente discordo	Discordo	Discordo totalmente
1	2	3	4	5	6

26. As pessoas que já foram pacientes em um hospital psiquiátrico jamais serão como antes.

Concordo totalmente	Concordo	em dúvida, mas provavelmente concordo	Em dúvida, mas provavelmente discordo	Discordo	Discordo totalmente
1	2	3	4	5	6

29. Não se deve permitir que uma pessoa internada em hospital psiquiátrico vote.

Concordo totalmente	Concordo	em dúvida, mas provavelmente concordo	Em dúvida, mas provavelmente discordo	Discordo	Discordo totalmente
1	2	3	4	5	6

31. A melhor forma de se lidar com pacientes em hospitais psiquiátricos é mantê-los a portas trancadas.

Concordo totalmente	Concordo	em dúvida, mas provavelmente concordo	Em dúvida, mas provavelmente discordo	Discordo	Discordo totalmente
1	2	3	4	5	6

32. Tornar-se paciente em um hospital psiquiátrico é tornar-se um fracasso na vida.

Concordo totalmente	Concordo	em dúvida, mas provavelmente concordo	Em dúvida, mas provavelmente discordo	Discordo	Discordo totalmente
1	2	3	4	5	6

34. Se um paciente em um hospital psiquiátrico atacar alguém, deve ser punido para que o fato não se repita.

Concordo totalmente	Concordo	em dúvida, mas provavelmente concordo	Em dúvida, mas provavelmente discordo	Discordo	Discordo totalmente
1	2	3	4	5	6

36. Todo hospital psiquiátrico deve ser cercado por altos muros e ter vigilantes.

Concordo totalmente	Concordo	em dúvida, mas provavelmente concordo	Em dúvida, mas provavelmente discordo	Discordo	Discordo totalmente
1	2	3	4	5	6

40. Os pacientes com doença mental grave deixam de ser realmente humanos.

Concordo totalmente	concordo	em dúvida, mas provavelmente concordo	Em dúvida, mas provavelmente discordo	Discordo	Discordo totalmente
1	2	3	4	5	6

42. A maioria dos pacientes em hospitais psiquiátricos não se preocupa com sua aparência.

Concordo totalmente	concordo	em dúvida, mas provavelmente concordo	Em dúvida, mas provavelmente discordo	Discordo	Discordo totalmente
1	2	3	4	5	6

45. Embora alguns pacientes psiquiátricos pareçam estar bem, é perigoso esquecer que são mentalmente doentes.

Concordo totalmente	concordo	em dúvida, mas provavelmente concordo	Em dúvida, mas provavelmente discordo	Discordo	Discordo totalmente
1	2	3	4	5	6

49. Há pouco que possa ser feito pelos pacientes em hospitais psiquiátricos, além de cuidar de que tenham conforto e estejam bem alimentados.

Concordo totalmente	concordo	em dúvida, mas provavelmente concordo	Em dúvida, mas provavelmente discordo	Discordo	Discordo totalmente
1	2	3	4	5	6

ANEXO 4 - INSTRUÇÕES DE INTERPRETAÇÃO E CÁLCULO DOS FATORES DA ODM

A. Autoritarismo - reflete a perspectiva de que a pessoa em sofrimento psíquico (doente mental) necessita ser isolada de outras pessoas, permanecendo sob portas trancadas e vigilância. Contém tanto o conceito da irrecuperabilidade pessoal e social, quanto à idéia de sua periculosidade. Itens que compõe o fator: 21; 26; 31; 32; 34; 36; 40; 45; 49

B. Visão minoritária - traduz o conceito de que a pessoa em sofrimento psíquico, por ser muito diferente das pessoas tidas como normais, pode ser facilmente reconhecida em um agrupamento humano, principalmente pela sua aparência externa. Itens que compõe o fator: 6; 11; 17; 29; 42

PARA CÁLCULO DOS ESCORES FATORIAIS BRUTOS

Para o cálculo dos escores fatoriais brutos, atribui-se valores de 1 a 6 às alternativas do “continuum” concordo totalmente – discordo totalmente de tal modo que a discordância total de todos os itens (valor 6) que compõe um determinado fator resulte em um escore igual à unidade quando a somatória de seus valores for subtraída de uma constante que foi calculada para esse fim. Assim, para o cálculo dos escores de cada fator, utilizam-se as fórmulas que seguem:

FATOR	CONSTANTE	NÚMERO DE ITENS
A	= 55 —	$\Sigma(21; 26; 31; 32; 34; 36; 40; 45; 49)$
H	= 31 —	$\Sigma(6; 11; 17; 29; 42)$

Por outro lado, por exemplo, no fator A, a concordância total (valor 1) resultaria em um escore de $55-9=46$ indicando uma adesão total à postura autoritária.

