

Validação para a língua portuguesa da escala Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning¹

Rodrigo Guimarães dos Santos Almeida²

Alessandra Mazzo³

José Carlos Amado Martins⁴

Rui Carlos Negrão Baptista⁵

Fernanda Berchelli Girão⁶

Isabel Amélia Costa Mendes⁷

Objetivo: traduzir e validar para língua portuguesa a escala Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning. Material e Métodos: estudo metodológico de tradução e validação de instrumento. Cumpridas todas as etapas do processo de tradução, para o processo de validação criou-se o evento III Workshop Brasil – Portugal: Atendimento ao Paciente Crítico, promovido por uma instituição de ensino do Brasil e outra de Portugal. Resultados: participaram 103 enfermeiros. Quanto à validade e fidelidade da escala, o padrão de correlação entre as variáveis, o teste de adequação amostral (Kaiser-Meyer-Olkin) e o teste de esfericidade (Bartlett) apresentaram bons resultados. Na análise fatorial exploratória (Varimax) o item 9 se comportou melhor no fator 1 (Satisfação) do que no fator 2 (Autoconfiança com a aprendizagem). A consistência interna (alfa de Cronbach) apresentou valores de 0,86 fator 1 com 06 itens e 0,77 para fator 2 de 07 itens. Conclusão: o presente instrumento ficou denominado em português: Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança na Aprendizagem. Os resultados constata boas propriedades psicométricas e um bom potencial de utilização. É limitação deste trabalho o tamanho amostral e sua especificidade, porém futuros trabalhos contribuirão para consolidar a validade da escala e reforçar o seu potencial de utilização.

Descritores: Simulação; Ensino; Autoconfiança; Satisfação Pessoal.

¹ Artigo extraído da tese de doutorado "Simulação no ensino de enfermagem: validação de instrumentos de ensino-aprendizagem para a língua portuguesa", apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil, processo nº 2298-14-7.

² Doutorando, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

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

⁴ PhD, Professor Doutor, Unidade Científica Pedagógica Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

⁵ MSc, Professor Adjunto, Unidade Científica Pedagógica Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

⁶ MSc, Enfermeiro, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁷ PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Correspondência:

Alessandra Mazzo

Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Departamento de Enfermagem Geral e Especializada

Av. Bandeirantes, 3900

Bairro: Monte Alegre

CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil

E-mail: amazzo@eerp.usp.br

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

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

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

Introdução

O uso de tecnologias no âmbito do ensino tem se mostrado como uma importante ferramenta no fortalecimento do aprendizado e no desenvolvimento de competências, tanto de alunos quanto de profissionais da área da saúde. Dentre as tecnologias utilizadas na simulação têm se mostrado como uma estratégia de ensino-aprendizagem eficaz, uma vez que estrutura o conhecimento de forma significativa.

A utilização de Tecnologias de Informação e Comunicação disponíveis pode favorecer o intercâmbio do conhecimento prático com o teórico-científico atualizado, além de estimular o profissional a adotar novas práticas⁽¹⁾. O uso da simulação como estratégia pedagógica é uma tentativa de reproduzir as particularidades de uma determinada situação clínica, ambicionando uma melhor compreensão e gestão dessa condição quando acontecer em contexto real. Para que seja efetiva e atinja seu máximo potencial, é necessário que seja encarada pelos participantes de forma legítima, autêntica e real. Enquanto estratégia de educação cognitiva e comportamental promove altos níveis de autoestima e autoconfiança, pois possibilita a interiorização da informação e a satisfação com o processo de aprendizagem⁽²⁾.

A simulação permite ao aluno relacionar teoria e a prática de forma a prepará-lo de forma integral para quando algo semelhante acontecer num contexto real. Na área da saúde, tem como principal propósito repetir aspectos essenciais de uma situação clínica dentro de um ambiente totalmente controlado, que permite erros sem causar danos reais, sobre o próprio aprendiz ou paciente sob seus cuidados⁽³⁻⁴⁾.