CORRESPONDÊNCIA DOS ESCORES FATORIAIS BRUTOS DA ODM EM

VALORES STEN

FATOR/ STEN	A	B	C	D	E	F	G
1	- 2	- 13	- 26	- 2	- 5	- 3	- 4
2	3 - 4	14 - 16	27 - 30	3 -4	6 - 8	4 - 5	5 - 6
3	5 - 7	17 - 18	31 - 33	5 - 7	9 - 11	6 - 8	7 - 8
4	8 - 9	19	34 - 36	8 - 9	12 - 13	9 - 11	9 - 10
5	10 - 12	20 - 21	37 - 39	10 - 12	14 - 17	12 - 14	11 - 13
6	13 - 15	22 - 23	40 - 42	13 - 14	18 - 19	15 - 18	14 - 15
7	16 - 18	24 - 25	43 - 45	15 - 17	20 - 21	19 - 22	16 - 18
8	19 - 21	26 +	46 - 47	18 - 20	22 - 23	23 - 24	19
9	22 - 24	-	48 - 50	21 - 23	24 - 25	25 - 28	20 - 21
10	25 +	-	51 +	24 +	26 +	29 +	22 +

ANEXO 5- CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
Universidade Estadual de Londrina
Registro CONEP 5231

Parecer CEP/UEL:	007/2013
CAAE:	12795513.6.0000.5231
Data da Relatoria:	28/03/2013
Pesquisador(a):	Marcos Hirata Soares
Unidade/Órgão:	CCS - Departamento de Enfermagem

Prezado(a) Senhor(a):

O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina" (Registro CONEP 5231) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:

"VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO NURSING STUDENTS ATTITUDES TOWARD MENTAL HEALTH NURSING AND CONSUMERS"

Situação do Projeto: **Aprovado**

Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá ser encaminhado ao CEP/UEL relatório final da pesquisa, conforme prevê a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares.

Londrina, 01 de abril de 2013.

Profa. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
Universidade Estadual de Londrina

ANEXO 6a - CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

SEN/001 DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO 16/08/2013 11:45 000001811

Ribeirão Preto, 13 de agosto de 2013

Solicitante: Marcos Hirata Soares

Protocolo: 1657 de 29 de julho de 2013.

Projeto de Pesquisa: Estudo de Validação do Instrumento "*Nursing Students' attitudes toward mental health nursing and consumers*"

Prezado Senhor,

Vimos através deste cumprimentá-lo cordialmente e na ensejo apresentar parecer acerca da nova versão apresentada do projeto de pesquisa. Trata-se de uma investigação que se propõe a validar um instrumento "*Nursing Students' attitudes toward mental health nursing and consumers*", de cunho transversal, cujo universo inclui estudantes de diferentes instituições de ensino, considerando a presente unidade. Especificamente em relação à essa última, está previsto o recrutamento de pelo menos 50 estudantes, do terceiro e quarto anos letivos dos cursos de bacharelado e licenciatura, especificamente os matriculados na disciplina de Enfermagem Psiquiátrica. Os objetivos estão bem delineados, os métodos coerentes e alinhados à intenção do autor, o objeto em si é bem apresentado e amparado por bibliografia consistente. A versão atual responde às indagações anteriormente levantadas. Do exposto, sou favorável à consecução do estudo, haja vista as contribuições para o ensino de graduação e área de conhecimento. Sugiro que tão logo os autores tenham os resultados, que os mesmos sejam encaminhados à Comissão de Graduação em formato de relatório ou algo do gênero. Agradeço a atenção e coloco-me à disposição para novas demandas dessa natureza. Atenciosamente.

Rosalene Aparecida Partezani Rodrigues
Presidente da Comissão de Graduação
EERP/USP

ANEXO 6b - CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (11) 3061-7548/8858 - Fax: (11) 3061-7548
São Paulo - SP - Brasil
E-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 02 de agosto de 2013.