Dentre os vários benefícios da sua utilização na formação de futuros profissionais de enfermagem, estão o desenvolvimento de competências necessárias para o exercício da profissão, relacionadas à prática de habilidades e ao desenvolvimento de raciocínio clínico. Permite ao indivíduo a vivência de aspectos positivos e negativos do cuidado direto ao paciente principalmente em relação à segurança profissional⁽⁵⁾. O ensino por simulação, quando incluído nos planos de estudos de escolas de Enfermagem, é uma forma utilizada para alcançar o desenvolvimento dessas competências⁽⁶⁾.

A utilização da simulação no ensino proporciona um atendimento de qualidade aos pacientes assistidos, uma vez que promove e desenvolve a autoconfiança e amplia os níveis de satisfação do aprendiz.

Nos dias de hoje os construtos de satisfação e autoconfiança tem despertado grande interesse na área

da pesquisa e tem sido investigado nos mais diversos contextos. Para compreender o construto de satisfação é necessário interpretar a conjuntura em que o termo é empregado, pois a palavra pode referir-se a diversas ações.

A satisfação exige a compreensão de aspectos multidimensionais e pode ser visualizada por múltiplas perspectivas⁽⁷⁾, podendo ser definida como um sentimento de prazer ou de desapontamento resultante da comparação do desempenho esperado pelo produto (ou resultado) em relação às expectativas da pessoa; ou como o estado de composição afetiva e cognitiva, em relação a experiência⁽⁸⁾. Abarcar a satisfação de usuários dentro do ambiente de ensino tem sido considerado um forte indicador de qualidade dentro das instituições, principalmente pelo fato de apontar a eficácia das estratégias de ensino utilizadas.

A satisfação do aprendiz com a prática simulada ultrapassa o sentimento vivenciado no ensino tradicional e minimiza sentimentos de medo e ansiedade perante a futura profissão⁽⁹⁻¹⁰⁾.

A raiz etimológica da palavra confiança remete ao credo em algo ou em alguém, sentimento que permeia a vida do indivíduo em diversos momentos e relações⁽¹¹⁾.

As diversas formas de confiança, seja ela na sociedade, no poder público, no sistema monetário e nas instituições de uma maneira geral se mostra necessária, inclusive para a manutenção da ordem⁽¹²⁾. Dentro do ambiente de trabalho, entre colegas e com a própria organização, a confiança traz benefícios significativos ao indivíduo e sua produção⁽¹³⁾, o que implica em resultados positivos nos índices de qualidade das instituições. Tal ideia pode ser incorporada para o ambiente acadêmico, onde estudantes confiantes terão benefícios próprios e coletivos, além de contribuir nos índices de qualidade das instituições de ensino.

Os termos confiança, autoconfiança e auto-eficácia dentro do meio científico muitas vezes são tratados como sinônimos, porém a confiança e autoconfiança são elementos importantes do componente cognitivo de auto-eficácia do indivíduo⁽¹⁴⁾. Emoções e sentimentos podem influenciar diretamente na construção desse atributo. A autoconfiança pode ser interpretada como a convicção de que a pessoa tem de ser capaz de fazer ou realizar algo; refere-se à competência pessoal do indivíduo em atingir seus próprios objetivos⁽¹⁵⁾.

A simulação de alta fidelidade tem sido apontada como estratégia pedagógica eficaz graças ao reconhecimento do próprio indivíduo quanto às melhorias do seu desempenho, pois permite ao aprendiz aumentar sua consciência das reais capacidades

e a percepção dos pontos positivos e negativos, contribuindo para uma atitude mais ativa no processo de ensino-aprendizagem⁽¹⁶⁾. Nesse contexto, uma vez que as evidências do uso da simulação no ensino ainda são incipientes, a utilização de instrumentos capazes de mensurar os ganhos proporcionados a indivíduos treinados em ambiente simulado podem contribuir para o fortalecimento da estratégia, bem como seu aperfeiçoamento⁽¹⁷⁾.

A Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning é uma escala criada pela National League for Nursing (NLN), liga dedicada a excelência no ensino de enfermagem. Trata-se de uma escala desenvolvida para mensurar a satisfação e autoconfiança do indivíduo adquirida através da simulação de alta fidelidade. Composta por 13 itens do tipo Likert de 5 pontos, dividida em duas dimensões (satisfação/05 itens e autoconfiança na aprendizagem/08 itens)⁽¹⁸⁾. O estudo de validação desta escala foi realizado com 395 estudantes, sendo 350 mulheres e 45 homens com a média de idade de 29 anos. A confiabilidade constatada através do alfa de Cronbach foi de 0,94 para a sub-escala de satisfação e 0,87 para a sub-escala de autoconfiança.

Neste sentido o objetivo deste trabalho foi o de traduzir e validar para língua portuguesa a escala Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning.

Metodologia

Realizou-se o estudo metodológico de tradução e validação de instrumento em duas fases: a primeira fase constituiu-se na tradução do instrumento, onde se seguiu o critério proposto por Ferrer e colaboradores⁽¹⁹⁾. Realizada a tradução do instrumento para a língua portuguesa por dois professores juramentados, obteve-se um consenso da primeira versão em português. Esta versão foi submetida a um comitê de juízes, os quais foram convidados a participar sete enfermeiros especialistas da área de fundamentos de enfermagem, todos conhecedores da simulação como estratégia de ensino; destes apenas quatro compareceram a reunião. Esclarecido o objetivo da pesquisa, os juízes formalizaram seu consentimento através da assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (TCLE). Os itens do instrumento foram classificados como válidos ou não válidos; calculado o Content Validity Index (CVI)⁽²⁰⁾, itens com CVI iguais a 100% tiveram sua tradução mantida no instrumento definitivo e itens com CVI menores que 80% sofreram pequenas modificações na linguagem. Na sequência deste processo, o instrumento

sofreu a retrotradução por dois professores, sendo um perito e outro nativo de língua inglesa para comparação com versão original. Após a constatação que não houve mudanças quanto ao sentido do instrumento, realizou-se a validação semântica e posterior pré-teste com dez indivíduos graduados em enfermagem que já haviam experimentado a simulação como estratégia de ensino. O pré-teste resultou em uma boa compreensão do instrumento por todos. Após permissão dos autores originais, este trabalho foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, sendo aprovado sob o parecer 294.206/2013.

A segunda fase do estudo foi de validação do instrumento. Para esta fase criou-se o evento: III Workshop Brasil – Portugal: Atendimento ao Paciente Crítico, promovido por uma instituição de ensino do Brasil em parceria com uma instituição de ensino de Portugal. Foram convidados a participar deste workshop: enfermeiros inseridos ou não no mercado de trabalho, sem ou com qualquer título de pós-graduação, que houvessem ou não experimentado a simulação na prática de ensino. Tratou-se de um evento gratuito divulgado na forma impressa e eletrônica, onde foram disponibilizadas 180 vagas para inscrição na página da instituição. Foi oferecido ao participante três opções de dias para realização do evento; sendo assim, cada dia do workshop foi composto por 60 participantes, sendo o mesmo replicado por três dias no período das 08:30 às 18h. Todas as vagas foram preenchidas previamente e através dos emails cadastrados enviou-se material de leitura prévia aos inscritos. Dos 180 participantes que realizaram sua inscrição, 103 compareceram ao evento. O workshop contou com um momento teórico a respeito do atendimento ao paciente crítico e simulação. O conteúdo foi ministrado por docentes do Brasil e de Portugal com expertise na área de simulação e atendimento ao paciente crítico. Após discussão teórica, os participantes foram divididos e submetidos a oficinas simuladas de baixa fidelidade e treino simulado de alta fidelidade e seu respectivo debriefing.

Para caracterização do sujeito foi desenvolvido um instrumento com as variáveis: idade, sexo, ano de conclusão da graduação, anos de atuação, dados referentes à formação, ao vínculo empregatício e experiência com o ensino simulado. Após cumprir todas as fases do evento, os participantes foram novamente reunidos em um auditório e preencheram o instrumento. Todos os participantes manifestaram seu aceite em participar da pesquisa, através da assinatura do TCLE.

Posteriormente os dados foram codificados em planilhas do Excel, analisados através do software Statistical Package for Social Sciences (versão 22 para Windows).