Ilmo. Sr.
Marcos Hirata Soares

Prezado Senhor,

Nos termos da documentação contida no processo n.º 169/2013/CPq/EEUSP, informamos que V. S.^a foi autorizado a realizar, nesta Unidade, a coleta de dados relativa ao projeto *“Estudo de validação do instrumento ‘Nursing Students’ attitudes toward mental health nursing and consumers”*.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz
Diretora

ANEXO 6c - CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Rua Dr. Faivre, 405 Ed. D. Pedro II 1.º andar - Centro
80060 - 140 - Curitiba - PR
Tel.: (41) 3360-5333 Fax: 3360-5337
www.prppg.ufpr.br - ic@ufpr.br

Curitiba, 10 de março de 2014.
Of./ nº054/2014 – IC/PRPPG

Ao Sr. Prof. Marcos Hirata Soares

Prezado Senhor,

Vimos através deste, informar ao Sr. professor Marcos Hirata Soares, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado ESTUDO DE VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO NURSING STUDENTS ATTITUDES TOWARD MENTAL HEALTH NURSING AND CONSUMERS, que a Universidade Federal do Paraná, tem interesse em colaborar na realização de sua pesquisa de doutorado, sob orientação da Profa. Dra. Margarita Antonia Villar Luís.

Sendo o que se apresenta, reiteramos protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Mariluci Alves Maftum
Coordenadora de Iniciação Científica e Integração Acadêmica

ANEXO 6d - CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Enfermagem

São Paulo, 27 de junho de 2013.

Ilmo Sr.
Marcos Hirata Soares

Prezado Senhor,

Referente a solicitação para realizar seu Projeto de Pesquisa na Escola Paulista de Enfermagem, foi apresentada na Comissão de Curso de Graduação em Enfermagem na reunião ordinária realizada dia 21/06/2013, onde foi aprovada a realização da pesquisa junto aos alunos do Curso de Graduação.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Suzete Maria Fustinoni
Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem
Escola Paulista de Enfermagem

**ANEXO 7-AUTORIZAÇÃO DA AUTORA DO INSTRUMENTO PARA
REALIZAÇÃO DO ESTUDO NO BRASIL**

July 23, 2012

Mr Marcos Hirata Soares
Assistant Professor - Psychiatric Nursing and Mental Health
Department of Nursing
Center of Health Sciences
State University of Londrina-Brazil

Dear Mr Soares,

Re Scale: NURSING STUDENTS ATTITUDES TOWARD MENTAL HEALTH
NURSING AND CONSUMERS

Please accept this letter as confirmation of my authorization for you to translate the above questionnaire into Portuguese and validate the questionnaire in Brazil, through scientific means suitable for this purpose. This permission is on the understanding that you keep me informed about the results and make appropriate academic citations and acknowledgement of the creators of the instrument.

Please do not hesitate to contact me if you have any further questions.

Yours sincerely

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'B. Happell', is written in a cursive style.

Brenda Happell

ANEXO 8 – Resumo descritivo da Análise Fatorial Confirmatória

The model is recursive.

Sample size = 365

Variable Summary (Group number 1)

Your model contains the following variables (Group number 1)

Observed, endogenous variables

Q39
Q38
Q37
Q35
Q34
Q33
Q27
Q22B
Q10B
Q7B
Q4B
Q1B
Q20B
Q11B
Q2B
Q28
Q26
Q31
Q32
Q36
Q6B
Q12B

Unobserved, exogenous variables

AVAL
e1
e2
e3
e4
e5
e6
e7
CAPAC

e8
 e9
 e1
 e1
 e1
 CONT
 e1
 e1
 e1
 e1
 SUP
 e2
 e1
 e1
 e1
 CAR
 e2
 e2

Variable counts (Group number 1)

Number of variables in your model:	49
--	----

Number of observed variables:	22
-------------------------------------	----

Number of unobserved variables:	27
---------------------------------------	----

Number of
exogenous
variables: 27

Number of
endogenous
variables: 22

Parameter Summary (Group number 1)

	Weights	Covariances	Variances	Means	Intercepts	Total
Fixed	27	0	0	0	0	27
Labeled	0	0	0	0	0	0
Unlabeled	17	18	27	0	0	62
Total	44	18	27	0	0	89

Assessment of normality (Group number 1)