Resultados

Na primeira fase do estudo as questões 2, 5, 6 e 13 tiveram seu CVI menores que 80,0% e sofreram modificações na linguagem. A palavra instrutor foi

substituída por professor, uma vez que os papéis assumidos dentro do ambiente simulado nos Estados Unidos são diferentes dos papéis desenvolvidos no ambiente simulado do Brasil e de Portugal. Nestes países as funções de professor, instrutor e facilitador geralmente são desempenhadas por um único indivíduo, que é o professor. Realizada esta adaptação, todo o processo transcorreu de forma regular.

A versão final da escala está descrita no Figura 1.

Item
Satisfação com a aprendizagem atual
1. Os métodos de ensino utilizados nesta simulação foram úteis e eficazes.
2. A simulação forneceu-me uma variedade de materiais didáticos e atividades para promover a minha aprendizagem do currículo médico-cirúrgico.
3. Eu gostei do modo como meu professor ensinou através da simulação.
4. Os materiais didáticos utilizados nesta simulação foram motivadores e ajudaram-me a aprender.
5. A forma como o meu professor ensinou através da simulação foi adequada para a forma como eu aprendo.
A autoconfiança na aprendizagem
6. Estou confiante de que domino o conteúdo da atividade de simulação que meu professor me apresentou.
7. Estou confiante que esta simulação incluiu o conteúdo necessário para o domínio do currículo médico-cirúrgico.
8. Estou confiante de que estou desenvolvendo habilidades e obtendo os conhecimentos necessários a partir desta simulação para executar os procedimentos necessários em um ambiente clínico.
9. O meu professor utilizou recursos úteis para ensinar a simulação.
10. É minha responsabilidade como o aluno aprender o que eu preciso saber através da atividade de simulação.
11. Eu sei como obter ajuda quando eu não entender os conceitos abordados na simulação.
12. Eu sei como usar atividades de simulação para aprender habilidades.
13. É responsabilidade do professor dizer-me o que eu preciso aprender na temática desenvolvida na simulação durante a aula.

Figura 1 - Descrição dos itens da Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança na Aprendizagem, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2014

Na segunda fase, dos 103 enfermeiros participantes do workshop, 100,0% concordaram em participar da pesquisa e compuseram a amostra do estudo. A maioria dos participantes 90 (87,4%) era do sexo feminino, sendo a média de idade entre eles de 32,1 anos, com variação do mínimo de 20 anos e o máximo de 57 anos. Quanto à escolaridade, a média do ano de conclusão da graduação foi o ano de 2005, sendo que 64 (62,1%) possuíam especialização *Latu Sensu* ou em andamento, 47 (45,7%) possuíam o título ou cursavam Mestrado, 20 (19,4%) eram doutores ou cursavam Doutorado e 20 (19,4%) não haviam cursado qualquer tipo de pós-graduação. Quanto à atividade laboral, 77 (74,8%) tinham vínculo empregatício, dos quais 48 (46,6%) atuavam na área de enfermagem assistencial, 23 (22,3%) eram docentes e 6 (5,8%) eram gerentes de serviços. Quanto à experiência com ensino simulado 52 (50,5%) relataram que não conheciam a simulação como estratégia de ensino e 51 (49,5%) disseram que já a conheciam. Em relação

ao atendimento do paciente crítico, 83 participantes (80,6%) informaram que prestaram seu primeiro atendimento durante a prática assistencial diretamente no paciente e apenas 20 (19,4%) realizaram esse atendimento dentro do ambiente de laboratório. Quanto ao sentimento de sentir preparado para realizar este atendimento 86 (83,5%) informaram que não se sentiram preparados para a realização, sendo que apenas 17 (16,5%) afirmaram que sentiram-se preparados para enfrentar esta situação.

Quanto à validade e fidelidade da escala, o padrão de correlação entre as variáveis, verificado através da matriz de correlação, apresentou 25,4% de correlações superiores a 0,30. O teste de adequação amostral (medida de Kaiser Meyer Olkin) apresentou resultado 0,83, o teste de esfericidade de Bartlett <0,001 e os valores na sua matriz anti-imagem permaneceram entre 0,77 e 0,89.