Variable	min	max	skew	c.r.	kurtosis	c.r.
Q12B	1	7	0,69	5,379	-0,65	-2,535
Q6B	1	7	0,828	6,457	-0,467	-1,822
Q36	1	7	-1,558	-12,149	2,082	8,118
Q32	1	7	-1,47	-11,469	2,186	8,525
Q31	1	7	-1,954	-15,241	3,473	13,544
Q26	1	7	-1,94	-15,133	3,253	12,687
Q28	1	7	0,09	0,701	-1,114	-4,345
Q2B	2	7	-2,316	-18,061	6,063	23,646
Q11B	1	7	-2,768	-21,59	8,893	34,68
Q20B	1	7	-1,135	-8,856	0,467	1,821
Q1B	1	7	-0,243	-1,896	-0,223	-0,87
Q4B	1	7	-1,082	-8,44	0,98	3,823
Q7B	1	7	-0,423	-3,298	-0,178	-0,695
Q10B	1	7	-0,815	-6,357	0,253	0,985
Q22B	1	7	-0,588	-4,587	-0,281	-1,097

Q27	1	7	-0,795	-6,198	-0,509	-1,986
Q33	1	7	-0,65	-5,067	-0,664	-2,59
Q34	1	7	-0,602	-4,696	-0,495	-1,932
Q35	1	7	-0,486	-3,789	-0,653	-2,546
Q37	1	7	-0,457	-3,565	-0,461	-1,798
Q38	1	7	-0,617	-4,809	-0,657	-2,561
Q39	1	7	-0,788	-6,145	-0,323	-1,259
Multivariate					144,147	42,373

**Observations farthest from the centroid (Mahalanobis distance)
(Group number 1)**

Observation number	Mahalanobis d-squared	p1	p2
173	96,253	0	0
80	72,6	0	0
78	70,346	0	0
336	70,223	0	0
213	68,541	0	0
242	63,796	0	0
315	63,786	0	0
52	62,922	0	0
321	62,775	0	0
227	61,92	0	0
273	60,689	0	0
67	60,435	0	0
204	59,609	0	0
65	56,39	0	0
50	56,238	0	0
350	55,74	0	0
141	54,825	0	0
317	53,403	0	0
174	52,033	0	0
191	49,247	0,001	0
24	48,42	0,001	0
194	47,679	0,001	0
344	47,397	0,001	0
195	46,919	0,002	0
339	46,443	0,002	0
45	44,589	0,003	0
149	44,57	0,003	0

133	44,199	0,003	0
220	43,936	0,004	0
318	43,88	0,004	0
246	43,294	0,004	0
330	41,852	0,007	0
335	39,526	0,012	0
182	39,388	0,013	0
354	39,21	0,013	0
198	39,108	0,014	0
316	38,931	0,014	0
217	38,578	0,016	0
201	37,921	0,019	0
292	37,58	0,02	0
333	37,393	0,021	0
81	36,778	0,025	0
17	36,017	0,03	0
340	35,844	0,032	0
196	35,024	0,039	0
232	34,979	0,039	0
168	34,781	0,041	0
169	34,688	0,042	0
361	34,244	0,046	0
116	33,947	0,05	0
230	33,869	0,051	0
243	33,658	0,053	0
3	33,559	0,054	0
200	33,152	0,06	0
21	33,062	0,061	0
129	32,934	0,063	0
190	32,872	0,064	0
205	32,159	0,075	0
260	32,106	0,076	0
170	32,059	0,076	0
359	31,839	0,08	0
57	31,684	0,083	0
28	31,554	0,085	0
160	31,342	0,089	0
127	30,144	0,115	0
306	29,985	0,119	0
358	29,884	0,121	0
151	29,817	0,123	0
216	29,459	0,132	0,001

250	29,276	0,137	0,002
184	28,93	0,147	0,008
214	28,762	0,152	0,011
46	28,707	0,153	0,01
289	28,663	0,155	0,008
189	28,482	0,16	0,013
357	28,466	0,161	0,01
249	28,455	0,161	0,007
360	28,216	0,169	0,015
192	28,17	0,17	0,013
276	28,127	0,172	0,011
148	27,901	0,179	0,021
185	27,855	0,181	0,019
44	27,838	0,181	0,015
364	27,633	0,188	0,026
177	27,537	0,192	0,028
323	27,499	0,193	0,025
303	27,445	0,195	0,023
29	27,358	0,198	0,025
131	27,236	0,202	0,03
175	26,877	0,216	0,088
228	26,856	0,217	0,076
305	26,781	0,22	0,078
43	26,706	0,223	0,08
338	26,661	0,224	0,074
347	26,572	0,228	0,081
38	26,481	0,232	0,088
341	26,47	0,232	0,073
244	26,131	0,246	0,175
274	25,811	0,26	0,329
11	25,794	0,261	0,299

Models

Default model (Default model)

Notes for Model (Default model)

Computation of degrees of freedom (Default model)