Quanto à extração de fatores, a variância total explicada nos apresentou três autovalores superiores a

1,00 com uma porcentagem acumulativa que explicava mais de 60,0% do total da variância, sugerindo que a escala poderia ser dividida em três fatores.

Quanto à rotação dos fatores, o teste de communalidades demonstrou que os itens 4, 6, 8 e 10 obtiveram valores menores (0,50); porém devido sua proximidade poderiam ser mantidos na escala. Já o

item 13 apresentou um valor de (0,18) o que sugere que este item fosse retirado do instrumento. Para verificação dos fatores de satisfação e autoconfiança com o aprendizado procedeu-se à realização de análise fatorial exploratória com rotação ortogonal Varimax com normalização de Keiser, demonstrada na Tabela 1.

Tabela 1 - Matriz de saturação dos itens nos fatores para a solução rodada ortogonal de tipo Varimax com normalização de Keiser (n = 103), Ribeirão Preto, São Paulo, 2014

Itens	Fator 1 Satisfação	Fator 2 Autoconfiança com a aprendizagem
1	0,81	-0,02
2	0,79	0,11
3	0,82	0,18
4	0,63	0,22
5	0,66	0,36
6	0,20	0,67
7	0,24	0,73
8	0,34	0,56
9	0,73	0,29
10	0,23	0,63
11	0,14	0,70
12	0,11	0,73
13	-0,01	0,43

Na distribuição da escala em dois fatores, observou-se que o item 9 nesta amostra se comportou melhor no fator 1 do que no fator 2, diferente do estabelecido na escala original. Assim, neste estudo, após análise detalhada do item, o mesmo foi englobado dentro do fator de satisfação do estudante.

A análise da consistência interna dos fatores através do alfa de Cronbach demonstrou valores de 0,86 para o construto de satisfação (06 itens); 0,77 para o construto

de autoconfiança com a aprendizagem (07 itens) e 0,84 para a escala geral.

O coeficiente de correlação de Pearson apresentou uma correlação fraca (0,47) entre os fatores satisfação e autoconfiança com aprendizagem ($p < 0,01$), indicando que esses fatores não estão correlacionados.

Na Tabela 2 observa-se uma elevada correlação em praticamente todos os itens com o total da escala, exceto no item 13.

Tabela 2 - Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna de Cronbach da escala de satisfação dos estudantes e autoconfiança na aprendizagem (n = 103), Ribeirão Preto, São Paulo, 2014

Itens	Média	Desv. Padrão	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
1	4,70	0,54	0,41	0,84
2	4,69	0,59	0,53	0,83
3	4,73	0,49	0,59	0,83
4	4,74	0,56	0,49	0,83
5	4,69	0,54	0,61	0,83
6	4,05	0,76	0,55	0,83
7	4,16	0,85	0,63	0,82
8	4,46	0,61	0,57	0,83
9	4,68	0,49	0,62	0,83
10	4,42	0,81	0,52	0,83
11	4,35	0,72	0,53	0,83
12	4,23	0,76	0,53	0,83
13	3,55	1,12	0,24	0,86

A Tabela 3 apresenta valores descritivos relativos aos fatores da escala.

Tabela 3 - Estatísticas descritivas dos fatores da escala de satisfação dos estudantes e autoconfiança na aprendizagem (n = 103), Ribeirão Preto, São Paulo, 2014

	Fator 1 Satisfação	Fator 2 Autoconfiança com a aprendizagem
Média	4,70	4,17
Mediana	5,00	4,14
Moda	5,00	4,00
Desvio Padrão	0,41	0,53
Variância	0,17	0,28
Mínimo	3,17	2,43
Máximo	5,00	5,00
Percentis		
25	4,50	3,86
50	5,00	4,14
75	5,00	4,57

Discussão

A versão portuguesa da escala Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning ficou denominada: Escala de Satisfação dos Estudantes e Autoconfiança com a Aprendizagem. Foi mantido o sujeito estudantes no nome da escala em consonância a escala original, porém segundo os autores originais a mesma pode ser aplicada a todo e qualquer indivíduo em processo de formação, não havendo restrição.