Number of
distinct
sample
moments: 253

Number of
distinct
parameters
to be
estimated: 62

Degrees of
freedom 191
(253 - 62):

Result (Default model)

Minimum was achieved
Chi-square = 415,865
Degrees of freedom = 191
Probability level = ,000

Group number 1 (Group number 1 - Default model)

Estimates (Group number 1 - Default model)

Scalar Estimates (Group number 1 - Default model)

Maximum Likelihood Estimates

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

			Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Q39	<---	AVAL	1				
Q38	<---	AVAL	0,811	0,056	14,465	***	
Q37	<---	AVAL	0,862	0,046	18,648	***	
Q35	<---	AVAL	0,943	0,062	15,17	***	
Q34	<---	AVAL	1,191	0,058	20,668	***	

Q33	<---	AVAL	1,318	0,061	21,478	***
Q27	<---	AVAL	1,22	0,062	19,557	***
Q22B	<---	CAPAC	1			
Q10B	<---	CAPAC	0,92	0,079	11,678	***
Q7B	<---	CAPAC	0,951	0,085	11,21	***
Q4B	<---	CAPAC	0,859	0,081	10,618	***
Q1B	<---	CAPAC	0,827	0,076	10,851	***
Q20B	<---	CONT	1			
Q11B	<---	CONT	0,912	0,102	8,904	***
Q2B	<---	CONT	0,944	0,102	9,295	***
Q26	<---	SUP	1			
Q31	<---	SUP	1,035	0,063	16,491	***
Q32	<---	SUP	0,942	0,082	11,451	***
Q36	<---	SUP	1,067	0,092	11,546	***
Q6B	<---	CAR	1			
Q12B	<---	CAR	0,925	0,065	14,253	***
Q28	<---	CAPAC	0,589	0,11	5,347	***

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

			Estimate
Q39	<---	AVAL	0,794
Q38	<---	AVAL	0,614
Q37	<---	AVAL	0,72
Q35	<---	AVAL	0,729
Q34	<---	AVAL	0,912
Q33	<---	AVAL	0,939
Q27	<---	AVAL	0,875
Q22B	<---	CAPAC	0,675
Q10B	<---	CAPAC	0,728
Q7B	<---	CAPAC	0,692
Q4B	<---	CAPAC	0,648
Q1B	<---	CAPAC	0,665
Q20B	<---	CONT	0,551
Q11B	<---	CONT	0,692
Q2B	<---	CONT	0,785
Q26	<---	SUP	0,686
Q31	<---	SUP	0,723
Q32	<---	SUP	0,72
Q36	<---	SUP	0,725
Q6B	<---	CAR	0,983
Q12B	<---	CAR	0,922

Q28	<---	CAPAC	0,308
-----	------	-------	-------

Covariances: (Group number 1 - Default model)

			Estimate	S.E.	C.R.	P Label
CONT	<-->	SUP	0,54	0,079	6,848	***
AVAL	<-->	CAPAC	0,54	0,092	5,866	***
CAPAC	<-->	CONT	0,443	0,072	6,124	***
SUP	<-->	CAR	0,499	0,111	4,515	***
AVAL	<-->	CAR	0,225	0,137	1,642	0,101
AVAL	<-->	CONT	0,416	0,078	5,316	***
AVAL	<-->	SUP	0,599	0,092	6,516	***
CAPAC	<-->	SUP	0,626	0,085	7,329	***
CONT	<-->	CAR	0,243	0,091	2,669	0,008
CAPAC	<-->	CAR	0,658	0,12	5,493	***
e2	<-->	e3	0,819	0,098	8,345	***
e4	<-->	e5	0,303	0,061	4,995	***
e1	<-->	e3	0,41	0,071	5,81	***
e1	<-->	e2	0,439	0,086	5,131	***
e20	<-->	e19	0,431	0,07	6,141	***
e14	<-->	e16	-0,295	0,078	-3,761	***
e8	<-->	e17	0,248	0,065	3,796	***
e7	<-->	e20	0,158	0,047	3,358	***

Correlations: (Group number 1 - Default model)

			Estimate
CONT	<-->	SUP	0,759
AVAL	<-->	CAPAC	0,407
CAPAC	<-->	CONT	0,585
SUP	<-->	CAR	0,289
AVAL	<-->	CAR	0,09
AVAL	<-->	CONT	0,404
AVAL	<-->	SUP	0,481
CAPAC	<-->	SUP	0,683
CONT	<-->	CAR	0,17
CAPAC	<-->	CAR	0,358
e2	<-->	e3	0,525
e4	<-->	e5	0,356
e1	<-->	e3	0,358
e1	<-->	e2	0,305
e20	<-->	e19	0,477

e14	<-->	e16	-0,225
e8	<-->	e17	0,245
e7	<-->	e20	0,176

Variances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P Label
AVAL	1,802	0,2	8,99	***
CAPAC	0,976	0,143	6,806	***
CONT	0,589	0,115	5,103	***
SUP	0,859	0,126	6,808	***
CAR	3,461	0,35	9,886	***
e1	1,056	0,087	12,165	***
e2	1,958	0,151	12,998	***
e3	1,242	0,098	12,631	***
e4	1,41	0,114	12,381	***
e5	0,514	0,054	9,444	***
e6	0,419	0,055	7,589	***
e7	0,823	0,075	10,929	***
e8	1,163	0,102	11,349	***
e9	0,733	0,069	10,597	***
e10	0,962	0,086	11,14	***
e11	0,993	0,085	11,638	***
e12	0,842	0,073	11,461	***
e13	1,348	0,113	11,973	***
e14	0,533	0,053	10,105	***
e15	0,327	0,043	7,695	***
e16	3,229	0,244	13,224	***
e20	0,969	0,089	10,853	***
e19	0,84	0,082	10,257	***
e18	0,71	0,068	10,487	***
e17	0,885	0,085	10,402	***
e23	0,119	0,229	0,523	0,601
e22	0,524	0,199	2,628	0,009

Squared Multiple Correlations: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
Q12B	0,85
Q6B	0,967
Q36	0,525

Q32	0,518
Q31	0,523
Q26	0,47
Q28	0,095
Q2B	0,616
Q11B	0,479
Q20B	0,304
Q1B	0,442
Q4B	0,42
Q7B	0,478
Q10B	0,53
Q22B	0,456
Q27	0,765
Q33	0,882
Q34	0,833
Q35	0,532
Q37	0,519
Q38	0,377
Q39	0,63

Modification Indices (Group number 1 - Default model)

Covariances: (Group number 1 - Default model)

			M.I.	Par Change
e17	<-->	CAR	31,716	0,53
e14	<-->	AVAL	12,089	-0,177
e13	<-->	AVAL	11,054	0,26
e10	<-->	CAR	12,137	0,343

Variances: (Group number 1 - Default model)

			M.I.	Par Change
--	--	--	------	---------------

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

			M.I.	Par Change
--	--	--	------	---------------

Q36	<---	CAR	27,565	0,152
Q36	<---	Q12B	31,059	0,158
Q36	<---	Q6B	26,242	0,144
Q28	<---	Q35	12,306	0,188
Q4B	<---	Q2B	12,487	0,212
Q7B	<---	CAR	11,137	0,101
Q7B	<---	Q6B	11,248	0,099
Q35	<---	Q28	13,374	0,113

Model Fit Summary

CMIN

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	62	415,865	191	0	2,177
Saturated model	253	0	0		
Independence model	22	5064,875	231	0	21,926

RMR, GFI

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	0,145	0,906	0,876	0,684
Saturated model	0	1		
Independence model	0,829	0,281	0,213	0,257

Baseline Comparisons

Model	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	0,918	0,901	0,954	0,944	0,953
Saturated model	1		1		1

Independence model	0	0	0	0	0
--------------------	---	---	---	---	---

Parsimony-Adjusted Measures

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	0,827	0,759	0,788
Saturated model	0	0	0
Independence model	1	0	0

NCP

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	224,865	169,814	287,659
Saturated model	0	0	0
Independence model	4833,875	4605,64	5068,488

FMIN

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	1,142	0,618	0,467	0,79
Saturated model	0	0	0	0
Independence model	13,914	13,28	12,653	13,924

RMSEA

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
-------	-------	-------	-------	--------

Default model	0,057	0,049	0,064	0,064
Independence model	0,24	0,234	0,246	0

AIC

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	539,865	548,229	781,659	843,659
Saturated model	506	540,129	1492,674	1745,674
Independence model	5108,875	5111,843	5194,673	5216,673

ECVI

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Default model	1,483	1,332	1,656	1,506
Saturated model	1,39	1,39	1,39	1,484
Independence model	14,035	13,408	14,68	14,044

HOELTER

Model	HOELTER .05	HOELTER .01
Default model	197	210
Independence model	20	21

Execution time summary

Minimization:	0,004
Miscellaneous :	0,364
Bootstrap:	0
Total:	0,368