Os testes psicométricos apontaram uma alta correlação entre as variáveis e uma boa adequação amostral para a realização do estudo. Em relação à extração de fatores, mesmo havendo a sugestão matemática de dividir o instrumento em três fatores, por se tratar de um instrumento curto com poucos itens, optou-se em seguir o recomendado no instrumento original, mantendo-se a divisão da escala em 2 fatores. Destaca-se a necessidade de maiores investigações quanto ao número de fatores em outros estudos, assim como com relação à omissão do item 13 presente no instrumento original o qual apresentou fortes evidências para ser retirado do instrumento em todos os testes realizados. Nesse estudo, a caracterização desse item pode ter sido prejudicada pela não compreensão do momento teórico do workshop como conteúdo de aula⁽²¹⁾. O item 9 na análise fatorial se comportou melhor no fator de satisfação do estudante do que no fator de autoconfiança com a aprendizagem. Ao analisar a redação deste item, nota-se uma tendência do item em

avaliar melhor satisfação quanto os recursos utilizados na simulação de alta fidelidade do que autoconfiança. Assim, neste estudo realizou-se esta adequação e sugere-se que em novos estudos o comportamento deste item seja revisto.

A consistência interna dos fatores satisfação e autoconfiança com aprendizagem neste estudo se mostraram inferiores aos valores obtidos pelos autores originais, mas são condizentes a outros trabalhos⁽²²⁻²⁵⁾.

Analogamente, no que se refere ao nível de significância, esses achados são semelhantes ao encontrado por Smith e Roehrs⁽²⁵⁾ onde os 68 estudantes de enfermagem investigados apresentaram altos valores de satisfação e autoconfiança na aprendizagem que utilizaram a simulação de alta-fidelidade como estratégia de ensino. O estudo aponta que a satisfação do indivíduo com a aprendizagem dentro do ambiente simulado depende da estruturação adequada da estratégia, e que é necessário seguir um desing que compreende: objetivos, resolução de problemas, apoio ao estudante e debriefing. Caso haja falhas nesta construção o processo de ensino pode ser comprometido. Neste sentido cabe ao professor, responsável pela elaboração dessa estrutura, elaborá-la com cautela e respeitar os princípios e diretrizes estabelecidos, para que a simulação de baixa, média ou de alta fidelidade cumpra sua efetividade.

Conclusão

A satisfação do indivíduo e a autoconfiança com a aprendizagem são construtos importantes dentro do ambiente de ensino. Mensurá-los pode ser um forte indicativo para a utilização e avaliação de estratégias de ensino.

No presente estudo foi traduzida e validada para língua portuguesa a escala Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning, agora denominada Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança com a Aprendizagem, utilizada pontualmente na simulação de alta fidelidade. A escala apresentou boas propriedades psicométricas que revelaram um bom potencial de utilização do instrumento.

São limitações deste trabalho o tamanho amostral e sua especificidade, porém futuros trabalhos contribuirão para consolidar a validade da escala e reforçar o seu potencial de utilização.

Agradecimentos

Aos sujeitos da pesquisa pela participação neste estudo.

Referências

1. Nagliate PC, Rocha ESB, Godoy S, Mazzo A, Trevizan MA, Mendes IAC. Individualized teaching programming for a virtual learning environment: development of content concerning nursing records. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(spe): 122-30.
2. Camacho HM. Simulación cibernética en las ciencias de la salud. *Recuento histórico en el mundo y en Colombia y su impacto en la educación*. *Rev Colomb Cardiol*. 2011; 18(6):297-304.
3. Martins JCA, Mazzo A, Baptista RCN, Coutinho VRD, Godoy S, Mendes IA, et al. A experiência clínica simulada no ensino de enfermagem: retrospectiva histórica. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(4):619-25.
4. Ireland M. Assisting students to use evidence as a part of reflection on practice. *Nurs Educ Perspect*. 2008;29(2):90-3.
5. Hovancsek M, Jeffries PR, Escudero E, Foulds BJ, Husebo SE, Iwamoto Y, et al. Creating simulation communities of practice: an international perspective. *Nurs Educ Perspect*. 2009;30(2):121-5.
6. Martins JCA, Baptista RCN, Coutinho VRD, Mazzo A, Rodrigues MA, Mendes IAC. Self-confidence for emergency intervention: adaptation and cultural validation of the self-confidence scale in nursing students. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014;22(4): 554-61.
7. Whitten P, Love B. Patient and provider satisfaction with the use of telemedicine: overview and rationale for cautions enthusiasm. *J Postgrad Med*. 2005;51(4):294-300.
8. Whitman DS, Rooy DLV, Viswesvaran C. Satisfaction, citizenship behaviors, and performance in work units: a meta-analysis of collective construct relations. *Pers Psychol*. 2010;63(1):41-81.
9. Ying LS, Yiwen K, Rabiah, D. Easing student transition to graduate nurse: a simulated professional learning environment (SIMPLE) for final year student nurses. *Nurs Educ Today*. 2014;34(3):349-55.
10. Alfes CM. Evaluating the use of simulation with beginning nursing students. *J Nurs Educ*. 2011;50(2):89-93.
11. Valentim IVL, Krueh AJ. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do programa de saúde da família. *Cienc Saúde Coletiva*. 2007;12(3):777-88.
12. Lewis D, Weigert A. A trust as a social reality. *Social Forces*. 1985;63(4):967-85.
13. Morrow Jr JL, Hansen MH, Pearson AW. The cognitive and affective antecedents of general trust within cooperative organizations. *JMI*. 2004;16(1):48-64.
14. Leigh GT. High-fidelity patient simulation and nursing students self-efficacy: A review of literature. *J Nurs Educ Scholarsh*. 2008;5(1):1-16.
15. Bandura A. *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1986.
16. Baptista RCN, Martins JCA, Pereira MFCR, Mazzo A. Simulação de alta-fidelidade no curso de enfermagem: ganhos percebidos pelos estudantes. *Rev Enfer Ref*. 2014; 4(1):135-44.
17. Jorge BM, Almeida RGS, Souza Jr VD. Tendências Atuais na Investigação em Simulação. In: Martins JCA, Mazzo A, Mendes IAC, Rodrigues MA. *A Simulação no Ensino de Enfermagem*. Ribeirão Preto: SOBRACEn; 2014.
18. Jeffries PR, Rizzolo M.A. *National League for Nursing/Leardal project summary report: Designing and implementing models for the innovative use of simulation to teach nursing care of ill adults and children: A national, multi-site, multi-method study*. New York: National League for Nursing; 2006.
19. Ferrer M, Alonso J, Prieto L, Plaza V, Monso E, Marrades R, et al. Validity and reliability of the St George's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. *Eur Respir J*. 1996;9(6):1160-6.
20. Polit DF, Beck CT. The Content validity index: are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. *Res Nurs Health*. 2006;29(5):489-97.
21. Megel ME, Black J, Clark L, Carstens P, Jenkins LD, Promes J, et al. Effect of high-fidelity simulation on pediatric nursing students' anxiety. *Clin Simulation Nurs*. 2012; 8(9):419-28.
22. Xiaoying M. *BSN Students' Perception of Satisfaction and Self-confidence After a Simulated Mock Code Experience: A Descriptive Study* [tese na internet]. Califórnia (EUA): Cedarville University; 2013. [acesso 17 jul 2014]. 38 p. Disponível em: http://digitalcommons.cedarville.edu/nursing_theses/2/
23. Hall RM. *Effects of high fidelity simulation on knowledge acquisition, self-confidence, and satisfaction with baccalaureate nursing students using the solomon-four research design* [Internet]. Tennessee: Tennessee State University; 2013. [acesso 23 jul 2014]. 91 p. Disponível em: <http://dc.etsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3646&context=etd>
24. Cardoza MP, Hood PA. Comparative study of baccalaureate nursing student self-efficacy before and after simulation. *Comput Inform Nurs*. 2012;30(3):142-7.
25. Smith SJ, Roehrs CJ. High-fidelity simulation: factors correlated with nursing student satisfaction and self-confidence. *Nurs Educ Perspect*. 2009;30(2):76-8.

Recebido: 29.9.2014

Aceito: 4.4.2014